



Handbook ng Miyembro/ Ebidensiya ng Pagsaklaw

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan
(Medicare-Medicaid Plan)

Mayroong mga tanong?

Tawagan kami sa **1-855-817-5785** (TTY: 711),
Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
Libre ang tawag na ito. O bumisita sa **duals.anthem.com**.



Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) *Handbook ng Miyembro*

Enero 1, 2020 – Disyembre 31, 2020

Ang Saklaw ng Iyong Kalusugan at Gamot sa ilalim ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

Handbook ng Miyembro Panimula

Sinasabi ng handbook na ito sa iyo ang tungkol sa iyong saklaw sa ilalim ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan hanggang Disyembre 31, 2020. Ipinapaliwanag nito ang mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan, serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugang pangkaisipan at karamdaman dahil sa labis na paggamit ng droga o alak), saklaw sa inireresetang gamot, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta. Tumutulong ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta sa iyo upang manatili sa tahanan sa halip na pumunta sa isang nursing home o ospital. Binubuo ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta ng Community-Based Adult Services (CBAS), Multipurpose Senior Services Program (MSSP), at mga Nursing Facility (NF). Makikita ang mga mahahalagang termino at ang kanilang mga kahulugan sa pagkakasunud-sunod ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Isa itong importanteng legal na dokumento. Mangyaring itabi ito sa isang ligtas na lugar.

Itong Cal MediConnect Plan ay ipinagkakaloob ng Anthem Blue Cross. Kapag sinabi nitong *Handbook ng Miyembro* ang “kami,” “namin,” o “amin,” nangangahulugan itong Anthem Blue Cross. Kapag sinasabi nitong “ang plan” o “aming plan,” nangangahulugan ito na Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-817-5785 (TTY: 711), Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. The call is free.

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Llame al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Spanish

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-817-5785 (TTY: 711)，週一至週五上午 8：00-晚上 8：00。通話免費。

Chinese

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí, cho quý vị. Xin gọi số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 8:00 tối. Cuộc gọi được miễn tính cước phí.

Vietnamese

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo nang walang bayad ang mga serbisyo ng tulong sa wika. Tumawag sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. Tagalog

Maaari mong makuha ang dokumentong ito nang libre sa ibang format, tulad ng malalaking letra, braille, at/o audio. Tumawag sa 1-855-817-5785 (TTY: 711) Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag.

Makukuha mo ang dokumentong ito nang libre sa iba pang mga wika at format tulad ng malalaking letra, braille, o audio. Tumawag sa Member Services sa numerong nakalista sa ilalim ng pahinang ito. Kapag tumatawag, ipaalam sa amin kung gusto mong ito ay maging regular na order. Nangangahulugan iyon na ipadadala namin ang parehong mga dokumento sa iyong hiniling na format at wika bawat taon. Maaari ka ring tumawag sa amin upang baguhin o kanselahin ang regular na order.

Makikita mo rin ang iyong mga dokumento online sa duals.anthem.com.



TALAAN NG MGA NILALAMAN

Kabanata 1: Pagsisimula bilang miyembro.....	5
Kabanata 2: Mahahalagang numero ng telepono at mapagkukunan.....	17
Kabanata 3: Paggamit sa pagsaklaw ng plan para sa iyong pangangalagang pangkalusugan at iba pang mga saklaw na serbisyo	38
Kabanata 4: Tsart ng mga Benepisyo	62
Kabanata 5: Pagkuha ng iyong mga inireresetang gamot para sa outpatient sa pamamagitan ng plan.....	125
Kabanata 6: Ano ang babayaran mo para sa iyong Medicare at Medi-Cal na mga inireresetang gamot	146
Kabanata 7: Paghingi sa amin na bayaran ang aming bahagi ng isang bayarin na natanggap mo para sa mga saklaw na serbisyo o gamot	158
Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at pananagutan.....	164
Kabanata 9: Ano ang dapat gawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, at reklamo)	183
Kabanata 10: Pagwawakas ng iyong pagiging miyembro sa aming Cal MediConnect Plan	249
Kabanata 11: Mga legal na abiso	260
Kabanata 12: Mga kahulugan ng mahahalagang salita.....	263



Mga pagtatatwa

- ❖ Ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) ay isang health plan na nakikipagkontrata sa kapwa Medicare at Medi-Cal upang magkaloob ng mga benepisyo ng kapwa mga programa sa mga nagpatala.
- ❖ Ang saklaw sa ilalim ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ay kuwalipikadong saklaw sa kalusugan na tinatawag na “pinakamababang mahalagang saklaw.” Tinutugunan nito ang kailangan na indibidwal na nakabahaging responsibilidad ng Patient Protection and Affordable Care Act (ACA). Bisitahin ang website ng Internal Revenue Service (IRS) sa www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para sa karagdagang impormasyon tungkol sa kinakailangan sa nakabahaging responsibilidad ng indibidwal.
- ❖ Ang Anthem Blue Cross ay ang pangalang pangkalakal para sa Blue Cross of California. Ang Anthem Blue Cross at Blue Cross of California Partnership Plan, Inc. ay mga malayaang nabigyan ng lisensya ng Blue Cross Association. Ang ANTHEM ay isang nakarehistrong tatak-pangkalakal ng Anthem Insurance Companies, Inc.



Kabanata 1: Pagsisimula bilang miyembro

Panimula

Kasama sa kabanatang ito ang impormasyon tungkol sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, isang planong pangkalusugan na sinasaklaw ang lahat ng iyong mga serbisyo sa Medicare at Medi-Cal, at ang iyong pagiging miyembro dito. Sinasabi rin dito kung ano ang dapat mong asahan at kung anong iba pang impormasyon ang makukuha mo mula sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Makikita ang mga mahahalagang termino at ang kanilang mga kahulugan sa pagkakasunud-sunod ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Maligayang pagdating sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan	7
B. Impormasyon tungkol sa Medicare at Medi-Cal	7
B1. Medicare	7
B2. Medi-Cal	7
C. Mga Kalamangan ng plan na ito	8
D. Lugar na sineserbisuhan ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan	9
E. Paano ka magiging karapat-dapat upang maging miyembro ng plan.....	9
F. Ano ang dapat asahan sa una mong pagsali sa planong pangkalusugan.....	10
G. Ang Iyong Pangkat ng Pangangalaga at Plano ng Pangangalaga.....	11
G1. Pangkat ng Pangangalaga	11
G2. Plano ng Pangangalaga	11
H. Buwanang premium ng plan sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan	12
I. Ang <i>Handbook ng Miyembro</i>	12
J. Iba pang impormasyon na makukuha mo mula sa amin	12
J1. Ang Iyong ID Card ng Miyembro ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.....	13
J2. <i>Direktoryo ng Provider at Parmasya</i>	13
J3. <i>Listahan ng mga Saklaw na Gamot</i>	14
J4. Ang <i>Paliwanag tungkol sa mga Benepisyo</i>	15

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



K. Paano pananatiliing up to date ang iyong record ng pagiging miyembro	15
K1.Pagkapribado ng impormasyon ng personal na kalusugan (PHI)	16

A. Maligayang pagdating sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

Ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ay isang Cal MediConnect Plan. Ang Cal MediConnect Plan ay isang organisasyon na binubuo ng mga doktor, ospital, parmacya, provider ng mga pangmatagalang serbisyo at suporta, provider ng kalusugan ng pag-uugali, at iba pang mga provider. Mayroon din itong mga tagapamahala ng kaso at pangkat ng pangangalaga para tulungan kang pangasiwaan ang lahat ng iyong provider at serbisyo. Magkakasama silang nagtutulungan para magbigay ng pangangalagang kailangan mo.

Ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ay aprubado ng Estado ng California at ng Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) upang magbigay sa iyo ng mga serbisyo bilang bahagi ng Cal MediConnect.

Ang Cal MediConnect ay isang programa ng pagpapakita na magkasamang sinusubaybayan ng California at ng pederal na gobyerno upang magbigay ng mas mahusay na pangangalaga sa mga tao na may parehong Medicare at Medi-Cal. Sa ilalim ng pagpapakilalang ito, gusto ng estado at pederal na gobyerno na subukan ang mga bagong paraan upang mapahusay kung paano mo nakukuha ang iyong mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal.

Nagseserbisyo ang Anthem Blue Cross sa mga taga-California nang mahigit sa 75 taon na. Sa Anthem Blue Cross, nakatuon kami sa paghahatid ng mas mahusay na pangangalaga sa aming mga miyembro, pagbibigay ng mas malaking pagpapahalaga sa aming mga customer at tumutulong na mapahusay ang kalusugan ng aming mga komunidad.

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 mas matanda pa,
- Ilang tao na wala pa sa edad na 65 na may ilang kapansanan, at
- Mga tao na may end-stage renal disease (pagpalya ng bato).

B2. Medi-Cal

Ang Medi-Cal ay ang pangalan ng programa ng Medicaid sa California. Ang Medi-Cal ay pinatatakbo ng estado at binabayaran ng estado at ng pederal na gobyerno. Tinutulungan ng Medi-Cal ang mga tao na may mga limitadong kita at mga pinagkukunan na bayaran ang Mga Pangmatagalan Serbisyo at Suporta (Long-Term Services and Supports, LTSS) at mga gastos na pang-medikal. Saklaw nito ang mga karagdagang serbisyo at gamot na hindi saklaw ng Medicare.

Nagpapasya ang bawat estado kung:

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- ano ang kabilang sa kita at mapagkukunan,
- sino ang mga kuwalipikado,
- ano ang mga serbisyong saklaw, at
- ang gastos para sa mga serbisyo.

Maaaring magpasya ang mga Estado kung paano nila patatakbuin ang kanilang mga programa, hangga't sumusunod sila sa mga patakaran ng pederal.

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan na aprubado ng Medicare at California. Maaari kang makakuha ng mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal sa pamamagitan ng aming plan hangga't:

- Pipiliin naming ihandog ang plan, at
- Pinahihintulutan kami ng Medicare at ng Estado ng California na patuloy na ihandog ang plan na ito.

Kahit na tumigil magnegosyo ang aming plan sa hinaharap, ang iyong pagiging karapat-dapat para sa mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal ay hindi maaapektuhan.

C. Mga Kalamangan ng plan na ito

Makukuha mo na ngayon ang lahat ng iyong saklaw na serbisyo ng Medicare at Medi-Cal mula sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, kabilang ang mga inireresetang gamot. **Ikaw ay hindi magbabayad ng ekstra sa pagsali sa planong pangkalusugan na ito.**

Tutulong ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan na gawing mas mahusay na gumagana ang iyong mga benepisyo sa Medicare at Medi-Cal at mas mahusay na gumana para sa iyo. Kasama sa ilang pakinabang ang:

- Ikaw ay may kakayahan na makipagtulungan sa **isang** planong pangkalusugan para sa **lahat** ng pangangailangan ng iyong insurance sa kalusugan.
- Magkakaroon ka ng isang pangkat ng pangangalaga na kasama kang tutulong na buuin. Maaaring kasama sa iyong pangkat ng pangangalaga ang iyong sarili, ang iyong tagapag-alaga, mga doktor, nurse, tagapayo, o ibang mga propesyonal sa kalusugan.
- Magkakaroon ka ng access sa isang tagapamahala ng kaso. Ito ay isang tao na nakikipagtulungan sa iyo, sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, at sa iyong pangkat ng pangangalaga upang tumulong na gumawa ng plano ng pangangalaga.
- Magagawa mong pamahalaan ang pangangalaga sa iyong sarili sa tulong ng iyong pangkat ng pangangalaga at ng tagapamahala ng kaso.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- Ang pangkat ng pangangalaga at tagapamahala ng kaso ay makikipagtulungan sa iyo para makabuo ng isang plano ng pangangalaga na partikular na ginagawa para matugunan ang iyong mga pangangailangan sa kalusugan. Tutulong ang pangkat ng pangangalaga sa pamamahala ng mga kailangan mong serbisyo. Ang ibig sabihin nito, halimbawa:
 - Titiyakin ng iyong pangkat ng pangangalaga na alam ng iyong mga doktor ang tungkol sa lahat ng gamot na iyong iniinom para makatiyak sila na iniinom mo ang mga tamang gamot, at para mabawasan ng iyong mga doktor ang anumang hindi magandang epekto na maaaring magkaroon ka mula sa mga gamot.
 - Titiyakin ng iyong pangkat ng pangangalaga na ibinahagi sa lahat ng iyong doktor at ibang mga provider ang mga resulta ng pagsusuri sa iyo, kung naaangkop.

D. Lugar na sineserbisyuhan ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

Kasama sa aming lugar na sineserbisyuhan ang county na ito sa California: Santa Clara County.

Tanging mga taong naninirahan sa aming lugar na sineserbisyuhan ang makakasali sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.

Kung ikaw ay lilipat sa labas ng aming lugar na sineserbisyuhan, hindi ka maaaring manatili sa plan na ito. Tingnan sa Kabanata 8, para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga epekto ng pag-alis sa aming lugar na sineserbisyuhan. Kakailanganin mong makipag-ugnayan sa tauhan para sa pagiging karapat-dapat sa county sa iyong lugar:

Medi-Cal Office 1-800-541-5555 (TTY: 711)

E. Paano ka magiging karapat-dapat upang maging miyembro ng plan

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

- Nakatira aming lugar na sineserbisyuhan, **at**
- May edad na 21 at mas matanda sa panahon ng pagpapatala, **at**
- Mayroon ng parehong Medicare Part A at Medicare Part B, **at**
- Ay kasalukuyang karapat-dapat para sa Medi-Cal, **at**
- Isang mamamayan ng United States o legal ang pamamalagi sa United States.

Maaaring may mga karagdagang patakaran sa pagiging karapat-dapat sa iyong county. Tawagan ang Member Services para sa higit pang impormasyon.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



F. Ano ang dapat asahan sa una mong pagsali sa planong pangkalusugan

Sa una mong pagsali sa plan, makakatanggap ka ng health risk assessment (HRA) sa loob ng unang 90 araw.

Inaatasan kaming tapusin ang isang HRA para sa iyo. Ang HRA na ito ay ang batayan sa pagbuo ng iyong indibiduwal na plano ng pangangalaga (individual care plan, ICP). Isasama sa HRA ang mga tanong upang tukuyin ang iyong mga pangangailangang medikal, LTSS, at kalusugan ng pag-uugali at kakayahang kumilos.

Makikipag-ugnayan kami sa iyo para kumpletuhin ang HRA. Maaaring kumpletuhin ang HRA sa pamamagitan ng isang personal na pagpunta, pagtawag sa telepono, o pagsulat.

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

Kung ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ay bago para sa iyo, maaari kang patuloy na magpatingin sa mga doktor na pinupuntahan mo ngayon para isa partikular na haba ng panahon. Maaari mong panatilihin ang iyong mga kasalukuyang provider at mga pahintulot sa serbisyo sa oras na magpatala ka hanggang 12 buwan kung matutugunan ang lahat ng sumusunod na kondisyon:

- Ikaw, ang iyong kinatawan, o ang iyong provider ay direktang hihilingin sa amin na magpatuloy na magpatingin sa iyong kasalukuyang provider.
- Mapatutunayan namin na mayroon kang umiiral nang kaugnayan sa isang provider ng pangunahin o may espesyalidad na pangangalaga, na may ilang pagbubukod. Kapag sinabi naming umiiral na kaugnayan, nangangahulugan ito na nagpatingin ka sa isang provider na wala sa network nang kahit minsan para sa isang hindi pang-emergency na pagpapatingin sa panahon ng 12 buwan bago ang petsa ng iyong unang pagpapatala sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.
 - Aalamin namin ang isang umiiral nang kaugnayan sa pamamagitan ng pagsusuri sa impormasyon ng iyong kalusugan na makukuha namin o impormasyong ibinibigay mo sa amin.
 - Mayroon kaming 30 araw para sumagot sa iyong kahilingan. Maaari mo ring hilingin sa amin na gumawa ng isang mas mabilis na desisyon at dapat sumagot kami sa loob ng 15 araw.
 - Ikaw o ang iyong provider ay dapat magpakita ng dokumentasyon ng isang umiiral nang kaugnayan at sumang-ayon sa ilang tuntunin kapag gumagawa ka ng kahilingan.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Tandaan: Ang kahilingang ito ay **hindi** magagawa para sa mga provider ng Matibay na Kagamitang Medikal (DME), transportasyon, iba pang pantulong na serbisyo, o mga serbisyong hindi kasama sa ilalim ng Cal MediConnect.

Matapos ang pagwawakas ng panahon ng pagpapatuloy ng pangangalaga, kakailanganin mong magpatingin sa mga doktor at iba pang provider sa network ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, maliban kung gumawa kami ng isang kasunduan sa iyong doktor na wala sa network. Ang provider na nasa network ay isang provider na nakikipagtulungan sa planong pangkalusugan. Kaanib ang mga PCP ng aming plan sa mga grupong medikal. Kapag pumili ka ng iyong PCP, pinipili mo na rin ang kaanib na grupong medikal. Ibig sabihin nito na isasangguni ka ng iyong PCP sa mga espesyalista at serbisyong kaanib din ng kanyang grupong medikal. Ang grupong medikal ay isang pangkat ng mga doktor ng pangunahing pangangalaga at espesyalista na nagtutulong upang ibigay ang pangangalaga na kailangan mo. Tingnan sa Kabanata 3 para sa karagdagang impormasyon sa pagkuha ng pangangalaga.

G. Ang Iyong Pangkat ng Pangangalaga at Plano ng Pangangalaga

G1. Pangkat ng Pangangalaga

Kailangan mo ba ng tulong sa pagkuha sa pangangalagang iyong kailangan? Makakatulong sa iyo ang isang pangkat ng pangangalaga. Maaaring kabilang sa isang pangkat ng pangangalaga ang iyong doktor, isang tagapamahala ng kaso, o iba pang taong nauugnay sa kalusugan na iyong pipiliin.

Ang tagapamahala ng kaso ay isang taong sinanay na tulungan kang pamahalaan ang pangangalagang iyong kailangan. Makakakuha ka ng tagapamahala ng kaso kapag nagpatala ka sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Isasangguni ka rin ng taong ito sa mga madudulugan sa komunidad, kung hindi magbigay ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ng mga serbisyong kailangan mo.

Matatawagan mo kami sa 1-855-817-5785 (TTY: 711) Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. upang humingi ng pangkat ng pangangalaga.

G2. Plano ng Pangangalaga

Makikipagtulungan sa iyo ang iyong pangkat ng pangangalaga para bumuo ng isang plano ng pangangalaga. Sasabihin ng isang plano ng pangangalaga sa iyo at sa iyong mga doktor kung ano ang mga serbisyong iyong kailangan, at kung paano mo makukuha ang mga ito. Kabilang dito ang iyong mga medikal na pangangailangan, kinakailangan para sa kalusugan ng pag-uugali at kinakailangang LTSS. Ang iyong plano sa pangangalaga ay bubuuin para lang sa iyo at sa iyong mga pangangailangan.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Mapapabilang sa iyong plano sa pangangalaga ang:

- Mga layunin mo sa pangangalaga sa kalusugan.
- Isang timeline na magsasabi kung kailan mo dapat kunin ang mga serbisyong iyong kailangan.

Pagkatapos ng iyong health risk assessment, makikipagkita sa iyo ang iyong pangkat ng pangangalaga. Kakausapin ka nila tungkol sa mga serbisyong iyong kailangan. Masasabi rin nila ang tungkol sa mga serbisyong maaaring gusto mong pag-isipang kunin. Ibabatay sa iyong mga pangangailangan ang iyong plano ng pangangalaga. Makikipagtulungan sa iyo ang iyong pangkat ng pangangalaga para i-update ang iyong plano ng pangangalaga nang hindi bababa sa isang beses bawat taon.

H. Buwanang premium ng plan sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

Ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ay walang buwanang premium ng plan.

I. Ang Handbook ng Miyembro

Itong *Handbook ng Miyembro* ay bahagi ng kontrata namin sa iyo. Ang ibig sabihin nito dapat naming sundin ang lahat ng patakaran sa dokumentong ito. Kung sa palagay mo ay may ginawa kaming isang bagay na labag sa mga patakaran na ito, maaari kang umapela, o hamunin ang aming pagkilos. Para sa impormasyon tungkol sa kung paano mag-aapela, tingnan sa Kabanata 9, o tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Makakahingi ka ng isang *Handbook ng Miyembro* sa pamamagitan ng pagtawag sa Member Services sa 1-855-817-5785 (TTY: 711) Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Makikita mo rin ang *Handbook ng Miyembro* sa duals.anthem.com o i-download ito mula sa website na ito.

May bisa ang kontrata para sa mga buwan na nakatala ka sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa pagitan ng Enero 1, 2020 at Disyembre 31, 2020.

J. Iba pang impormasyon na makukuha mo mula sa amin

Dapat ay natanggap mo na ang isang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ID Card ng Miyembro, impormasyon kung paano ma-access ang isang *Direktoryo ng Provider at Parmasya*, at impormasyon kung paano ma-access ang isang *Listahan ng mga Saklaw na Gamot*.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



J1. Ang Iyong ID Card ng Miyembro ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

Sa ilalim ng aming plan, magkakaroon ka ng isang card para sa mga serbisyo ng iyong Medicare at Medi-Cal, kasama ang mga serbisyo at suportang pangmatagalan, mga tiyak na serbisyo sa kalusugan hinggil sa pag-uugali at mga inireseta. Dapat mong ipakita ang card na ito kapag kumukuha ka ng anumang serbisyo o inireresetang gamot. Narito ang isang sampol ng card upang ipakita sa iyo kung ano ang magiging hitsura ng sa iyo:

Anthem BlueCross Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) Member Name: John Q Sample Member ID: 999999999 Health Plan (80840): 80840 PCP NAME: RONALD E PINKERTON MD PCP PHONE #: 1-555-555-5555 MEDICAL GROUP: MEMBER CANNOT BE CHARGED Copays: \$0 for all benefits except Tier 2 drugs Card Issue Date: H6229 006	In case of an emergency, go to the nearest emergency room or call 911. Member Services: 1-855-817-5785 (TTY 711) Pharmacy Member Services: 1-833-370-7466 (TTY 711) Behavioral Health: 1-855-817-5785 (TTY 711) 24-Hour Nurse Advice: 1-800-224-0336 (TTY 711) Help for Pharmacists: 1-833-296-5041 Transportation Services: 1-888-325-1024 (TTY 711) Hospitals, Fax Notifications to: 1-866-959-1537 Outpatient (OP) Authorizations: Medical Group Auth Phone Number Website: duals.anthem.com Send Claims to: OP: Medical Group Claims address, City, State, Zip All Other: P.O. Box 366, Artesia, CA 90702-0366 Claims inquiry: OP: X-XXX-XXX-XXXX; ALL OTHER: X-XXX-XXX-XXXX Anthem Blue Cross and Blue Cross of California Partnership Plan are independent licensees of the Blue Cross Association.
--	---

Kung ang iyong Cal MediConnect card ay masira, mawala, o manakaw, tumawag kaagad sa Member Services at ipapadala namin sa iyo ang bagong card. Matatawagan mo Member Services sa 1-855-817-5785 (TTY: 711) Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m.

Hangga't ikaw ay miyembro ng aming plan, hindi mo kailangang gamitin ang iyong pula, puti, at asul na Medicare card o ang iyong Medi-Cal card upang makakuha ng mga serbisyo ng Cal MediConnect. Itago ang mga card na iyon sa isang ligtas na lugar, sakaling kailanganin mo ang mga ito sa ibang pagkakataon. Kung ipapakita mo ang iyong Medicare card sa halip na iyong ID Card ng Miyembro ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, maaaring singilin ng provider ang Medicare sa halip na aming plan, at maaari kang makatanggap ng bayarin. Tingnan sa Kabanata 7 upang makita kung ano ang dapat gawin kung makatanggap ka ng bayarin mula sa isang provider.

Mangyaring tandaan, para sa mga serbisyo ng espesyalista sa kalusugan ng pag-iisip na maaari mong matanggap mula sa plano para sa kalusugan ng pag-iisip (mental health plan, MHP) ng county, kakailanganin mo ang iyong Medi-Cal card upang ma-access ang mga serbisyong iyon.

J2. Direktoryo ng Provider at Parmasya

Inililista ng *Direktoryo ng Provider at Parmasya* ang mga provider at parmasya sa network ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Habang miyembro ka ng aming plan, dapat mong gamitin ang mga provider na nasa network upang makakuha ng mga saklaw na serbisyo. Mayroong ilang pagbubukod sa una mong pagsali sa aming plan (tingnan sa pahina 10).

Makakahingi ka ng isang *Direktoryo ng Provider at Parmasya* sa pamamagitan ng pagtawag sa Member Services sa 1-855-817-5785 (TTY: 711) Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Makikita mo rin ang *Direktoryo ng Provider at Parmasya* sa duals.anthem.com o i-download ito mula sa website na ito.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Nakalista sa *Direktoryo ng Provider at Parmasya* ang mga propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan (tulad ng mga doktor, nurse, practitioner, at psychologist), pasilidad (tulad ng mga ospital o klinika), at provider ng suporta (tulad ng mga provider ng Adult Day Health at Home Health) na maaari mong makita bilang miyembro ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Inilista rin namin ang mga parmasyang maaari mong gamitin upang makuha ang iyong mga resetang gamot.

Kahulugan ng mga provider sa network

- Kabilang sa mga provider sa network ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ang:
 - Mga doktor, nurse, at ibang mga propesyonal sa pangangalaga ng kalusugan na maaari mong puntahan bilang isang miyembro ng aming plan;
 - Mga klinika, ospital, mga nursing facility, at iba pang mga lugar na nagbibigay ng mga serbisyo sa kalusugan sa aming plan, at
 - LTSS, mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, mga home health agency, mga supplier ng matibay na kagamitang medikal, at iba pang nagbibigay ng mga produkto at serbisyo na nakukuha mo sa pamamagitan ng Medicare o Medi-Cal.

Ang mga provider na nasa network ay sumang-ayon na tumanggap ng bayad mula sa aming plan para sa mga saklaw na serbisyo bilang kumpletong bayad.

Listahan ng mga parmasya sa network

- Ang mga parmasya na nasa network ay mga parmasya (mga botika) na sumang-ayon na magbigay ng mga inireresetang gamot para sa mga miyembro ng aming plan. Gamitin ang *Direktoryo ng Provider at Parmasya* upang mahanap ang parmasya na nais mong magamit.
- Maliban sa panahon ng isang emergency, kailangan mong kuhanin ang iyong mga inireresetang gamot sa isa sa aming parmasya na nasa network kung gusto mong tulungan ka ng aming plan na bayaran ang mga ito.

Tawagan ang Member Services sa 1-855-817-5785 (TTY: 711) Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. para sa karagdagang impormasyon. Maibibigay sa iyo ng parehong Member Services at website ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ang pinaka-up-to-date na impormasyon tungkol sa mga pagbabago sa aming mga parmasya at provider na nasa network.

J3. Listahan ng mga Saklaw na Gamot

Ang plan ay mayroong *Listahan ng mga Saklaw na Gamot*. Tinatawag namin itong “Listahan ng Gamot” para maikli. Sinasabi nito kung aling mga inireresetang gamot ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ang saklaw.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Sinasabi rin sa iyo ng Listahan ng Gamot kung mayroong anumang patakaran o paghihigpit sa anumang mga gamot, tulad ng isang limitasyon sa dami ng maaari mong makuha. Tingnan sa Kabanata 5 ang karagdagang impormasyon tungkol sa mga patakaran at paghihigpit na ito.

Bawat taon, padadalhan ka namin ng impormasyon tungkol sa kung paano ma-access ang Listahan ng Gamot, ngunit maaaring may maganap na pagbabago sa buong taon. Upang makuha ang pinaka-up-to-date na impormasyon tungkol sa kung aling mga gamot ang sinasaklaw, bisitahin ang duals.anthem.com o tumawag sa 1-855-817-5785 (TTY: 711) Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m.

J4. Ang *Paliwanag tungkol sa mga Benepisyo*

Kapag ginamit mo ang iyong mga benepisyo sa inireresetang gamot sa Part D, padadalhan ka namin ng isang buod na ulat para tulungan kang maunawaan at masubaybayan ang mga pagbabayad para sa iyong mga inireresetang gamot sa Part D. Ang buod ng ulat na ito ay tinawag na *Paliwanag tungkol sa mga Benepisyo* (EOB).

Sinasabi sa iyo ng *Paliwanag tungkol sa mga Benepisyo* ang kabuuang halaga na ginugol mo, o ng ibang tao para sa iyo, sa iyong mga resetang gamot ng Part D at ang kabuuang halaga na binayaran namin para sa bawat isa sa iyong mga resetang gamot ng Part D sa buong buwan. Kabanata 6 nagbibigay ng iba pang impormasyon tungkol sa *Paliwanag tungkol sa mga Benepisyo* at kung paano ito makakatulong na masubaybayan mo ang iyong saklaw ng gamot.

Ang *Paliwanag tungkol sa mga Benepisyo* ay makukuha rin kapag humingi ka ng isa. Upang makakuha ng isang kopya, pakitawagan ang Member Services sa 1-855-817-5785 (TTY: 711) Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m.

K. Paano pananatiliing up to date ang iyong record ng pagiging miyembro

Maaari mong mapanatiling up-to-date ang iyong record ng pagiging miyembro sa pamamagitan ng pagpapaalam sa amin kapag nagbago ang iyong impormasyon.

Ang mga provider at parmasya na nasa network ng plan ay kailangan magkaroon ng tamang impormasyon tungkol sa iyo. **Ginagamit nila ang iyong record ng pagiging miyembro para malaman kung ano ang mga serbisyo at gamot na kinukuha mo at kung magkano ang magagastos mo rito.** Dahil dito, napakahalagang tulungan mo kaming panatiliing up-to-date ang iyong impormasyon.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Ipaalam sa amin ang mga sumusunod:

- Mga pagbabago sa iyong pangalan, address, o numero ng iyong telepono.
- Kung mayroon kang anumang mga pagbabago sa anumang ibang pagsaklaw ng insurance sa kalusugan, tulad ng mula sa iyong employer, ang employer ng iyong asawa, o kabayaran sa mga manggagawa.
- Anumang claim para sa pananagutan, tulad ng mga claim mula sa isang aksidente sa sasakyan.
- Pagpasok mo sa isang nursing home o ospital.
- Pangangalaga sa isang ospital o emergency room.
- Mga pagbabago sa kung sino ang iyong tagapag-alaga (o sinuman na responsable para sa iyo)
- Bahagi ka o naging bahagi ka ng isang pananaliksik na pag-aaral sa klinika.

Kung may anumang impormasyon na magbago, mangyaring ipaalam sa amin sa pamamagitan ng pagtawag sa Member Services sa 1-855-817-5785 (TTY: 711) Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m.

K1. Pagkapribado ng impormasyon ng personal na kalusugan (PHI)

Maaaring kasama sa impormasyon sa iyong record ng pagiging miyembro ang impormasyon ng personal na kalusugan (PHI). Iniuutos ng batas ng estado at pederal na panatilihin naming pribado ang iyong PHI. Tinitiyak namin na protektado ang iyong PHI. Para sa higit pang mga detalye tungkol sa kung paano namin pinoprotektahan ang iyong PHI, tingnan sa Kabanata 8.



Kabanata 2: Mahahalagang numero ng telepono at mapagkukunan

Panimula

Binibigyan ka ng kabanatang ito ng impormasyon sa pakikipag-ugnayan para sa mahahalagang mapagkukunan na makakatulong sa iyo na sagutin ang iyong mga tanong tungkol sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan at ang iyong mga benepisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Maaari mo ring gamitin ang kabanatang ito para makakuha ng impormasyon tungkol sa kung paano makipag-ugnayan sa iyong care coordinator at iba pang maaaring magtanggol para sa iyo. Makikita ang mga mahahalagang termino at ang kanilang mga kahulugan sa pagkakasunud-sunod ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Paano tumawag sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan Member Services.....	19
A1.Kailan tatawag sa Member Services	19
B. Paano kontakin ang iyong Tagapamahala ng Kaso.....	25
B1.Kailan kokontakin ang iyong tagapamahala ng kaso.....	26
C. Paano kokontakin ang Nurse Advice Call Line	27
C1. Kailan kokontakin ang Nurse Advice Call Line.....	27
D. Paano kokontakin ang Behavioral Health Crisis Line.....	28
D1. Kailan kokontakin ang Behavioral Health Crisis Line	28
E. Paano kokontakin ang Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)	29
E1.Kailan kokontakin ang HICAP	29
F. Paano makikipag-ugnayan sa Quality Improvement Organization (QIO)	30
F1.Kailan kokontakin ang Livanta BFCC-QIO	30
G. Paano kokontakin ang Medicare	31
H. Paano kokontakin ang Medi-Cal Health Care Options	32
I. Paano kokontakin ang Cal MediConnect Ombuds Program	33
J. Paano kokontakin ang County Social Services.....	34

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



K. Paano kokontakin ang iyong County Specialty Mental Health Plan	35
K1.Kontakin ang the County Specialty Mental Health Plan about:	35
L. Paano kokontakin ang California Department of Managed Health Care	36
M. Iba pang mapagkukunan	37



A. Paano tumawag sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan Member Services

TUMAWAG SA	1-855-817-5785 Libre ang tawag na ito. Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mayroon kaming walang bayad na mga serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Libre ang tawag na ito. Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m.
FAX	1-888-426-5087
SUMULAT	Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan MMP Member Services 12900 Park Plaza Drive, Suite 150, Mailstop 6150 Cerritos, CA 90703-9329
WEBSITE	duals.anthem.com

A1. Kailan tatawag sa Member Services

- Mga tanong tungkol sa plan
- Mga tanong tungkol sa mga claim, pagsingil o mga ID Card ng Miyembro
- Mga desisyon sa saklaw tungkol sa pangangalaga ng iyong kalusugan
 - Ang desisyon sa saklaw tungkol sa pangangalaga ng iyong kalusugan ay isang desisyon tungkol sa:
 - Ang iyong mga benepisyo at saklaw na mga serbisyo, o
 - Ang halaga na babayaran namin para sa iyong mga serbisyo para sa kalusugan.
 - Tawagan kami kung mayroon kang mga tanong tungkol sa desisyon sa saklaw tungkol sa pangangalaga ng iyong kalusugan.
 - Para malaman pa ang tungkol sa mga desisyon sa saklaw, tingnan sa Kabanata 9.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Paano kami kokontakin kapag humihingi ka ng desisyon sa saklaw tungkol sa iyong pangangalagang medikal

TUMAWAG SA	1-855-817-5785 Libre ang tawag na ito. Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., maliban sa mga pista-opisyal Mayroon kaming walang bayad na mga serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Libre ang tawag na ito. Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m.
SUMULAT	MMP Utilization Management 12900 Park Plaza Drive, Ste. 150 Mailstop: 6151 Cerritos, CA 90703-9329

Paano kami kokontakin kapag humihingi ka ng desisyon sa saklaw tungkol sa iyong Part D na mga inireresetang gamot

TUMAWAG SA	1-833-370-7466 Libre ang tawag na ito. 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo Mayroon kaming walang bayad na mga serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Libre ang tawag na ito. 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo
SUMULAT	Attention: Pharmacy Department P.O. Box 47686 San Antonio, TX 78265-8686

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Paano tumawag sa amin para magsampa ng reklamo, karaingan o apela (medikal at inireresetang gamot)

TUMAWAG SA	<u>Para sa Part C (medikal) tumawag sa:</u> 1-855-817-5785 <u>Para sa Part D (mga inireresetang gamot) tumawag sa:</u> 1-833-370-7466 Para sa Part C (medikal): Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., maliban sa mga pista-opisyal Para sa Part D (mga inireresetang gamot): 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo Mayroon kaming walang bayad na mga serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Libre ang tawag na ito. Para sa Part C (medikal): Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., maliban sa mga pista-opisyal Para sa Part D (mga inireresetang gamot): 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo
FAX	1-888-326-1479
SUMULAT	Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan MMP Complaints, Appeals & Grievances 4361 Irwin Simpson Rd. Mailstop: OH0102- B325 Mason, OH 45040

- Mga apela tungkol sa pangangalaga ng iyong kalusugan
 - Ang isang apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin ang isang desisyon na ginawa namin tungkol sa pagsaklaw sa iyo at paghiling sa amin na palitan ito kung sa palagay mong kami ay nagkamali.
 - Upang malaman pa ang tungkol sa pag-aapela, tingnan sa Kabanata 9.
- Mga reklamo tungkol sa pangangalaga ng iyong kalusugan

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- Maaari kang magreklamo tungkol sa amin o sa sinumang provider (kasama ang isang provider na wala sa network o nasa network). Ang provider na nasa network ay isang provider na nakikipagtulungan sa planong pangkalusugan. Maaari ka rin magreklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga na natanggap mo sa amin o sa Quality Improvement Organization (tingnan sa Seksyon F sa ibaba).
- Maaari mo rin kaming tawagan at ipaliwanag ang iyong reklamo. Tawagan ang Member Services sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m.
- Kung ang iyong reklamo ay tungkol sa isang desisyon sa saklaw sa pangangalaga ng iyong kalusugan, maaari kang maghain ng apela (tingnan ang seksyon sa itaas).
- Maaari kang magpadala ng reklamo tungkol sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa Medicare. Maaari kang gumamit ng isang online form sa <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. O maaari kang tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para humingi ng tulong. Libre ang tawag na ito.
- Maaari kang magreklamo tungkol sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa Cal MediConnect Ombuds Program sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-855-501-3077.
- Para malaman pa ang tungkol sa pagrereklamo tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan, tingnan sa Kabanata 9.
- Mga desisyon sa saklaw tungkol sa iyong mga gamot
 - Ang desisyon sa saklaw tungkol sa iyong mga gamot ay isang desisyon tungkol sa:
 - Ang iyong mga benepisyo at saklaw ng mga gamot, ○
 - Ang halaga na babayaran namin para sa mga gamot mo.
 - Naaangkop ito sa iyong mga gamot sa Part D, mga inireresetang gamot ng Medi-Cal, at mga over-the-counter na gamot ng Medi-Cal.
 - Para malaman pa ang tungkol sa mga desisyon sa saklaw sa iyong mga resetang gamot, tingnan sa Kabanata 9.
- Mga apela tungkol sa iyong mga gamot
 - Ang apela ay isang paraan para hilingin sa amin na palitan ang isang desisyon sa saklaw.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- Upang magsampa ng isang apela, maaari kang:

Tawagan ang Member Services sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m.
- Para malaman pa ang tungkol sa pag-aapela tungkol sa iyong mga resetang gamot, tingnan sa Kabanata 9.
- Mga reklamo tungkol sa iyong mga gamot
 - Maaari mo kaming ireklamo o ang alinmang parmasya. Kasama rito ang isang reklamo tungkol sa iyong mga inireresetang gamot.
 - Kung ang iyong reklamo ay tungkol sa isang desisyon sa saklaw sa iyong mga inireresetang gamot, maaari kang maghain ng apela. (Tingnan ang seksyon sa itaas)
 - Maaari kang magpadala ng reklamo tungkol sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa Medicare. Maaari kang gumamit ng isang online form sa <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. O maaari kang tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para humingi ng tulong. Libre ang tawag na ito.
 - Para malaman pa ang tungkol sa pagrereklamo tungkol sa iyong mga resetang gamot, tingnan sa Kabanata 9.
- Pagbabayad para sa pangangalagang pangkalusugan o mga gamot na binayaran mo na
 - Para malaman pa kung paano hingin sa amin na bayaran ka, o upang bayaran ang bayarin na natanggap mo, tingnan sa Kabanata 7.
 - Kung hihilingin mo sa amin na bayaran ang isang bayarin at tinanggihan namin ang anumang bahagi ng iyong kahilingan, maaari kang umapela sa aming desisyon. Tingnan sa Kabanata 9 para malaman pa ang tungkol sa mga apela.



Saan magpapadala ng kahilingan na humihingi sa amin na bayaran ang gastos para sa medikal na pangangalaga na iyong natanggap

TUMAWAG SA	1-855-817-5785 Libre ang tawag na ito. Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., maliban sa mga pista-opisyal Mayroon kaming walang bayad na mga serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Libre ang tawag na ito. Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m.
SUMULAT	CareMore MMP Claims Services P.O. Box 366 Artesia, CA 90702-0366

Saan magpapadala ng kahilingan na humihingi sa amin na bayaran ang aming bahagi ng gastos para sa isang gamot na iyong natanggap

TUMAWAG SA	1-833-370-7466 Libre ang tawag na ito. 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo Mayroon kaming walang bayad na mga serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Libre ang tawag na ito. 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo
SUMULAT	IngenioRx ATTN: Claims Department - Part D Services P.O. Box 52077 Phoenix, AZ 85072-2077

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



B. Paano kontakin ang iyong Tagapamahala ng Kaso

Sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, magkakaroon ka ng suporta ng isang tagapamahala ng kaso upang tulungan ka bago, sa panahon ng at pagkatapos ng isang kaganapan sa kalusugan.

- Kapag ikaw ay naging miyembro ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, itatalaga ka sa isang tagapamahala ng kaso.
- Makikipag-ugnayan sa iyo ang isang tagapamahala ng kaso upang masiguro na mayroon ka ng kailangan mo.
- Kapag pumasok ka sa ospital, makakatulong ang isang tagapamahala ng kaso na isaayos ang mga serbisyo na magagawang posible na gumaling ka sa tahanan.
- Kung sa pakiramdam mo na magagamit mo ang tulong ng isang tagapamahala ng kaso, maaari kang tumawag sa Member Services at hingin na makausap ang isang tagapamahala ng kaso.
- Kung hindi ka komportable sa iyong tagapamahala ng kaso, maaari kang tumawag sa Member Services sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. upang humanap ng tagapamahala ng kaso upang matugunan ang iyong mga pangangailangan.

TUMAWAG SA	1-888-325-1019 Libre ang tawag na ito. Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 5 p.m. Mayroon kaming walang bayad na mga serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Libre ang tawag na ito. Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 5 p.m.
SUMULAT	Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan Case Management 12900 Park Plaza Drive, Ste. 150 Mailstop 7120 Cerritos, CA 90703-9329
WEBSITE	duals.anthem.com

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



B1. Kailan kokontakin ang iyong tagapamahala ng kaso

- Mga tanong tungkol sa pangangalaga ng iyong kalusugan
- Mga tanong tungkol sa pagkuha ng mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugang pangkaisipan at karamdaman sa labis na paggamit ng substansya)
- Mga tanong tungkol sa transportasyon
- Mga tanong tungkol sa mga pangmatagalang serbisyo at suporta (long-term services and supports, LTSS)

Kasama sa LTSS ang Community-Based Adult Services (CBAS), Multipurpose Senior Service Programs (MSSP), at Nursing Facilities (NF).

Ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS) ay iba't ibang serbisyo at suporta na tumutulong sa mga nakatatandang indibidwal at mga indibidwal na may mga kapansanan na matugunan ang kanilang mga pang-araw-araw na pangangailangan para sa tulong at mapahusay ang kalidad ng kanilang buhay. Kabilang sa mga halimbawa ang pagtulong sa paliligo, pagbibihis at iba pang pangunahing aktibidad ng pang-araw-araw na buhay at pangangalaga sa sarili, pati na rin ang suporta para sa mga pang-araw-araw na gawain gaya nang paglalaba, pamimili, at transportasyon. Kadalasang ibinibigay ang LTSS sa mga tahanan at komunidad, maging sa mga kapaligiran na nakabase sa pasilidad tulad ng mga nursing facility.

Dapat matugunan ang ilang partikular na kinakailangan sa pagiging karapat-dapat upang maging kuwalipikado para sa mga programang ito. Tumawag sa Member Services ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga kailangan sa pagiging karapat-dapat.

Minsan maaari kang makakuha ng tulong sa iyong pangangalaga sa kalusugan sa araw-araw at mga pangangailangan sa pamumuhay.

Maaari mong makuha ang mga serbisyong ito:

- Community-Based Adult Services (CBAS),
- Multipurpose Senior Service Programs (MSSP),
- May kakayahang pangangalaga,
- Physical therapy,
- Occupational therapy,
- Speech therapy,
- Medikal na mga serbisyong panlipunan, at
- Pangangalaga ng kalusugan sa tahanan.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



C. Paano kokontakin ang Nurse Advice Call Line

Nariyan ang 24-na oras na Nurse Advice Call Line upang sagutin ang iyong mga tanong at alalahanin sa pangangalagang pangkalusugan. Makakatulong ang Nurse Advice Call Line na maibsan ang iyong mga alalahanin o tutulong sa iyo na tukuyin kung dapat kang magpatingin sa iyong doktor. Kung minsan magkakaroon ka ng mga tanong tungkol sa kalusugan sa gabi, sa araw ng Sabado at Linggo o kapag mga pista-opisyal. Anumang araw o oras ito, maaari kang makipag-usap sa isang nurse sa pamamagitan ng pagtawag sa 24-na oras na Nurse Advice Call Line.

TUMAWAG SA	1-800-224-0336 Libre ang tawag na ito. Magagamit 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo, kabilang ang mga pista-opisyal Mayroon kaming walang bayad na mga serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Libre ang tawag na ito. Magagamit 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo, kabilang ang mga pista-opisyal

C1. Kailan kokontakin ang Nurse Advice Call Line

- Mga tanong tungkol sa pangangalaga ng iyong kalusugan

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



D. Paano kokontakin ang Behavioral Health Crisis Line

TUMAWAG SA	1-855-278-4204 Libre ang tawag na ito. Magagamit 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo, kabilang ang mga pista-opisyal Mayroon kaming walang bayad na mga serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Libre ang tawag na ito. Magagamit 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo, kabilang ang mga pista-opisyal

D1. Kailan kokontakin ang Behavioral Health Crisis Line

- Mga tanong tungkol sa kalusugan ng pag-uugali at mga serbisyo sa pag-abuso ng substansya
 - Pag-screen
 - Assessment
 - Referral
 - Pagpapayo sa krisis

Para sa mga tanong tungkol sa mga serbisyo ng espesyalista sa kalusugan ng pag-iisip ng inyong county, pumunta sa pahina 35.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



E. Paano kokontakin ang Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)

Ang Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) ay nagbibigay ng libreng pagpapayo tungkol sa insurance sa kalusugan sa mga taong may Medicare. Masasagot ng mga tagapayo sa HICAP ang iyong mga tanong at tutulungan kang maintindihan kung ano ang dapat gawin para pamahalaan ang iyong problema. Mayroong mga sinanay na tagapayo ang HICAP sa bawat county, at libre ang mga serbisyo.

Ang HICAP ay walang koneksyon sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan.

TUMAWAG SA	1-800-434-0222 Lunes hanggang Biyernes mula 9 a.m. hanggang 5 p.m.
SUMULAT	Santa Clara HICAP Office 2115 The Alameda San Jose, CA 95126
WEBSITE	www.mysourcewise.com

E1. Kailan kokontakin ang HICAP

- Mga tanong tungkol sa iyong Cal MediConnect Plan o iba pang tanong sa Medicare
 - Masasagot ng mga tagapayo ng HICAP ang iyong mga tanong tungkol sa pagpapalit sa bagong plan at tutulungan ka na:
 - maunawaan ang iyong mga karapatan,
 - maunawaan ang iyong mga mapagpipiliang plan,
 - gumawa ng mga reklamo tungkol sa pangangalaga ng iyong kalusugan o paggamot, **at**
 - ayusin ang mga problema sa iyong mga bayarin.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



F. Paano makikipag-ugnayan sa Quality Improvement Organization (QIO)

May organisasyon ang aming estado na tinatawag na Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization (BFCC- QIO). Ito ay isang grupo ng mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalaga ng kalusugan na tumutulong na pahasayin ang kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare. Ang Livanta BFCC-QIO ay hindi konektado sa aming plan.

TUMAWAG SA	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668 Ang numerong ito ay para sa mga tao na may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat mayroon kang espesyal na kagamitan na telepono upang matawagan ito.
SUMULAT	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
WEBSITE	www.livantaqio.com

F1. Kailan kokontakin ang Livanta BFCC-QIO

- Mga tanong tungkol sa pangangalaga ng iyong kalusugan
 - Maaari kang magreklamo tungkol sa pangangalagang natanggap mo kung:
 - mayroon kang problema sa kalidad ng pangangalaga,
 - sa palagay mo na ang iyong pananatili sa ospital ay malapit nang matapos, o
 - sa palagay mo na ang iyong mga serbisyong pangangalaga sa kalusugan sa tahanan, pangangalaga sa skilled nursing facility, at Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) ay magtatapos sa lalong madaling panahon.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



G. Paano kokontakin ang Medicare

Ang Medicare ay pederal na programa ng insurance sa kalusugan para sa mga tao na 65 taong gulang o mas matanda pa, ilang tao na wala pa sa edad na 65 na may mga kapansanan, at mga tao na may end-stage renal disease (permanenteng pagpalya ng bato na kailangan ng dialysis o transplant ng bato).

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

TUMAWAG SA	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Libre ang mga tawag sa numerong ito, 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo.
TTY	1-877-486-2048 Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga tao na may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat mayroon kang espesyal na kagamitan na telepono upang matawagan ito.
WEBSITE	<u>http://www.medicare.gov</u> Ito ang opisyal na website para sa Medicare. Nagbibigay ito sa iyo ng up-to-date na impormasyon tungkol sa Medicare. Mayroon din itong impormasyon tungkol sa mga ospital, nursing home, doktor, mga home health agency, at pasilidad para sa dialysis. Kasama rito ang mga librito na maaari mong i-print mula mismo sa iyong computer. Maaari mo ring mahanap ang mga contact ng Medicare sa inyong estado sa pamamagitan ng pagpili sa “Forms, Help & Resources” at pagkatapos ay pag-click sa “Phone numbers & websites.” Ang website ng Medicare ay mayroong sumusunod na gamit para tulungan kang maghanap ng mga plan sa inyong lugar: Medicare Plan Finder: Nagbibigay ng naka-personalize na impormasyon tungkol sa mga plan ng inireresetang gamot ng Medicare, para sa mga planong pangkalusugan ng Medicare, at mga polisiya ng Medigap (Medicare Supplement Insurance) sa inyong lugar. Piliin ang “Find health & drug plans.” Kung wala kang computer, maaari kang tulungan ng iyong lokal na aklatan o center para sa matatanda na puntahan ang website na ito gamit ang kanilang computer. O, maaari mong tawagan ang Medicare sa numero na nasa itaas at sabihin sa kanila kung anong impormasyon ang hinahanap mo. Hahanapin nila ang impormasyon sa website, ipi-print ito, at ipapadala ito sa iyo.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



H. Paano kokontakin ang Medi-Cal Health Care Options

Matutulungan ka ng Medi-Cal Health Care Options kung mayroon kang mga tanong tungkol sa pagpili ng Cal MediConnect Plan o iba pang mga problema sa pagpapatala.

TUMAWAG SA	1-844-580-7272 Ang mga kinatawan ng Health Care Options ay available sa pagitan ng mga oras na 8:00 a.m. at 6:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes.
TTY	1-800-430-7077 Ang numerong ito ay para sa mga tao na may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat mayroon kang espesyal na kagamitan na telepono upang matawagan ito.
SUMULAT	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
WEBSITE	https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



I. Paano kokontakin ang Cal MediConnect Ombuds Program

Nagtatrabaho ang Cal MediConnect Ombuds Program bilang tagataguyod sa ngalan mo. Maaari nilang sagutin ang mga tanong kung mayroon kang problema o reklamo at matutulungan ka na maintindihan kung ano ang dapat gawin. Matutulungan ka rin ng Cal MediConnect Ombuds Program sa mga problema sa serbisyo o bayarin. Ang Cal MediConnect Ombuds Program ay hindi konektado sa aming plan o sa alinmang kompanya ng insurance o planong pangkalusugan. Libre ang kanilang mga serbisyo.

TUMAWAG SA	1-855-501-3077 Libre ang tawag na ito. Lunes hanggang Biyernes mula 9 a.m. hanggang 5 p.m. maliban sa mga pista-opisyal
SUMULAT	Cal MediConnect Ombuds Program 2 West Santa Clara Street, 8th Floor San Jose, CA 95113
WEBSITE	www.healthconsumer.org

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



J. Paano kokontakin ang County Social Services

Kung kailangan mo ng tulong sa iyong mga benepisyo ng In-Home Supportive Services (IHSS), tumawag sa inyong lokal na County Social Services Department.

TUMAWAG SA	1-877-962-3633 Libre ang tawag na ito. Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 5 p.m.
SUMULAT	1888 Senter Road San Jose, CA 95112
WEBSITE	https://www.sccgov.org/sites/ssa/daas/ihss/Pages/ihss.aspx

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



K. Paano kokontakin ang iyong County Specialty Mental Health Plan

Ang mga may espesyalidad na serbisyo sa kalusugang pangkaisipan ng Medi-Cal ay makukuha mo sa pamamagitan ng plano ng kalusugang pangkaisipan (mental health plan, MHP) ng county kung matutugunan mo ang mga pamantayan ng medikal na kinakailangan.

TUMAWAG SA	1-800-704-0900 Libre ang tawag na ito. 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo, kabilang ang mga pista-opisyal Mayroon kaming walang bayad na mga serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Libre ang tawag na ito. 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo, kabilang ang mga pista-opisyal

K1. Kontakin ang the County Specialty Mental Health Plan about:

- Mga tanong tungkol sa mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali na ibinibigay ng county
 - Pagsusuri ng pagiging karapag-dapat
 - Mga referral
 - Mga appointment
 - Pangkalahatang impormasyon tungkol sa mga magagamit na serbisyo

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



L. Paano kokontakin ang California Department of Managed Health Care

Ang California Department of Managed Health Care (DMHC) ay may pananagutan para sa pamamahala ng mga planong pangkalusugan. Matutulungan ka ng Help Center ng DMHC sa mga apela at reklamo laban sa iyong planong pangkalusugan hinggil sa mga serbisyo ng Medi-Cal.

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

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



M. Iba pang mapagkukunan

California Department of Aging

May mga programa ang California Department of Aging (CDA) para sa mas matatandang adulto, mga adulto na may mga kapansanan, mga tagapangalaga ng pamilya, at mga residente sa mga pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga sa buong estado.

Tumawag sa: 1-916-419-7500

TTY: 1-800-735-2929 Ang numerong ito ay para sa mga tao na may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat mayroon kang espesyal na kagamitan na telepono upang matawagan ito.

Sumulat: 1300 National Drive, Suite 200
Sacramento, CA 95834-1992

Website: <https://www.aging.ca.gov/AboutCDA/>

Area Agencies on Aging

Ang Area Agencies on Aging (AAA) ay may iba't ibang serbisyo para sa mga matatanda at adulto na may mga kapansanan sa antas ng komunidad at naglilingkod bilang madudulugan para sa mga alalahanin ng mga lokal na matatanda.

Tumawag sa: 1-800-510-2020

TTY: 711

https://www.aging.ca.gov/ProgramsProviders/AAA/AAA_Listing.aspx

CalFresh

Ang CalFresh ay isang programa sa pagkain sa California na nagbibigay ng buwanang mga benepisyo sa pagkain sa mga indibidwal at pamilya na kuwalipikado para sa programa.

Tumawag sa: 1-877-847-3663

TTY: 711

Website: <http://calfresh.dss.ca.gov/food/>

Meals on Wheels California

Ang Meals on Wheels California (MOWCA) ay isang bagong tatag na samahan na kaanib sa Meals on Wheels America. Ang aming misyon ay upang lumikha nag magkakasamang boses ng mga provider ng nutrisyon sa California at mapalawak ang epekto ng aming mga programa na nagpapahusay sa mga buhay ng mga matatanda, adulto na may mga kapansanan at ng kanilang mga pamilya.

Ang serbisyo ng Meals on Wheels ay masustansyang pagkain, pakikipagsamahan at mapagbantay na mata sa kalusugan at kaligtasan ng ating mga matatanda.

Tumawag sa: 1-877-434-8075

TTY: 711

Website: <https://www.mealsonwheelsamerica.org/about-membership/state-associations/california>

California Senior Centers

Tumutulong ang Seniors Centers sa mga Amerikano na matanggap ang maraming serbisyo sa pagtanda.

Website: http://www.careforcalifornia.net/list11_ca_senior_centers.htm

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Kabanata 3: Paggamit sa pagsaklaw ng plan para sa iyong pangangalagang pangkalusugan at iba pang mga saklaw na serbisyo

Panimula

Ang kabanatang ito ay may mga partikular na termino at patakaran na kailangan mong malaman upang makakuha ng pangangalagang pangkalusugan at iba pang saklaw na serbisyo sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Sinasabi rin nito ang tungkol sa iyong tagapamahala ng kaso, paano kumuha ng pangangalaga mula sa iba't ibang uri ng provider at sa ilalim ng tiyak na mga espesyal na pangyayari (kabilang ang mula sa mga provider at parmasya na wala sa network), ano ang dapat gawin kapag siningil ka nang direkta para sa mga serbisyong saklaw ng aming plan, at ang mga patakaran sa pagmamay-ari ng Matibay na Kagamitang Medikal (DME). Makikita ang mga mahahalagang termino at ang kanilang mga kahulugan sa pagkakasunud-sunod ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Impormasyon tungkol sa “mga serbisyo,” “mga saklaw na serbisyo,” “mga provider,” at “mga provider sa network”	40
B. Mga patakaran sa pagkuha ng iyong pangangalagang pangkalusugan, kalusugan ng pag-uugali, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS) na saklaw ng plan	40
C. Impormasyon tungkol sa iyong tagapamahala ng kaso	43
C1. Ano ang isang tagapamahala ng kaso.....	43
C2. Paano mo makokontak ang iyong tagapamahala ng kaso	43
C3. Paano mo mapapalitan ang iyong tagapamahala ng kaso.....	43
D. Pangangalaga mula sa mga provider ng pangunahing pangangalaga, mga espesyalista, iba pang medikal na provider sa network, at mga medikal na provider na wala sa network	43
D1. Pangangalaga mula sa isang provider ng pangunahing pangangalaga	43
D2. Pangangalaga mula sa mga espesyalista at iba pang provider sa network	46
D3. Ano ang gagawin kapag aalis ang isang provider sa aming plan	47
D4. Paano kumuha ng pangangalaga mula sa mga provider na wala sa network.....	48
E. Paano kumuha ng mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS)	49

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



F. Paano makakakuha ng mga serbisyo kalusugan ng pag-uugali (mental health and substance use disorder)	50
F1. Ano-anong Medi-Cal mga serbisyo ng kalusugan ng pag-uugali ang ipinagkakaloob sa labas ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa pamamagitan ng Santa Clara County Behavioral Health Services Department?	51
G. Paano kumuha ng mga serbisyong transportasyon	52
H. Paano kumuha ng mga saklaw na serbisyo kapag mayroon kang medikal na emergency o agarang kinakailangan na pangangalaga, o sa panahon ng sakuna.....	53
H1. Pangangalaga kapag mayroon kang medikal na emergency.....	53
H2. Agarang kinakailangan na pangangalaga.....	55
H3. Pangangalaga sa panahon ng sakuna.....	56
I. Ano ang gagawin kung ikaw ay direktang sisingilin para sa mga serbisyo na saklaw ng aming plan.....	56
I1. Ano dapat ang gawin kung hindi saklaw ang mga serbisyo ng aming plan	56
J. Saklaw sa mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan, kapag ikaw ay nasa pag-aaral na pananaliksik sa klinika	57
J1. Kahulugan ng klinikal na pananaliksik na pag-aaral	57
J2. Bayad para sa mga serbisyo kapag ikaw ay nasa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral	58
J3. Pag-aralan pa ang tungkol sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral	58
K. Paano nasasaklaw ang mga serbisyo ng iyong pangangalaga sa kalusugan kapag tumatanggap ka ng pangangalaga sa panrelihiyon na institusyon na hindi pang-medikal na pangangalaga sa kalusugan.....	58
K1. Kahulugan ng isang panrelihiyon na hindi medikal na institusyon sa pangangalagang pangkalusugan	58
K2. Pagkuha ng pangangalaga mula sa isang panrelihiyon na hindi medikal na institusyon sa pangangalagang pangkalusugan	59
L. Matibay na kagamitang medikal (DME)	60
L1. DME bilang miyembro ng aming plan.....	60
L2. Pagmamay-ari ng DME kapag lumipat ka sa Original Medicare o Medicare Advantage	60



A. Impormasyon tungkol sa “mga serbisyo,” “mga saklaw na serbisyo,” “mga provider,” at “mga provider sa network”

Ang mga serbisyo ay pangangalagang pangkalusugan, mga pangmatagalang serbisyo at suporta, supply, serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali, inireseta at over-the-counter na mga gamot, kagamitan at iba pang mga serbisyo. **Ang mga saklaw na serbisyo** ay alinman sa mga serbisyo na ito na binabayaran ng aming plano. Nakalista ang mga saklaw na pangangalagang pangkalusugan, kalusugan ng pag-uugali, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS) sa Tsart ng mga Benepisyo sa Kabanata 4.

Provider ang mga doktor, mga nurse, at iba pang tao na magbibigay sa iyo ng mga serbisyo at pangangalaga. Kasama rin sa salitang mga provider ang mga ospital, home health agency, klinika, at iba pang lugar na nagbibigay sa iyo ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, kagamitang medikal, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS).

Ang mga provider sa network ay mga provider na nakikipagtulungan sa planong pangkalusugan. Sumang-ayon ang mga provider na ito na tanggapin ang aming bayad bilang buong pagbabayad. Direkta kaming sinisingil ng mga provider sa network para sa pangangalagang ibinigay nila sa iyo. Kapag nagpatingin ka sa isang provider sa network, karaniwang wala kang babayaran para sa mga saklaw na serbisyo.

B. Mga patakaran sa pagkuha ng iyong pangangalagang pangkalusugan, kalusugan ng pag-uugali, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS) na saklaw ng plan

Sinasaklaw ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ang lahat ng serbisyo na saklaw ng Medicare at Medi-Cal. Kabilang dito ang kalusugan ng pag-uugali at mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS).

Karaniwang babayaran ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ang mga serbisyong pangangalaga ng kalusugan, kalusugan ng pag-uugali, at LTSS na natatanggap mo kung sinusunod mo ang mga patakaran ng plan. Sasaklawin ng aming plan:

- Ang pangangalaga na natatanggap mo ay dapat isang benepisyo ng plan. Ang ibig sabihin nito ay dapat kasama ito sa Tsart ng mga Benepisyo ng plan. (Ang tsart ay nasa Kabanata 4 ng handbook na ito).
- Ang pangangalaga ay dapat matukoy na **kinakailangan dala ng medikal na dahilan**. Saklaw lang ang ilan sa mga serbisyo na nakalista sa Tsart ng mga Medikal na Benepisyo kung makakuha nang maaga ang iyong doktor o iba pang provider sa network ng pag-apruba (tinatawag kung minsan na “paunang pahintulot”) mula sa amin. Ang mga saklaw na serbisyo na kailangan ng pag-apruba nang maaga ay minarkahan sa Tsart ng mga Medikal na Benepisyo. Kapag ibinigay namin ang aming desisyon, ibinabatay namin ito sa dalawang bagay. Una may mga panuntuan ang

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Medicare. Ikalawa mayroong mga pangkalahatang tinatanggap na pamantayan ng medikal na pagsasanay. Napatunayan at tinatanggap ang mga pamantayan na ito ng mga taong nagsasanay at nag-aaral ng medisina. Kailangan din naming matiyak na natatanggap mo ang pinakamurang pangangalaga. Nangangahulugan ito na hindi ito mas mahal sa isa pang opsyon na gagana rin nang kasing husay. Ngunit kailangan din namin itong maging tama para sa iyo. At na nakukuha mo ito sa tamang lugar at tamang bilang ng pagkakataon. Sa huli, hindi namin maaaprubahan ang isang serbisyo dahil lamang sa ito ay mas maginhawa kaysa sa ibang opsyon. Dapat mong makuha ang aming pag-apruba bago kumuha ng pangangalaga mula sa mga provider na wala sa aming plan maliban kung ito ay Agarang pangangalaga, Pangangalagang pang-emergency o Renal dialysis sa labas ng lugar na sineserbisyuhan. Upang maghanap ng provider sa aming plan, tingnan ang *Direktoryo ng Provider at Parmasya* sa online o tumawag sa Member Services. Kung isinangguni ka o sa pakiramdam mo ay kailangan mong gumamit ng isang provider na wala sa aming plan, dapat kang tumawag sa amin upang kumuha ng pag-apruba bago ka makakuha ng pangangalaga.

- Para sa mga serbisyong medikal, dapat kang mayroong **doktor ng pangunahing pangangalaga (PCP)** na nasa network na nagtagubilin ng pangangalaga o nagsabi sa iyo na magpatingin sa isa pang doktor. Bilang miyembro ng plan, dapat kang pumili ng provider sa network na maging iyong PCP.
 - Kadalasan, ang iyong PCP sa network o aming plan ay dapat kang bigyan ng pag-apruba bago ka magpatingin sa isang tao na hindi mo PCP o gumamit ng ibang provider sa network ng plan. Tinatawag ito na **referral**. Kung hindi ka makakakuha ng pag-apruba, maaaring hindi saklawin ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ang mga serbisyo. Hindi mo kailangan ng referral para magpatingin sa ilang partikular na espesyalista, tulad ng mga espesyalista sa kalusugan ng mga kababaihan. Upang malaman pa ang tungkol sa mga referral, tingnan sa pahina 46.
 - Kaanib ang mga PCP ng aming plan sa mga grupong medikal. Kapag pumili ka ng iyong PCP, pinipili mo na rin ang kaanib na grupong medikal. Ibig sabihin nito na isasangguni ka ng iyong PCP sa mga espesyalista at serbisyong kaanib din ng kanyang grupong medikal. Ang grupong medikal ay isang pangkat ng mga doktor ng pangunahing pangangalaga at espesyalista na nagtutulungan upang ibigay ang pangangalaga na kailangan mo.
 - Hindi mo kailangan ng referral mula sa iyong PCP para sa pangangalagang pang-emergency o agarang kinakailangan na pangangalaga o para magpatingin sa isang provider para sa kalusugan ng kababaihan. Maaari kang makakuha ng iba pang uri ng pangangalaga nang walang referral mula sa iyong PCP. Para malaman pa ang tungkol dito, tingnan ang pahina 45.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- Para alamin pa ang tungkol sa pagpili ng isang PCP, tingnan ang pahina 44.
- **Dapat mong kunin ang iyong pangangalaga mula sa mga provider sa network na kaanib sa grupong medikal ng iyong PCP.** Karaniwan, hindi sasaklawin ng plan ang pangangalaga mula sa isang provider na hindi nakikipagtulungan sa planong pangkalusugan at grupong medikal ng iyong PCP. Narito ang ilang kaso kapag hindi naaangkop ang patakaran na ito:
 - Sinasaklaw ng plan ang pangangalaga sa emergency o agarang kinakailangan na pangangalaga mula sa isang provider na wala sa network. Upang malaman pa at upang makita kung ano ang ibig sabihin ng emergency o agarang kinakailangan na pangangalaga, tingnan sa Seksyon H, pahina 53.
 - Kung kailangan mo ng pangangalaga na sinasaklaw ng aming plan at hindi ito maibibigay sa iyo ng aming mga provider na nasa network, maaari mong makuha ang pangangalaga mula sa isang provider na wala sa network gayunpaman, maaaring kailangan ng paunang pahintulot. Sa sitwasyong ito, sasaklawin namin ang pangangalaga nang wala kang babayaran. Upang malaman ang tungkol sa pagkuha ng pag-apruba upang magpatingin sa isang provider na wala sa network, tingnan sa Seksyon D, pahina 48.
 - Sinasaklaw ng plan ang mga serbisyong dialysis ng kidney kapag nasa labas ka ng lugar na sineserbisuhan nang maikling panahon. Maaari mong matanggap ang mga serbisyong ito sa isang pasilidad ng dialysis na sertipikado ng Medicare.
 - Kapag sumali ka sa plan sa unang pagkakataon, maaari mong hilingin na patuloy na magpatingin sa mga kasalukuyan mong provider. Sa ilang pagbubukod, inaatasan kaming aprubahan ang kahilingan na ito kung mapapatunayan namin na mayroon kang umiiral na kaugnayan sa mga provider (tingnan sa Kabanata 1, pahina 10). Kung aaprubahan namin ang iyong kahilingan, maaari kang patuloy na magpatingin sa mga provider kung kanino ka nagpapatingin sa kasalukuyan sa loob ng hanggang 12 buwan para sa mga serbisyo. Sa panahong iyon, makikipag-ugnayan sa iyo ang iyong tagapamahala ng kaso upang tumulong sa paghanap ng mga provider sa aming network na kaanib sa grupong medikal ng iyong PCP. Pagkatapos ng 12 buwan, hindi na namin sasaklawin ang iyong pangangalaga kung ipagpatuloy mo ang pagpapatingin sa mga provider na wala sa aming network at hindi kaanib sa grupong medikal ng iyong PCP.



C. Impormasyon tungkol sa iyong tagapamahala ng kaso

C1. Ano ang isang tagapamahala ng kaso

Ang Tagapamahala ng Kaso ay isang clinician o ibang sinanay na tao na nagtatrabaho sa aming plan upang magbigay ng mga serbisyo ng Tagapamahala ng Kaso para sa iyo. Nakikipagpareho ang mga Tagapamahala ng Kaso sa mga pasyente upang makuha ang pangangalagang kailangan nila upang maging malusog.

Tinutulungan ng Tagapamahala ng Kaso ang mga pasyente na:

- Maintindihan kung ano ang kalagayan ng kanilang kasalukuyang kalusugan
- Lumikha ng isang plano ng pangangalaga para lang sa kanila
- Kuhanin ang pangangalaga na kailangan nila mula sa aming plan at kanilang komunidad
- Maging bahagi ng pangangasiwa ng kanilang sariling kalusugan
- Makipagtulungan sa mga manggagawa sa pangangalaga ng kalusugan bilang isang pangkat
- Matugunan ang kanilang mga mithiin sa pagiging malusog

C2. Paano mo makokontak ang iyong tagapamahala ng kaso

Kontakin ang iyong tagapamahala ng kaso sa pamamagitan ng pagtawag sa Member Services. Sa maraming sitwasyon, maaaring magbigay sa iyo ang tagapamahala ng kaso ng kanyang direktang impormasyon sa pakikipag-ugnayan.

C3. Paano mo mapapalitan ang iyong tagapamahala ng kaso

Kung mas gugustuhin mo na makita ng ibang tagapamahala ng kaso, tumawag sa Member Services upang ibahagi ang iyong mga alalahanin at humingi ng isa pang tagapamahala ng kaso.

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

D1. Pangangalaga mula sa isang provider ng pangunahing pangangalaga

Dapat kang pumili ng isang provider ng pangunahing pangangalaga (PCP) upang magbigay at mangasiwa ng iyong pangangalaga. Kaanib ang mga PCP ng aming plan sa mga grupong medikal. Kapag pumili ka ng iyong PCP, pinipili mo na rin ang kaanib na grupong medikal.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



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

Ang iyong PCP ay ang iyong pangunahing provider ng pangangalagang pangkalusugan. Itatabi ng iyong PCP ang mga medikal na record mo at malalaman ang iyong mga pangangailangang pangkalusugan sa paglipas ng panahon. Magpapatingin ka sa iyong PCP para sa mga regular na checkup at mga pagpapatingin na walang sakit. Kung magkasakit ka, ang iyong PCP ang unang tao na magbibigay ng pangangalaga sa iyo. Magrereseta siya ng mga gamot para sa iyo, hihiling ng paunang pahintulot para sa mga serbisyong kailangan mo, at bibigyan ka ng mga referral sa mga espesyalista at iba pang provider kung kinakailangan.

Kaanib ang mga PCP ng aming plan sa mga grupong medikal. Ang grupong medikal ay isang pangkat ng mga doktor ng pangunahing pangangalaga at espesyalista na nagtutulungan upang ibigay ang pangangalaga na kailangan mo:

Ang iyong PCP ay maaaring isang:

- Doktor ng pamilya
- Dalubhasa sa pagpapaanak/Gynecologist
- Espesyalista na nagbibigay ng pangunahing pangangalaga
- Lokal na departamento ng kalusugan o katulad na klinika sa komunidad

Ang iyong pagpili ng PCP

Mahalaga ang iyong kaugnayan sa iyong PCP. Kaya kapag pumipili ka ng iyong PCP, subukang pag-isipan ang mga dahilan sa ibaba upang matulungan ka. Kapag pumipili ka ng PCP, dapat kang:

- Pumili ng provider na ginagamit mo ngayon, o
- Pumili ng provider na iminungkahi ng isang taong pinagkakatiwalaan mo, o
- Pumili ng provider na malapit sa inyong tahanan

Kapag nagpatala ka sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, pipili ka ng PCP sa pamamagitan ng paggamit sa aming *Direktoryo ng Provider at Parmasya*. Nakalista ang mga PCP ayon sa lungsod at county, kaya makakahanap ka ng isa na malapit kung saan ka nakatira o nagtatrabaho. Ipinapakita rin ng direktoryo kung anong mga wika ang ginagamit sa opisina ng PCP. Kung kailangan mo ng tulong sa pagpili ng isang PCP, tumawag sa Member Services sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag na ito.

Kapag pinipili mo ang iyong PCP, pinipili mo na rin ang (mga) ospital at (mga) network ng espesyalista na may kaugnayan sa iyong PCP. Kapag pumipili ka ng PCP, isasangguni ka sa mga espesyalista, ospital at iba pang provider na may kaugnayan sa iyong PCP at/o grupong medikal.

Ang pangalan at numero ng telepono ng iyong PCP ay nakasulat sa iyong membership card.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Para sa tulong sa pagpili ng isang PCP, makakatawag ka rin sa departamento ng Member Services sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag na ito. Kung mayroong partikular na espesyalista o ospital na gusto mong gamitin, mahalagang tingnan kung kaanib sila sa grupong medikal ng iyong PCP. Maaari kang maghanap sa *Direktoryo ng Provider at Parmasya*, o hingin sa Member Services ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan na tingnan upang makita kung ang PCP na gusto mo ay gumagawa ng mga referral sa espesyalista na iyon o kung ginagamit niya ang ospital na iyon.

Opsyon na palitan ang iyong PCP

Maaari mong palitan ang iyong PCP para sa anumang dahilan, sa anumang oras. At, maaari ding umalis ang iyong PCP sa network ng aming plan. Kung aalis ang iyong PCP sa network ng aming plan, matutulungan ka naming maghanap ng bagong PCP na nasa loob ng network ng aming plan kung ang PCP mo ngayon ay umalis sa aming network.

Upang palitan ang iyong PCP, tumawag sa Member Services sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag na ito. Kapag tumawag ka, tiyaking sabihin sa Member Services kung nagpapatingin ka sa mga espesyalista o kumukuha ng iba pang serbisyong nangangailangan ng pag-apruba ng iyong PCP. Ang ilan sa mga serbisyong ito ay maaaring mga serbisyo ng kalusugan sa tahanan at matibay na kagamitang medikal.

Maaari kang magsimulang magpatingin sa iyong PCP sa unang araw ng buwan pagkatapos ng iyong kahilingan. Halimbawa, kung hiningi mong palitana ang iyong PCP sa Setyembre 13, makakapagsimula kang magpatingin sa iyong bagong doktor ng pangunahing pangangalaga sa Oktubre 1.

Tandaang kaanib ang mga PCP ng aming plan sa mga grupong medikal. Kung nagpalit ka ng PCP, maaaring nagpalit ka rin ng grupong medikal. Kapag hinihiling mo ang pagpapalit, tiyaking sabihin sa Member Services kung nagpapatingin ka sa espesyalista o kukuha ka ng iba pang nasasaklaw na serbisyong nangangailangan ng pag-apruba ng PCP. Makakatulong ang Member Services na matiyak na maipagpapatuloy mo ang pangangalaga ng espesyalista sa iyo at iba pang serbisyo kapag nagpalit ka ng PCP mo.

Padadalhan ka namin ng bagong ID card ng miyembro ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan na may pangalan at numero ng telepono ng iyong bagong PCP.

Mga serbisyo na maaari mong makuha nang hindi muna kumukuha ng pag-apruba mula sa iyong PCP

Sa karamihang kaso, kailangan mo ng pag-apruba mula sa iyong PCP bago magpatingin sa iba pang mga provider. Ang pag-apruba na ito ay tinawag na **referral**. Maaari kang makakuha ng mga serbisyo tulad ng mga nakalista sa ibaba nang hindi muna kumukuha ng pag-apruba mula sa iyong PCP:

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- Mga serbisyong pang-emergency mula sa mga provider na nasa network o provider na wala sa network.
- Agarang kinakailangan na pangangalaga mula sa mga provider na nasa network.
- Agarang kinakailangan na pangangalaga mula sa mga provider na wala sa network kapag hindi ka makapunta sa mga provider na nasa network (halimbawa, kapag ikaw ay nasa labas ng lugar na sineserbisyuhan ng plan).
- Mga serbisyo ng dialysis ng bato na nakukuha mo sa isang pasilidad para sa dialysis na sertipikado ng Medicare kapag ikaw ay nasa labas ng lugar na sineserbisyuhan ng plan. (Mangyaring tawagan ang Member Services bago ka umalis sa lugar na sineserbisyuhan. Matutulungan ka naming makakuha ng dialysis habang ikaw ay malayo.)
- Mga bakuna sa trangkaso, mga bakuna sa hepatitis B, at pulmonya hangga't kinukuha mo ang mga ito mula sa isang provider sa network.
- Karaniwang pangangalaga ng kalusugan ng mga kababaihan at mga serbisyo sa pagpapalano ng pamilya. Kabilang dito ang mga pagsusuri ng suso, pag-screen na mammogram (mga x-ray ng suso), Pap test, at mga pelvic exam hangga't kinukuha mo ang mga ito mula sa isang provider sa network.
- Dagdag pa rito, kung karapat-dapat kang makakuha ng mga serbisyo mula sa mga Indian na provider ng kalusugan, maaari mong puntahan ang mga provider na ito nang walang referral.

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

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

- Nangangalaga ang mga Oncologist sa mga pasyenteng may kanser.
- Nangangalaga ang mga Cardiologist sa mga pasyenteng may mga problema sa puso.
- Nangangalaga ang Orthopedist sa mga pasyente na may mga problema sa buto, kasu-kasuan, o kalamnan.

Kung kailangan mo ng pangangalaga ng espesyalista, bibigyan ka ng PCP ng referral sa tamang doktor o iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan na makakapagbigay sa iyo ng uri ng pangangalaga na kailangan mo.

- Para sa ilang serbisyo, maaaring kailangan mo ang paunang pahintulot. Nangangahulugan ang paunang pahintulot na kailangan mo ng pag-apruba mula sa amin bago ka makakuha ng isang partikular na serbisyo o gamot. Hihingi ang

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



iyong doktor o iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan ng paunang pahintulot para sa mga serbisyong sa pakiramdam nila ay kailangan mo. Upang malaman kung aling mga serbisyo ang kailangan ng paunang pahintulot, tingnan ang Tsart ng mga Benepisyo sa Kabanata 4: Tsart ng mga Benepisyo.

- Maaari lang makipagtulungan ang iyong PCP sa partikular na ospital o grupo ng mga espesyalista. Ito ang dahilan kung bakit dapat kang kumuha ng referral mula sa iyong PCP bago ka magpatingin sa isang espesyalista. Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa mga espesyalista o ospital na kung saan nakikipagtulungan ang iyong PCP, tumawag sa iyong PCP o Member Services.

Napakahalaga na kumuha ng referral (maagang pag-apruba) bago ka magpatingin sa isang espesyalista na nakakontra sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan o tumanggap ng mga serbisyong may espesyalidad (maliban sa mga serbisyong nakalista sa itaas sa ilalim ng Seksyon D). Kung wala kang referral (maagang pag-apruba) bago ka tumanggap ng mga serbisyo mula sa isang espesyalista, maaaring kailanganin mong bayaran mismo ang mga serbisyong ito. Mangyaring sumangguni sa seksyon D para sa impormasyon tungkol sa kung aling mga serbisyo ang nangangailangan ng mga referral at/o paunang pahintulot.

Kung gusto ng espesyalista na bumalik ka para sa karagdagang pangangalaga, tingnan muna upang makasiguro na ang referral (maagang pag-apruba) mula sa iyong PCP, Extensivist, Nurse Practitioner o espesyalista ay sinasaklaw ang mas maraming pagpapatingin sa espesyalistang iyon. Kung hindi, dapat kang kumuha ng isa pang referral (maagang pag-apruba) para sa mga karagdagang pagpapatingin sa espesyalista.

Bilang karagdagan, ang mga PCP ay mayroong mga tiyak na espesyalista at ospital na ginagamit nila para sa mga referral, kaya ang pipiliin mong PCP ay kadalasang tumutukoy sa mga espesyalista at ospital na isasangguni sa iyo. Kung mayroong isang partikular na CareMore Care Center, kinontratang espesyalista o pasilidad na mas gusto mo, alamin muna para makasigurado na nagpapadala ang iyong PCP ng mga pasyente sa espesyalistang iyon o ginagamit ang ospital na iyon.

D3. Ano ang gagawin kapag aalis ang isang provider sa aming plan

Maaaring umalis ang isang provider sa network na ginagamit mo mula sa aming plan. Kung umalis sa plan ang isa sa iyong mga provider, may mga partikular na karapatan ka at proteksyon na nakabuod sa ibaba:

- Kahit na maaaring magbago ang aming mga provider na nasa network sa buong taon, dapat ka naming bigyan ng tuluy-tuloy na access sa mga kuwalipikadong provider.
- Gagawa kami ng pagsisikap na makapagbigay sa iyo ng abiso na di bababa sa 30 araw upang may panahon ka pa na makapili ng isang bagong provider.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- Tutulungan ka naming pumili ng isang bagong provider para ipagpatuloy ang pamamahala ng iyong mga pangangailangan sa pangangalaga ng kalusugan.
- Kung sumasailalim ka sa medikal na paggamot, mayroon kang karapatan na hilingin, at makikipagtulungan kami sa iyo para tiyakin na hindi maaantala ang paggamot na medikal na kinakailangan na natatanggap mo.
- Kung naniniwala ka na hindi namin napalitan ang iyong dating provider ng isang kuwalipikadong provider o hindi napapamahalaang mabuti ang pangangalaga sa iyo, mayroon kang karapatan na magsampa ng isang apela sa aming desisyon.

Kung malaman mo na ang isa sa iyong mga provider ay aalis sa aming plan, pakitawagan kami upang matulungan ka namin sa paghanap ng bagong provider at sa pangangasiwa ng iyong pangangalaga. Kontakin ang Member Services sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag.

Kung kasalukuyan kang sumasailalim sa medikal na paggamot, maaaring may ilang pangyayari na ang pagpapalit ng iyong doktor, pantulong na provider, o ospital ay makasira sa iyong kasalukuyang plan ng paggamot. Nakalista sa ibaba ang ilang halimbawa ng mga medikal na kondisyon na maaaring gumarantiya sa iyo na makatanggap ng nagpapatuloy na pangangalaga mula sa iyong kasalukuyang provider matapos siyang umalis sa aming network:

- Mga pagpapatinging pagkatapos ng operasyon
- Rehabilitasyon para sa puso
- Mga nakaiskedyul na operasyon
- Mga pag-transplant ng organ
- Pagkumpleto ng kasalukuyang kurso ng chemotherapy o radiation therapy
- Pangangalaga sa inpatient

Maaaring umiiral ang iba pang halimbawa, at gagawin ang naaangkop na mga pagsasaayos sa batayang ayon sa bawat kaso depende sa medikal na pangangailangan. Kung kasalukuyan kang tumatanggap ng aktibong nagpapatuloy na paggamot mula sa isang espesyalista sa plan, o kung may ilang espesyal na pangyayari na gagarantiya o mangangailangan na ituloy ang iyong medikal na pangangalaga sa iyong kasalukuyang provider matapos siyang umalis sa aming network, mangyaring tumawag sa Member Services.

D4. Paano kumuha ng pangangalaga mula sa mga provider na wala sa network

Sa karamihang kaso, hindi namin sasaklawin ang pangangalaga na natatanggap mo mula sa isang provider na wala sa network. Nangangahulugan ito na ang iyong pangangalaga ay mula sa isang provider na hindi bahagi ng network ng aming plan. Mayroong mga pagkakataon kung kailan sasaklawin namin ang pangangalaga mula sa isang provider na wala sa network. Narito ang tatlong kaso kung kailan sasaklawin namin ang pangangalaga mula sa isang provider na wala sa network:

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- Kung kailangan mo ng emergency o agarang pangangalaga. Para sa karagdagang impormasyon tungkol dito, at upang makita kung ano ang ibig sabihin ng emergency o agarang pangangalaga, tingnan ang Pangangalagang pang-emergency o Agarang kinakailangan na pangangalaga sa Tsart ng mga Medikal na Benepisyo sa Kabanata 4.
- Kung kailangan mo ng medikal na pangangalaga na sinasabi ng Medicare na dapat saklawin ng aming plan ngunit wala sa aming mga provider sa network ang naghahandog ng ganitong uri ng pangangalaga. Sa kasong ito, kakailanganin ng iyong PCP o espesyalista na kumuha ng “Paunang Pahintulot.” Nangangahulugan ito na dapat itong aprubahan ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan bago mo kuhanin ang pangangalaga. Kung mayroon kang pag-apruba nang maaga, pareho ang babayaran mo katulad ng babayaran mo kung nakuha mo ang pangangalaga mula sa isang provider na nasa network. Napakahalaga na paaprubahan ang iyong referral mula sa iyong PCP, Espesyalista o Extensivist bago ka magpatingin sa isang provider na wala sa network. Kung wala kang referral bago ka tumanggap ng pangangalaga mula sa isang provider na wala sa network, maaaring kailanganin mong bayaran mismo ang mga serbisyong ito.
- Mga serbisyo ng dialysis ng bato na nakukuha mo sa isang sentro para sa dialysis na sertipikado ng Medicare kapag ikaw ay nasa labas ng lugar na sineserbisuhan ng plan.

Kung pupunta ka sa isang provider na wala sa network, kailangang kuwalipikadong lumahok ang provider sa Medicare at/o Medi-Cal.

- Hindi namin mababayaran ang isang provider na hindi karapat-dapat lumahok sa Medicare at/o Medi-Cal.
- Kung pupunta ka sa isang provider na hindi karapat-dapat lumahok sa Medicare, kailangan mong bayaran ang buong halaga ng mga serbisyo na makukuha mo.
- Kailangang sabihin sa iyo ng mga provider kung hindi sila karapat-dapat lumahok sa Medicare.

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

Ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS) ay binubuo ng Mga Serbisyo sa Komunidad para sa Nasa Hustong Gulang (CBAS), Programa ng Maraming Gamit na Serbisyo sa Matatanda (MSSP), at Mga Nursing Facility (NF). Ang mga serbisyong ito ay maaaring mangyari sa iyong tahanan, komunidad, o sa isang pasilidad. Ang iba't ibang uri ng LTSS ay inilalarawan sa ibaba:

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- **Community Based Adult Services (CBAS):** Programa ng serbisyo sa pasilidad para sa outpatient na nagbibigay ng may kakayahang pangangalaga, mga serbisyong panlipunan, mga occupational at speech therapy, personal na pangangalaga, pagsasanay at suporta ng pamilya/tagapangalaga, mga serbisyo sa nutrisyon, transportasyon, at iba pang mga serbisyo kung natutugunan mo ang mga naaangkop na pamantayan sa pagiging karapat-dapat.
- **Multipurpose Senior Services Program (MSSP):** Isang programa na partikular sa California na nagbibigay ng Home and Community-Based Services (HCBS) sa mga mahihina at matatandang kliyente na maaaring bigyan ng sertipikasyon na ilagay sa isang nursing facility ngunit gustong manatili sa komunidad.
 - Maaaring maging kuwalipikado para sa programang ito ang mga indibidwal na kuwalipikado sa Medi-Cal na 65 taong gulang na o mas matanda pa na may mga kapansanan. Ang programang ito ay isang alternatibo para sa pagpasok sa isang nursing facility.
 - Ang mga serbisyo ng MSSP ay maaaring kinabibilangan ng, ngunit hindi limitado sa: Adult Day Care/Support Center, tulong sa bahay tulad ng mga pisikal na pag-aangkop at pantulong na aparato, tulong sa gawaing-bahay at personal na pangangalaga, pagbabantay nang may proteksyon, pamamahala sa pangangalaga, at iba pang uri ng mga serbisyo.
- **Nursing Facility (NF):** Isang pasilidad na nagbibigay ng pangangalaga para sa mga taong hindi ligtas na makapamuhay sa tahanan ngunit hindi kailangang maging nasa ospital.

Tutulong ang iyong tagapamahala ng kaso na maintindihan mo ang bawat programa. Upang malaman pa ang tungkol sa alinman sa mga programang ito, tumawag sa Member Services sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag na ito.

F. Paano makakakuha ng mga serbisyo kalusugan ng pag-uugali (mental health and substance use disorder)

Magkakaroon ka ng access sa mga serbisyo ng kalusugan ng pag-uugali na kinakailangan dala ng medikal na dahilan na saklaw ng Medicare at Medi-Cal. Nagbibigay ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ng access sa mga serbisyo ng kalusugan ng pag-uugali na saklaw ng Medicare. Ang mga serbisyo ng kalusugan ng pag-uugali na saklaw ng Medi-Cal ay hindi ipinagkakaloob ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, ngunit magagamit ng mga karapat-dapat na miyembro ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa pamamagitan ng Santa Clara County Mental Health Department at ng Department of Alcohol and Drug Services.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bisitahin ang duals.anthem.com.



F1. Ano-anong Medi-Cal mga serbisyo ng kalusugan ng pag-uugali ang ipinagkakaloob sa labas ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa pamamagitan ng Santa Clara County Behavioral Health Services Department?

Magagamit mo ang mga serbisyo ng espesyalista sa kalusugan ng pag-iisip ng Medi-Cal sa pamamagitan ng county mental health plan (MHP) kung natutugunan mo ang pamantayan ng medikal na kinakailangan ng Medi-Cal sa mga serbisyo ng espesyalista sa kalusugan ng pag-iisip. Kabilang sa Medi-Cal specialty mental health services na ipinagkakaloob ng Santa Clara County Behavioral Health Services Department ang:

- Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip (pagsusuri, therapy, rehabilitasyon, pansuporta at pagbuo ng plan)
- Mga serbisyong pansuporta sa gamot
- Masusing paggamot sa araw
- Rehabilitasyon sa araw
- Pakikialam sa krisis
- Pagpapatatag sa krisis
- Mga serbisyo sa paggamot ng matanda sa tahanan
- Mga serbisyo sa paggamot para sa krisis sa tahanan
- Mga serbisyo ng pasilidad para sa kalusugan ng may sakit sa isip
- Mga serbisyo ng ospital para sa inpatient dahil sa sakit sa isip
- Pamamahala ng partikular na kaso

Ang mga serbisyo ng Drug Medi-Cal ay magagamit mo sa pamamagitan ng Santa Clara County Behavioral Health Services Department kung matutugunan mo ang pamantayan ng medikal na kinakailangan ng Drug Medi-Cal. Kabilang sa mga serbisyo ng Drug Medi-Cal na ipinagkakaloob ng Santa Clara County Mental Health Department at ng Department of Alcohol and Drug Services ang:

- Masusing mga serbisyo sa paggamot para sa outpatient
- Mga serbisyo sa paggamot sa tahanan
- Mga serbisyo sa pag-iwas sa droga para sa outpatient
- Mga serbisyo sa paggamot ng narkotiko
- Mga serbisyo ng Naltrexone para sa pag-asa sa opioid

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Dagdag pa sa mga serbisyo ng Drug Medi-Cal na nakalista sa itaas, maaari kang magkaroon ng access sa boluntaryong mga serbisyo para sa pag-alis ng lason sa inpatient kung matutugunan mo ang pamantayan sa medikal na pangangailangan.

Kung sa pakiramdam mo ay kailangan mo ang alinman sa mga serbisyong ito, makipag-usap sa iyong tagapamahala ng kaso o sa iyong PCP. Tatanungin ka ng iyong tagapamahala ng kaso o provider upang malaman ang mga uri ng serbisyo na kailangan mo at tulungan kang pumili ng provider. Maaaring kailangan mo ng referral o paunang pahintulot (ibig sabihin kailangan mo ng pahintulot mula sa amin) upang makuha ang mga serbisyong ito. Sa sandaling makuha mo ang referral at/o paunang pahintulot, ikaw o ang iyong tagapamahala ng kaso ay maaari nang gumawa ng appointment.

G. Paano kumuha ng mga serbisyong transportasyon

Hindi pang-emergency na medikal na transportasyon

- Pinapayagan ng benepisyong ito ang pinakamatipid at pinakamadaling makuhang paraan ng transportasyon. Maaaring kabilang dito ang: ambulansya, litter van, mga serbisyo ng medikal na transportasyon na wheelchair van, at pagkoordinar sa paratransit.
- Pinapahintulutan ang mga anyo ng transportasyong ito kapag:
 - Ang iyong medikal at/o pisikal na kondisyon ay hindi ka pinapayagang magbiyahe sa pamamagitan ng bus, pampasaherong kotse, taxicab, o iba pang anyo ng pampubliko o pribadong transportasyon, at
 - Kinakailangan ang sasakyan para sa layunin ng pagkuha ng kinakailangan na pangangalagang medikal

Hindi medikal na transportasyon

- Pinapayagan ng benepisyong ito ang transportasyon upang makatanggap ng mga medikal na serbisyo sa pamamagitan ng pampasaherong kotse, taxi, o iba pang anyo ng pampubliko/pampribadong transportasyon. Halimbawa, maaari mong gamitin ang serbisyong ito kung kailangan mo ng sasakyan patungo sa iyong nakaiskedyul na appointment sa doktor.

Para sa karagdagang impormasyon tingnan sa Kabanata 4, Seksyon D o tumawag sa Member Services.

Ipinagkakaloob ang mga saklaw na serbisyong transportasyon sa mga pagpapatingin na aprubado ng plan, hindi emergency at rutinang medikal na pangangalaga para sa mga miyembro na nakakalakad o gumagamit ng karaniwang laki na mga wheelchair, at walang anumang naglilimita na medikal na kondisyon na magbabawal sa kanila mula sa karaniwang uri ng pampublikong

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



transportasyon. Upang masaklaw, dapat ipagkaloob ang mga serbisyong pangtransportasyon ng isang nakakontra at nakatalagang carrier ng serbisyo ng transportasyon. Maaaring gamitin ang iba't ibang anyo ng transportasyon maliban sa mga van at taxi kung aprubado ng plan.

Paano mag-iskedyul ng transportasyon

- Dapat mong ikoordina ang iyong transportasyon sa pamamagitan namin at dapat kang mag-iskedyul ng transportasyon nang hindi bababa sa isang araw na may pasok bago ang iyong medikal na appointment.
- Ang bawat miyembro ay pinapayagan na magkaroon ng isang bantay.
- Dapat mong ipabatid sa Departamento ng Transportasyon nang hindi bababa sa isang araw na may pasok bago ang appointment kung magsasama ka ng isang bantay. Lahat ng bantay ay dapat 17 taong gulang o mas matanda.
- Hindi pinapayagan ang mga hayop maliban kung ang mga ito ay mga hayop na ginagamit bilang serbisyo.
- Kailangan ang Form ng Pahayag ng Sertipikasyon ng Doktor para sa Hindi Emergency na Medikal na Transportasyon (NEMT) para sa ambulansya/gurney van, litter van, wheelchair van, o air transport para sa mga miyembro na may mga partikular na medikal at pisikal na kondisyon.

Upang mag-iskedyul ng iyong transportasyon, tumawag sa aming Yunit ng Transportasyon sa 1-888-325-1024 (TTY: 711), mula 7 a.m. hanggang 6 p.m. Lunes hanggang Biyernes (maliban kung pista-opisyal).

Patakaran sa Pagkansela

Abisuhan kami sa anumang pagkansela nang isang araw na may pasok bago ang iyong nakaiskedyul na biyahe. Mahalaga na kanselahin ang iyong nakaiskedyul na biyahe upang maabisuhan namin ang carrier ng transportasyon at tsuper. Tumawag sa Member Services para sa karagdagang impormasyon.

H. Paano kumuha ng mga saklaw na serbisyo kapag mayroon kang medikal na emergency o agarang kinakailangan na pangangalaga, o sa panahon ng sakuna

H1. Pangangalaga kapag mayroon kang medikal na emergency

Kahulugan ng medikal na emergency

Ang isang medikal na emergency ay isang medikal na kondisyon na may mga sintomas tulad ng matinding pananakit o malubhang pinsala. Ang kondisyon ay masyadong malubha na, kung hindi ito makakakuha ng agarang medikal na pansin, ikaw o ang sinuman na may karaniwang kaalaman sa kalusugan at medisina ay maaaring umasa na magresulta ito sa:

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- Seryosong panganib sa iyong kalusugan o sa iyong anak na hindi pa naisisilang; ○
- Malubhang pinsala sa mga paggana ng katawan; ○
- Malubhang hindi paggana ng anumang organo o bahagi ng katawan; ○
- Sa kaso ng isang babaeng buntis na kasalukuyang nagdadamdang sa panganganak, kapag:
 - walang sapat na panahon para ligtas kang mailipat sa isa pang ospital bago manganak.
 - maaaring maging banta ang paglilipat sa isa pang ospital sa kalusugan o kaligtasan mo o ng sanggol sa sinapupunan mo.

Ano ang dapat gawin kung mayroon kang medikal na emergency

Kung mayroon kang isang medikal na emergency:

- **Humingi ng tulong nang mabilis hangga't maaari.** Tawagan ang 911 o pumunta sa pinakamalapit na emergency room o ospital. Tumawag ng ambulansya kung kailangan mo ito. **Hindi** mo kailangan na kumuha ng pag-apruba o ng referral muna mula sa iyong PCP.
- **Sa lalong madaling panahon, siguraduhin na sasabihin mo sa aming plan ang tungkol sa iyong emergency.** Kailangan naming mag-follow up sa iyong pangangalaga sa emergency. Ikaw o ang ibang tao ay dapat tumawag upang sabihin sa amin ang tungkol sa iyong pangangalagang pang-emergency, kadalasang sa loob ng 48 oras. Gayunpaman, hindi mo kailangang magbayad para sa mga serbisyo sa emergency dahil hindi agad nasabi sa amin. Pakitawagan kami sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay makikita rin sa likod ng iyong ID card ng miyembro.

Mga saklaw na serbisyo sa medikal na emergency

Maaari kang makatanggap ng saklaw na pangangalagang pang-emergency kapag kailangan mo ito, saanman sa Estados Unidos o mga teritoryo nito. Kung kailangan mo ng isang ambulansya para pumunta sa emergency room, saklaw iyon ng aming plan. Upang malaman pa, tingnan sa Tsart ng mga Benepisyo sa Kabanata 4.

Nag-aalok ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ng saklaw sa limitadong pandagdag na medikal na pangangalagang pang-emergency para sa mga okasyon kapag wala ka sa Estados Unidos. Mangyaring sumangguni sa Tsart ng mga Medikal na Benepisyo sa Kabanata 4 para sa higit pang mga detalye.

Kapag natapos na ang emergency, maaaring kailanganin mo ng kasunod (follow-up) na pangangalaga para masiguro na bubuti ka. Sasaklawin namin ang iyong kasunod na pangangalaga.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Kung makakakuha ka ng pangangalaga pang-emergency mula sa mga provider na wala sa network, susubukan naming ipamahala sa mga provider na nasa network ang pangangalaga sa iyo sa lalong madaling panahon.

Pagkuha ng pangangalagang pang-emergency kung hindi ito isang emergency

Minsan maaring mahirap malaman kung mayroon kang isang medikal na emergency o emergency sa kalusugan ng pag-uugali. Maaaring piliin mo ang pangangalaga sa emergency at sasabihin ng doktor na hindi naman talaga ito isang emergency. Hangga't makatwiran mong aakalain na ang iyong kalusugan ay nasa malubhang panganib, sasaklawin namin ang pangangalaga sa iyo.

Gayunpaman, pagkatapos sabihin ng doktor na ito ay hindi isang emergency, sasaklawin lang namin ang karagdagang pangangalaga sa iyo kung:

- Pumunta ka sa network provider, **o**
- Ang karagdagang pangangalaga na nakukuha mo ay itinuturing na “agarang kinakailangan na pangangalaga” at sinusunod mo ang mga patakaran sa pagkuha ng pangangalagang ito. (Tingnan sa susunod na seksyon.)

H2. Agarang kinakailangan na pangangalaga

Kahulugan ng agarang kinakailangan na pangangalaga

Ang agarang kinakailangan na pangangalaga ay ang pangangalagang nakukuha mo para sa biglaang karamdaman, pinsala, o kondisyon na hindi isang emergency nguni't kailangan kaagad ng pangangalaga. Halimbawa, maaari kang magkaroon ng paglabas ng isang umiiral na kondisyon at kailangan itong gamutin.

Agarang kinakailangang pangangalaga kapag ikaw ay nasa lugar na sineserbisyuhan ng plan

Sa karamihang sitwasyon, sasaklawin lang namin ang agarang kinakailangan na pangangalaga kung:

- Makukuha mo ang pangangalaga na ito mula sa network provider, **at**
- Sinusunod mo ang ibang mga patakaran na inilarawan sa kabanatang ito.

Gayunpaman, kung hindi ka makapunta sa isang provider na nasa network, sasaklawin namin ang agarang kinakailangan na pangangalaga na makukuha mo mula sa isang provider na wala sa network.

Kung mayroon kang biglaang sakit o pinsala na hindi medikal na emergency, at ikaw ay nasa lugar na sineserbisyuhan ng plan, mangyaring tawagan ang iyong PCP. Kung sarado ang tanggapan ng iyong PCP, mangyaring pumunta sa alinmang pasilidad ng agarang pangangalaga na matatagpuan sa loob ng aming lugar na sineserbisyuhan. Mayroong isang listahan ng mga sentro ng agarang pangangalaga sa iyong *Direktoryo ng Provider at Parmasya*. Maaari ka ring tumawag sa Member Services sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag na ito.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Agarang kinakailangan na pangangalaga kapag ikaw ay nasa labas ng lugar na sineserbisuhan ng plan

Kapag nasa labas ka ng lugar na sineserbisuhan ng plan, maaaring hindi ka makakuha ng pangangalaga mula sa isang provider na nasa network. Sa ganitong kaso, sasaklawin ng aming plan ang agarang kinakailangan na pangangalaga na makukuha mo mula sa kahit sinong provider.

Sinasaklaw ng aming plan ang pandaigdigang emergency at agarang pangangalaga hanggang sa pinagsamang limit na \$10,000 kada taon sa kalendaryo.

H3. Pangangalaga sa panahon ng sakuna

Kung ang Gobernador ng inyong estado, ang U.S. Secretary of Health and Human Services, o ang Pangulo ng United States ay magdeklara ng isang estado ng sakuna o emergency sa inyong heograpikong lugar, may karapatan ka pa rin sa pangangalaga mula sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.

Mangyaring bisitahin ang aming website para sa impormasyon sa kung paano kumuha ng kinakailangang pangangalaga sa panahon ng isang idineklarang sakuna: duals.anthem.com.

Sa panahong ng isang idineklarang sakuna, kung hindi ka makagamit ng isang provider sa network, papayagan ka naming kumuha ng pangangalaga mula sa mga provider sa labas ng network nang wala kang gagastusin. Kung hindi ka makagamit ng parmasya na nasa network sa panahon ng idineklarang sakuna, mapupunan mo ang iyong mga inireresetang gamot sa isang parmasya na nasa labas ng network. Pakitingnan sa Kabanata 5 para sa higit pang impormasyon.

I. Ano ang gagawin kung ikaw ay direktang sisingilin para sa mga serbisyo na saklaw ng aming plan

Kung padadalhan ka ng provider ng bayarin sa halip na ipadala ito sa plan, dapat mong hingin sa amin na bayaran ang bayarin.

Hindi mo dapat bayaran mismo ang bayarin. Kung binayaran mo, maaaring hindi ka mabayaran ng plan.

Kung nakapagbayad ka para sa iyong mga saklaw na serbisyo o kung nakatanggap ka ng isang bayarin para sa kabuuang gastos ng mga serbisyong medikal na saklaw ng , tingnan sa Kabanata 7 upang malaman kung ano ang dapat gawin.

I1. Ano dapat ang gawin kung hindi saklaw ang mga serbisyo ng aming plan

Sinasaklaw ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ang lahat ng serbisyo:

- Na natukoy bilang kinakailangan dala ng medikal na dahilan, **at**
- Na nakalista sa Tsart ng mga Benepisyo ng plan (tingnan sa Kabanata 4), **at**
- Na nakukuha mo sa pagsunod sa mga patakaran ng plan.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Kung nakakuha ka ng mga serbisyo na hindi saklaw ng aming plano, **dapat na bayaran mo ang kabuuang nagastos mo.**

Kung gusto mong malaman kung babayaran namin ang anumang serbisyong medikal o pangangalaga, mayroon kang karapatan na tanungin kami. May karapatan ka ring hilingin ito sa sulat. Kung sasabihin namin na hindi namin babayaran ang mga serbisyo sa iyo, mayroon kang karapatan na umapela sa aming desisyon.

Ipinaliliwanag sa Kabanata 9 kung ano ang dapat gawin kung gusto mong saklawin namin ang isang medikal na item o serbisyo. Sinasabi rin nito kung paano umapela sa aming desisyon sa saklaw. Maaari mo ring tawagan ang Member Services para malaman pa ang tungkol sa iyong mga karapatan sa pag-apela.

Babayaran namin ang ilang serbisyo hanggang sa isang partikular na limitasyon. Kung lalampas ka sa limitasyon, kailangan mong bayaran ang buong halaga para makakuha ng higit pa ng ganoong uri ng serbisyo. Tawagan ang Member Services para malaman kung ano ang mga limitasyon at gaano ma kalapit na maabot ang mga ito.

J. Saklaw sa mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan, kapag ikaw ay nasa pag-aaral na pananaliksik sa klinika

J1. Kahulugan ng klinikal na pananaliksik na pag-aaral

Ang isang pag-aaral na pananaliksik sa klinika (tinatawag ding isang klinikal na pagsubok) ay isang paraan ng pagsusuri ng mga doktor sa mga bagong uri ng pangangalaga ng kalusugan o mga gamot. Humihingi sila ng mga boluntaryo para tumulong sa pag-aaral. Ang ganitong uri ng pag-aaral ay tumutulong sa mga doktor na magdesisyon kung ang bagong uri ng pangangalaga sa kalusugan o gamot ay gumagana at kung ito ay ligtas.

Kapag inaprubahan ng Medicare ang isang pag-aaral na gusto mong salihan, ang isang taong nagtatrabaho sa pag-aaral ay makikipag-ugnayan sa iyo. Sasabihin sa iyo ng taong iyon ang tungkol sa pag-aaral at titingnan kung kuwalipikado kang sumali rito. Maaari kang sumali sa pag-aaral basta't natutugunan mo ang mga kinakailangang kondisyon. Dapat mo ring maintindihan at tanggapin kung ano ang kailangan mong gawin para sa pag-aaral.

Habang ikaw ay nasa pag-aaral, maaari kang manatiling nakatala sa aming plan. Sa ganoong paraan patuloy kang makakakuha ng pangangalaga mula sa aming plan na walang kaugnayan sa pag-aaral.

Kung gusto mong sumali sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na aprubado ng Medicare, *hindi* mo kailangang kumuha ng pag-apruba mula sa amin o sa iyong provider ng pangunahing pangangalaga. Ang mga provider na nagbibigay sa iyo ng pangangalaga bilang parte ng pag-aaral, ay *hindi* kailangan maging mga network provider.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Kailangan mong sabihin sa amin bago ka magsimulang lumahok sa pag-aaral na pananaliksik sa klinika.

Kung binabalak mong sumali sa isang pag-aaral na pananaliksik sa klinika, ikaw o ang iyong tagapamahala ng kaso ay dapat makipag-ugnayan sa Member Services upang ipaalam sa amin na sasali ka sa isang klinikal na pagsubok.

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

Kung magboluntaryo ka para sa isang pag-aaral na pananaliksik sa klinika na inaprubahan ng Medicare, wala kang babayaran sa mga serbisyonang saklaw sa ilalim ng pag-aaral at babayaran ng Medicare ang mga serbisyonang saklaw sa ilalim ng pag-aaral pati na rin ang mga karaniwang gastos na nauugnay sa iyong pangangalaga. Kapag sumali ka sa isang pag-aaral na pananaliksik sa klinika na aprubado ng Medicare, saklaw ka sa karamihan ng mga gamit at serbisyo na makukuha mo bilang bahagi ng pag-aaral. Kasama rito ang:

- Ang kuwarta at board para sa pananatili sa ospital na babayaran ng Medicare kahit na wala ka sa pag-aaral.
- Isang operasyon o ibang medikal na pamamaraan na bahagi ng pag-aaral na pananaliksik.
- Paggamot ng anumang side effect at komplikasyon ng bagong pangangalaga.

Kung ikaw ay bahagi ng pag-aaral na **hindi inaprubahan** ng Medicare, kakailanganin mong bayaran ang anumang gastos habang nasa pag-aaral.

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

Maaari mong malaman ang higit pa tungkol sa paglahok sa isang klinikal na pananaliksik na pagaaral sa pamamagitan ng pagbabasa sa “Medicare & Clinical Research Studies” na nasa Medicare website ng (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf>). Makakatawag ka 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

K. Paano nasasaklaw ang mga serbisyo ng iyong pangangalaga sa kalusugan kapag tumatanggap ka ng pangangalaga sa panrelihiyon na institusyon na hindi pang-medikal na pangangalaga sa kalusugan**K1. Kahulugan ng isang panrelihiyon na hindi medikal na institusyon sa pangangalagang pangkalusugan**

Ang isang panrelihiyon na institusyon para sa pangangalaga ng kalusugan na hindi nauugnay sa paggamot ay isang lugar na nagbibigay ng pangangalaga na karaniwan mong makukuha sa isang

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



ospital o skilled nursing facility. Kung ang pagkuha ng pangangalaga sa isang ospital o isang skilled nursing facility ay labag sa iyong mga paniniwala sa relihiyon, sasaklawin namin ang pangangalaga sa isang panrelihiyon na institusyon para sa pangangalaga ng kalusugan na hindi nauugnay sa paggamot.

Maaari mong piliin na makakuha ng pangangalaga ng kalusugan sa anumang oras para sa anumang dahilan. Ang benepisyong ito ay para lang sa mga serbisyo ng Medicare Part A sa inpatient (mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan na hindi nauugnay sa paggamot). Medicare babayaran lang ang mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan na hindi nauugnay sa paggamot na ibinibigay ng mga panrelihiyon na institusyon para sa pangangalaga ng kalusugan na hindi nauugnay sa paggamot.

K2. Pagkuha ng pangangalaga mula sa isang panrelihiyon na hindi medikal na institusyon sa pangangalagang pangkalusugan

Para makakuha ng pangangalaga mula sa isang panrelihiyon na institusyon para sa pangangalaga ng kalusugan na nauugnay sa paggamot, kailangan mong pumirma ng isang legal na dokumento na nagsasabi na ikaw ay labag na makakuha ng medikal na paggamot na “non-excepted.”

- Ang “Hindi pagbubukod” ang medikal na paggamot ay anumang pangangalaga na kusang-loob at hindi kailangan ng anumang pederal, estado, o lokal na batas.
- Ang “excepted” na medikal na paggamot ay anumang pangangalaga na hindi boluntaryo at kinakailangan sa ilalim ng batas ng pamahalaan, estado o lokal.

Para masaklaw ng aming plan, ang pangangalaga na iyong nakukuha mula sa isang panrelihiyon na institusyon para sa pangangalaga ng kalusugan na hindi nauugnay sa paggamot ay dapat matugunan ang mga sumusunod na kondisyon:

- Ang pasilidad na nagbibigay ng pangangalaga ay dapat sertipikado ng Medicare.
- Ang saklaw ng mga serbisyo sa aming plan ay limitado sa di-relihiyosong mga aspeto ng pangangalaga.
- Kung makakakuha ka ng mga serbisyo mula sa institusyong ito na ibibigay sa iyo sa isang pasilidad, naaangkop ang mga sumusunod:
 - Kailangan mayroon kang isang medikal na kondisyon na magpapahintulot sa iyo na makakuha ng mga saklaw na serbisyo para sa pangangalaga sa pasyenteng mamamalagi sa ospital o pangangalaga sa skilled nursing facility.
 - Kailangang makakuha ka ng pag-apruba mula sa amin bago ka ipasok sa pasilidad at kung hindi, ang iyong pamamalagi ay hindi sasaklawin.

Kung ipinasok ka, ang iyong benepisyo at saklaw sa pangangalaga sa ospital ng inpatient ay maaaring ilapat sa mga serbisyang natanggap sa mga panrelihiyon na institusyon ng



pangangalagang pangkalusugan na hindi pang-medikal. Mangyaring sumangguni sa iyong benepisyo sa pangangalaga sa ospital ng inpatient na ipinaliwanag sa Tsart ng mga Medikal na Benepisyo sa Kabanata 4.

L. Matibay na kagamitang medikal (DME)

L1. DME bilang miyembro ng aming plan

Ang ibig sabihin ng DME ay ilang gamit na ibinilin ng isang provider para gamitin sa iyong sariling tahanan. Ang mga halimbawa ng mga bagay na ito ay mga wheelchair, saklay, sistema ng pinagaganang kutson, gamit sa diabetes, kamang pang-ospital na ibinilin ng isang provider para gamitin sa bahay, pump para sa IV infusion, aparato sa pagbuo ng salita, kagamitan sa oxygen at supply, nebulizer, at walker.

Palagi kang magmamay-ari ng ilang gamit, tulad ng mga prostetiko.

Sa seksyon na ito, tatalakayin namin ang DME na dapat mong upahan. Bilang miyembro ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, karaniwang hindi mo aariin ang DME, gaano man katagal mo itong inupahan.

Sa ilang sitwasyon, ililipat namin ang pagmamay-ari ng DME sa iyo. Tawagan ang Member Services para malaman ang tungkol sa mga kinakailangan na dapat mong matugunan at ang mga dokumento na kailangan mong ibigay.

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

Sa programa ng Original Medicare, ang mga taong nagrenta ng ilang partikular na DME ay maging pagmamay-ari ito pagkatapos ng 13 na buwan. Sa Medicare Advantage plan, maaaring itakda ng plan ang bilang ng mga buwan na dapat upahan ng mga tao ang ilang partikular na uri ng DME bago nila ito maging pag-aari.

Tandaan: Maaari mong mahanap ang mga kahulugan ng Original Medicare at Medicare Advantage Plan sa Kabanata 12. Makikita mo rin ang karagdagang impormasyon tungkol sa mga ito sa Handbook na Medicare *at Ikaw 2020*. Kung wala kang kopya ng booklet na ito, makakakuha ka nito sa website ng Medicare (<http://www.medicare.gov>) o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Libre ang tawag.

Kailangan mong gumawa ng 13 sunud-sunod na pagbabayad sa ilalim ng Original Medicare, o kailangan mong gawing sunud-sunod ang bilang ng pagbabayad na itinakda ng Medicare Advantage plan, upang maging pag-aari ang item na DME kung:

- Hindi ikaw ang naging may-ari ng item ng DME habang ikaw ay nasa aming plan, **at**

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- Umalis ka sa aming plan at kinuha ang iyong mga benepisyo sa Medicare sa labas ng alinmang planong pangkalusugan sa program ng Original Medicare o isang Medicare Advantage plan.

Kung gumawa ka ng mga pagbabayad para sa item ng DME sa ilalim ng Original Medicare o Medicare Advantage plan bago ka sumali sa aming plan, **ang mga pagbabayad ng Original Medicare o Medicare Advantage ay hindi kabilang sa mga pagbabayad na kailangan mong gawin pagkatapos umalis sa aming plan.**

- Gagawa ka ng 13 bagong pagbabayad nang sunud-sunod sa ilalim ng Original Medicare o bilang ng mga bagong pagbabayad sa hilera na itinakda sa pamamagitan ng Medicare Advantage plan upang maging pag-aari ang item ng DME.
- Walang pagbubukod sa kasong ito kapag bumalik ka sa Original Medicare o isang Medicare Advantage plan.



Kabanata 4: Tsart ng mga Benepisyo

Panimula

Sinasabi sa iyo ng kabanatang ito ang tungkol sa mga serbisyo na sinasaklaw ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan at anumang mga paghihigpit o mga limitasyon sa mga serbisyong iyon. Sinasabi rin nito sa iyo ang mga benepisyong hindi saklaw sa ilalim ng aming plan. Makikita ang mga mahahalagang termino at ang kanilang mga kahulugan sa pagkakasunud-sunod ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Ang iyong mga saklaw na serbisyo.....	63
B. Mga patakaran laban sa mga provider na sumisingil sa iyo para sa mga serbisyo	63
C. Ang Tsart ng mga Benepisyong aming plan	63
D. Ang Tsart ng mga Benepisyong	66
E. Mga benepisyong saklaw sa labas ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.....	120
E1. California Community Transitions (CCT)	120
E2. Medi-Cal Programa para sa Ngipin	121
E3. Pangangalaga sa Hospisyong	121
E4. In-Home Supportive Services (IHSS)	122
F. Mga benepisyong hindi saklaw ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, Medicare, o Medi-Cal.....	122



A. Ang iyong mga saklaw na serbisyo

Sinasabi sa iyo ng kabanatang ito kung anong mga serbisyo ang babayaran ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Malalaman mo rin ang tungkol sa mga serbisyo na hindi saklaw. Ang impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng gamot ay nasa Kabanata 5. Ipinapaliwanag din sa kabanatang ito ang mga limitasyon ng ilang mga serbisyo.

Dahil nakakatanggap ka ng tulong mula sa Medi-Cal, wala kang babayaran para sa mga saklaw na gamot hangga't sinusunod mo ang mga patakaran ng plan. Tingnan sa Kabanata 3 ang mga detalye tungkol sa mga patakaran ng plano.

Kung kailangan mo ng tulong sa pag-unawa kung anong mga serbisyo ang saklaw, tawagan ang iyong tagapamahala ng kaso at/o Member Services sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag na ito.

B. Mga patakaran laban sa mga provider na sumisingil sa iyo para sa mga serbisyo

Hindi namin pinapayagan ang mga provider ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan na singilin ka para sa mga saklaw na serbisyo. Direkta naming binabayaran ang aming mga provider, at pinoprotektahan ka namin mula sa anumang singil. Totoo ito kahit na mas mababa ang ibinabayad namin sa provider kaysa sa sinisingil ng provider para sa serbisyo.

Hindi ka dapat kailanman na tumanggap ng bayarin mula sa provider para sa mga saklaw na serbisyo. Kung siningil ka, tingnan sa Kabanata 7 o tumawag sa Member Services.

C. Ang Tsart ng mga Benepisyo ng aming plan

Sinasabi sa iyo ng Tsart ng mga Benepisyo kung aling mga serbisyo ang binabayaran ng plan. Inililista nito ang mga kategorya ng mga serbisyo sa pagkakasunud-sunod ayon sa alpabeto at ipinapaliwanag ang mga saklaw na serbisyo.

Babayaran lang namin ang mga serbisyo na nakalista sa Tsart ng mga Benepisyo kapag natutugunan ang mga sumusunod na patakaran. Wala kang babayaran para sa mga serbisyong nakalista sa Tsart ng mga Benepisyo, hangga't natutugunan mo ang mga kinakailangan sa saklaw na inilalarawan sa ibaba.

- Dapat ibigay ang iyong mga saklaw na serbisyo ng Medicare at Medi-Cal alinsunod sa mga patakarang itinakda ng Medicare at Medi-Cal.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bisitahin ang duals.anthem.com.



- Ang mga serbisyo (kabilang ang pangangalagang medikal, mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali at paggamit ng substansya, mga pangmatagalang serbisyo at suporta, supply, kagamitan, at gamot) ay dapat na kinakailangan dala ng medikal na dahilan. Saklaw *lang* ang ilan sa mga serbisyo na nakalista sa Tsart ng mga Medikal na Benepisyo kung makakuha nang maaga ang iyong doktor o iba pang provider sa network ng pag-apruba (tinatawag kung minsan na “paunang pahintulot”) mula sa amin. Ang mga saklaw na serbisyo na kailangan ng pag-apruba nang maaga ay minarkahan sa Tsart ng mga Medikal na Benepisyo. Kapag ibinigay namin ang aming desisyon, ibinabatay namin ito sa dalawang bagay. Una may mga panuntuan ang Medicare. Ikalawa mayroong mga pangkalahatang tinatanggap na pamantayan ng medikal na pagsasanay. Napatunayan at tinatanggap ang mga pamantayan na ito ng mga taong nagsasanay at nag-aaral ng medisina. Kailangan din naming matiyak na natatanggap mo ang pinakamurang pangangalaga. Nangangahulugan ito na hindi ito mas mahal sa isa pang opsyon na gagana rin nang kasing husay. Ngunit kailangan din namin itong maging tama para sa iyo. At na nakukuha mo ito sa tamang lugar at tamang bilang ng pagkakataon. Sa huli, hindi namin maaaprubahan ang isang serbisyo dahil lamang sa ito ay mas maginhawa kaysa sa ibang opsyon. Dapat mong makuha ang aming pag-apruba bago kumuha ng pangangalaga mula sa mga provider na wala sa aming plan maliban kung ito ay Agarang pangangalaga, Pangangalagang pang-emergency o Renal dialysis sa labas ng lugar na sineserbisyuhan. Upang maghanap ng provider sa aming plan, tingnan ang Direktoryo ng Provider at Parmasya sa online o tumawag sa Member Services. Kung isinangguni ka o sa pakiramdam mo ay kailangan mong gumamit ng isang provider na wala sa aming plan, dapat kang tumawag sa amin upang kumuha ng pag-apruba bago ka makakuha ng pangangalaga. Ang isang serbisyo ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan kapag makatuwiran ito at kailangan upang pangalagaan ang buhay, upang maiwasan ang malubhang sakit o malubhang kapansanan, o upang mabawasan ang matinding pananakit.
- Makukuha mo ang iyong pangangalaga mula sa isang provider na nasa network. Ang provider na nasa network ay isang provider na nakikipagtulungan sa amin. Sa karamihang kaso, hindi namin babayaran ang pangangalaga na nakukuha mo mula sa isang provider na wala sa network. Ang Kabanata 3 ay may karagdagang impormasyon tungkol sa paggamit ng mga provider na nasa network at wala sa network.
- Mayroon kang isang doktor ng pangunahing pangangalaga (PCP) o isang pangkat ng pangangalaga na nagbibigay at namamahala ng pangangalaga sa iyo. Sa karamihang kaso, dapat bigyan ka ng pag-apruba ng aming plan bago ka magpatingin sa iba pang provider na hindi mo PCP o gumamit ng iba pang mga provider na nasa network ng plan. Tinatawag ito na referral. Ang Kabanata 3 ay may karagdagang impormasyon tungkol sa pagkuha ng referral at ipinaliliwanag kung kailan hindi mo kailangan ng referral.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- Dapat kang kumuha ng pangangalaga mula sa mga provider na nauugnay sa grupong medikal ng iyong PCP. Tingnan sa Kabanata 3 para sa karagdagang impormasyon.
- Ang ilan sa mga serbisyong nakalista sa Tsart ng mga Benepisyo ay saklaw lang kung kukuha muna ng pag-apruba mula sa amin ang iyong doktor o iba pang provider na nasa network. Tinatawag itong paunang pahintulot. Ang mga saklaw na serbisyo na kailangan muna ng paunang pahintulot ay may marka sa Tsart ng mga Benepisyo sa uring italic.
- Lahat ng serbisyo upang makaiwas sa sakit ay libre. Makikita mo ang mansanas na ito 🍏 kalapit ng mga serbisyo upang makaiwas sa sakit sa Tsart ng mga Benepisyo.
- Maaaring magamit ang mga serbisyong Opsyonal na Plano ng Pangangalaga (CPO) sa ilalim ng iyong Indibidwal na Plano ng Pangangalaga. Ang mga serbisyo na ito ay magbibigay sa iyo ng marami pang tulong sa bahay, tulad ng pagkain, tulong para sa iyo o iyong taga pag-alaga, o shower grab bars at ramps. Makakatulong sa iyo ang mga serbisyong ito na mabuhan nang nagsasarili ngunit **hindi** pinapalitan ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS) na may pahintulot kang matanggap sa ilalim ng Medi-Cal. Kung kailangan mo ng tulong o nais na malaman kung paanong makakatulong sa iyong ang mga serbisyo ng CPO, makipag-ugnayan sa iyong tagapamahala ng kaso.



D. Ang Tsart ng mga Benepisyo

Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
 Abdominal aortic aneurysm na pag-screen Babayaran namin ang para sa pang-isang beses na pag-screen na ultrasound para sa mga taong nanganganib magkaroon nito. Sinasaklaw lang ng plan ang pag-screen na ito kung mayroon kang ilang partikular na sanhi ng panganib at kung makakuha ka ng referral para dito mula sa iyong doktor, katuwang ng doktor, nurse practitioner, o clinical nurse specialist. <i>Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot at/o referral. Dapat kang makipag-usap sa iyong provider upang makakuha ng isang referral.</i>	\$0
Acupuncture Magbabayad kami para sa hanggang dalawang serbisyo sa acupuncture para sa outpatient sa loob ng alinmang isang buwan sa kalendaryo, o mas madalas kung kinakailangan dala ng medikal na dahilan ang mga ito. <i>Inilalapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot para sa karagdagang mga pagpapatingin na kinakailangan dala ng medikal na dahilan.</i>	\$0
 Pagsusuri (screening) at pagpapayo sa pagkagumon sa alak Babayaran namin ang isang screening para sa pagkagumon sa alak (alcohol-misuse screening, SBIRT) para sa mga nasa hustong gulang na nagugumon sa alak nguni't hindi umaasa sa alak. Kasama rito ang mga buntis na kababaihan. Kung masusuri kang positibo para sa pagkagumon sa alak, maaari kang makakuha ng hanggang apat na maikli at harapang mga sesyon ng pagpapayo bawat taon (kung makakaya mo at nakahanda ka sa panahon ng pagpapayo) sa isang kuwalipikadong provider ng pangunahing pangangalaga o practitioner sa isang kapaligiran ng pangunahing pangangalaga.	\$0

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Mga serbisyo ng ambulansya Kasama sa mga saklaw na serbisyo ng ambulansya ang mga serbisyo ng ground, fixed-wing, at rotary-wing ambulance. Dadalhin ka ng ambulansya sa pinakamalapit na lugar na maaari kang bigyan ng pangangalaga. Dapat ay malubha ang iyong kundisyon sa puntong maaaring makasama sa iyong kalusugan o maging banta sa iyong buhay ang iba pang mga paraan ng pagpunta sa isang lugar kung saan nagbibigay ng pangangalaga. Ang mga serbisyo ng ambulansya para sa iba pang mga kaso ay kailangan naming aprubahan. Sa mga kaso na hindi mga emergency, maaari naming bayaran ang ambulansya. Ang iyong kondisyon ay kailangang sapat na malubha na ang iba pang mga paraan ng pagpunta sa isang lugar para sa pangangalaga ay maaaring ilagay sa panganib ang iyong buhay o kalusugan. <i>Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot sa transportasyon na hindi pang-emergency.</i>	\$0
 Taunang pagbisita para sa wellness Maaari kang makakuha ng taunang checkup. Ito ay para gumawa o i-update ang plan sa pag-iwas sa sakit batay sa iyong mga kasalukuyang sanhi ng panganib. Babayaran namin ito nang isang beses kada 12 buwan.	\$0



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
 Pagsukat sa dami ng mineral sa buto (bone mass measurement) Babayaran namin ang ilang pamamaraan para sa mga kuwalipikadong miyembro (karaniwan, isang tao na nasa panganib na mabawasan ng bone mass o nasa panganib ng osteoporosis). Tinutukoy ng mga pamamaraan na ito ang bone mass, natutuklasan ang paggrupok ng buto, o nalalaman ang kalidad ng buto. Babayaran namin ang mga serbisyo nang isang beses kada 24 na buwan, o mas malimit kung ang mga ito ay kinakailangandala ng medikal na dahilan. Babayaran din namin ang isang doktor para suriin ito at magkomento sa mga resulta.	\$0
 Pagsusuri ng kanser sa suso (mga mammogram) Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • Ang isang baseline mammogram sa pagitan ng edad na 35 at 39 • Isang screening mammogram tuwing 12 buwan para sa mga kababaihan na may edad na 40 at mas matanda • Mga klinikal na eksaminasyon sa suso isang beses kada 24 na buwan	\$0
Mga serbisyong panrehabilitasyon para sa puso Babayaran namin ang mga serbisyo ng rehabilitasyon sa puso tulad ng pag-eehersisyo, edukasyon at pagpapayo. Dapat matugunan ng mga miyembro ang ilang partikular na kondisyon nang may referral ng doktor. Sinasaklaw din namin ang masususing programa ng rehabilitasyon para sa puso, na mas matindi kaysa sa mga programa ng rehabilitasyon para sa puso. <i>Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot at/o referral. Dapat kang makipag-usap sa iyong provider upang makakuha ng isang referral.</i>	\$0

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
 Pagpapatingin upang mabawasan ang panganib ng cardiovascular (heart) disease (therapy para sa sakit sa puso) Babayaran namin ang isang pagbisita kada taon, o higit pa kung kinakailangan dala ng medikal na dahilan sa iyong provider ng pangunahing pangangalaga upang mapababa ang iyong panganib sa sakit sa puso. Sa pagpapatingin, ang iyong doktor ay maaaring: • Talakayin ang paggamit ng aspirin, • Tingnan ang presyon ng iyong dugo, at/o • Bigyan ka ng mga payo para tiyakin na kumakain ka nang mabuti.	\$0
 Pagsusuri ng Cardiovascular (heart) disease Binabayaran namin ang mga pagsusuri sa dugo para masuri ang sakit sa puso nang isang beses kada limang taon (60 buwan). Sinusuri din nitong mga pagsusuri sa dugo ang mga depekto na sanhi ng mataas na panganib ng sakit sa puso.	\$0
 Pagsusuri ng kanser sa cervix at sa puwerta Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • Para sa lahat ng kababaihan: Mga Pap test at eksaminasyon ng balakang isang beses kada 24 na buwan • Para sa kababaihang may mas mataas na panganib sa pagkakaroon ng kanser sa cervix: isang Pap test bawat 12 buwan • Para sa kababaihang nagkaroon ng hindi normal na Pap test sa loob ng nakalipas na 3 taon at nasa edad kung kailan maaaring mabuntis: isang Pap test bawat 12 buwan	\$0

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Mga serbisyo na chiropractic Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • Pag-aayos sa gulugod para iwasto ang pagkakahanay <i>Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot at/o referral. Dapat kang makipag-usap sa iyong provider upang makakuha ng isang referral.</i>	\$0
 Pag-screen ng kanser na colorectal Para sa mga tao na 50 taon at mas matanda pa, babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • Flexible sigmoidoscopy (o screening gamit ang barium enema para suriin ang sakit sa bituka at kolon) kada 48 buwan • Pagsusuri para makita kung may dugo ang dumi, kada 12 buwan • Pagsusuri ng dugo sa dumi na nakabatay sa Guaiac o fecal immunochemical test, bawat 12 buwan • Pagsusuri ng colorectal na nakabatay sa DNA, kada 3 taon • Colonoscopy kada sampung taon (ngunit hindi sa loob ng 48 buwan pagkatapos ng isang pang-screen na sigmoidoscopy) • Colonoscopy (o pag-screen na barium enema) para sa mga taong mataas ang panganib ng colorectal cancer, bawat 24 na buwan. <i>Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot at/o referral. Dapat kang makipag-usap sa iyong provider upang makakuha ng isang referral.</i>	\$0



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Community Based Adult Services (CBAS) Ang CBAS ay isang programa ng serbisyo sa pasilidad para sa outpatient, kung saan dumadalo ang mga tao alinsunod sa isang iskedyul. Nagbibigay ito ng may kakayahang pangangalaga, mga serbisyong panlipunan, therapy (kasama ang occupational, pisikal, at para sa pagsasalita), pangangalaga sa sarili, pagsasanay at suporta ng pamilya o tagapag-alaga, serbisyo sa nutrisyon, sasakyan, at iba pang mga serbisyo. Babayaran namin ang CBAS kung matutugunan mo ang mga pamantayan sa pagiging karapat-dapat. Tandaan: Kung walang pasilidad para sa CBAS, maaari naming ibigay sa iyo ang mga serbisyong ito nang magkahiwalay. <i>Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot. Makipag-ugnayan sa plan para sa mga detalye.</i>	\$0



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
 Pagpapayo sa pagtigil ng paninigarilyo o paggamit ng tabako Kung naninigarilyo ka, wala kang mga senyales o sintomas ng sakit na may kaugnayan sa paninigarilyo, at gusto mong tumigil sa paninigarilyo: • Magbabayad kami para sa dalawang pagpapayo para sa pagtigil sa paninigarilyo sa loob ng 12 buwan bilang isang serbisyo para sa pag-iwas. Libre ang serbisyong ito para sa iyo. Kasama sa bawat pagpapayo para sa pagtigil sa paninigarilyo ang hanggang apat na harapang pagpapayong konsultasyon. Kung gumagamit ka ng tabako at nasuri na may sakit na may kaugnayan sa tabako o umiinom ng gamot na maaaring maapektuhan ng tabako: • Babayaran namin ang dalawang pagpapayo para sa mga pagusbok sa pagtigil sa loob ng 12 buwan na panahon. Kasama sa bawat pagpapayo para tumigil ang hanggang apat na harapang pagkonsulta. Kung buntis ka, maaari kang makatanggap ng walang limitasyon na pagpapayo para sa pagtigil sa paninigarilyo sa pamamagitan ng paunang pahintulot. <i>Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot. Makipag-ugnayan sa plan para sa mga detalye.</i>	\$0
Mga serbisyo para sa ngipin Magagamit ang ilang serbisyo sa ngipin, kabilang ang mga paglilinis, pagpapasta, at pustiso sa pamamagitan ng Programang Medi-Cal Dental. Tingnan sa Seksyon e para karagdagang impormasyon tungkol sa benepisyong ito.	\$0
 Mga pag-screen ng depresyon Babayaran namin ang isang screening para sa depresyon kada taon. Ang screening ay kailangang gawin sa isang pangunahing pangangalaga na setting na makakapagbigay ng kasunod na paggamot at mga referral.	\$0

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
 Pag-screen ng diabetes Babayaran namin ang screening na ito (kasama ang mga pagsusuri sa glucose ng pasyente na hindi kakain o magpa-fasting) kung mayroon kang alinman sa mga sumusunod dahilan ng panganib: • Mataas na presyon ng dugo (altapresyon) • Kasaysayan ng hindi normal na kolesterol at antas ng triglyceride (dyslipidemia) • Labis na katabaan • Kasaysayan ng mataas na asukal sa dugo (glucose) Ang mga pagsusuri ay maaaring masaklaw sa ilang ibang kaso, tulad ng kung ikaw ay labis ang timbang at mayroong kasaysayan ng diabetes sa pamilya. Depende sa mga resulta ng pagsusuri, maaari kang maging kuwalipikado para sa dalawang pagsusuri (screening) sa diabetes kada 12 buwan.	\$0



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
 Pagsasanay sa sariling pangangasiwa ng diabetes, mga serbisyo, at supply Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo lahat ng tao na may diabetes (gumagamit man sila ng insulin o hindi): • Mga supply upang subaybayan ang iyong glucose sa dugo, kabilang ang sumusunod: ○ Isang monitor ng glucose sa dugo ○ Mga strip sa pagsusuri ng glucose sa dugo ○ Mga kagamitan para sa lanseta at mga lanseta ○ Mga solution para sa pagkontrol ng glucose para matingnan ang kawastuhan ng mga strip sa pagsusuri at monitor • Para sa mga taong may diabetes na mayroong matinding sakit sa paa sanhi ng diabetes, babayaran namin ang mga sumusunod: ○ Isang pares ng therapeutic custom-molded shoes (kabilang ang mga paglagay), kabilang pagsusukat, at dalawang ekstra na pares ng paglagay sa bawat kalendaryo ng taon, o Isang pares ng depth shoes, kasama ang pagsusukat, at tatlong pares ng mga insert bawat taon (hindi kasama ang hindi pasadyang naaalis na mga insert na kasamang ng naturang mga sapatos) • Babayaran namin ang pagsasanay upang tulungan ka na pangasiwaan ang iyong diabetes, sa ilang pangyayari. Upang malaman pa, tumawag sa Member Services. Sinasaklaw lang ng plan na ito ang OneTouch® (ginawa ng LifeScan, Inc.) ACCU-CHECK® (ginawa ng Roche Diagnostics), PrecisionXtra® at Freestyle® (ginawa ng Abbott) mga strip sa pagsusuri ng glucose sa dugo at mga glucometer. Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.	\$0



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Pagsasanay sa sariling pangangasiwa ng diabetes, mga serbisyo, at supply (ipinagpapatuloy) Hindi namin sasaklawin ang iba pang mga tatak maliban kung sinabi sa amin ng iyong provider na ito kinakailangan dala ng medikal na dahilan. Dapat bilhin ang mga glucometer sa pamamagitan ng isang provider ng Matibay na Kagamitang Medikal (DME). Kung bumili ka ng isang glucometer sa isang nagtitingi sa network o sa aming parmasya na mail-order, hindi sasaklawin ang item. Mabibili ang mga blood glucose test strip at lanseta sa isang nagtitingi sa network o sa aming parmasya na mail-order. Sinasaklaw namin ang hanggang sa 100 strip sa pagsusuri kada buwan. Sinasaklaw ng plan na ito ang isang blood glucose monitor bawat taon. Dapat makakuha ng pag-apruba ang iyong provider mula sa plan bago namin bayaran ang mga test strip o lanseta na mas malaki sa halagang nakalista sa itaas o hindi mula sa mga aprubadong tagagawa. <i>Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot at/o referral. Dapat kang makipag-usap sa iyong provider upang makakuha ng isang referral.</i>	



Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.

Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Matibay na kagamitang medikal (DME) at mga kaugnay na supply (Para sa kahulugan ng “Matibay na kagamitang medikal (DME),” tingnan sa Kabanata 12 ng handbook na ito.) Ang mga sumusunod na gamit ay sinasaklaw: • Mga wheelchair • Mga saklay • Mga sistema ng pinagaganang kutson • Dry pressure pad para sa mattress • Mga supply para sa diyabetiko • Mga kamang pang-ospital na ibinilin ng isang provider para gamitin sa bahay • Intravenous (IV) infusion pumps at pole • Mga enteral pump at supply • Mga aparato sa pagbuo ng salita • Mga kagamitan at supply para sa oxygen • Mga nebulizer • Mga walker • Karaniwang nakakurbang hawakan o quad cane at mga pamalit na supply • Cervical traction (over the door) • Bone stimulator • Kagamitan sa pangangalaga na dialysis Iba pang mga item na maaaring masaklaw. Babayaran namin ang lahat ng kinakailangang medikal na DME na karaniwang binabayaran ng Medicare at Medi-Cal. Kung ang aming supplier sa inyong lugar ay wala ng isang partikular na brand o tagagawa, maaari kang humiling sa kanila kung maaari nilang espesyal na orderin ito para sa iyo. <i>Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot.</i>	\$0



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Pangangalagang pang-emergency Ang ibig sabihin ng pangangalagang pang-emergency ay mga serbisyo na: • Ibinibigay ng provider na sinanay sa pagbibigay ng mga serbisyong pang-emergency, at • Kinakailangan para gamutin ang isang medikal na emergency. Ang medikal na emergency ay isang medikal na kondisyon na may matinding pananakit o malubhang pinsala. Ang kondisyon ay masyadong malubha na, kung hindi ito makakakuha ng agarang medikal na pansin, ang sinuman na may karaniwang kaalaman sa kalusugan at medisina ay maaaring umasa na magresulta ito sa: • Seryosong panganib sa iyong kalusugan o sa iyong anak na hindi pa naisisilang; o • Malubhang pinsala sa mga paggana ng katawan; o • Malubhang hindi paggana ng anumang organo o bahagi ng katawan; o • Sa kaso ng isang babaeng buntis na kasalukuyang nagdadamdang sa panganganak, kapag: ○ Walang sapat na panahon para ligtas kang mailipat sa isa pang ospital bago manganak. ○ Maaaring maging banta ang paglilipat sa isa pang ospital sa kalusugan o kaligtasan mo o ng sanggol sa sinapupunan mo. Ang mga serbisyong pangangalaga na pang-emergency at agaran na saklaw sa buong mundo ay hanggang sa isang pinagsamang limit na \$10,000 kada taon sa kalendaryo. Makipag-ugnayan sa plan para sa mga detalye.	\$0 Kung makatanggap ka ng pangangalagang pang-emergency sa isang ospital na wala sa network at kailangan ng inpatient na pangangalaga pagkatapos na mapatatag ang iyong emergency, dapat kang bumalik sa isang ospital na nasa network upang patuloy na mabayaran ang iyong pangangalaga. Maaari kang manatili sa ospital na wala sa network para sa iyong pangangalaga na inpatient lamang kung aprubahan ng plan ang iyong pananatili.



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Ehersisyo at Pagsasanay ng Lakas Ang Ehersisyo at Pagsasanay ng Lakas ay isang programa sa pag-ehersisyo na medikal na pinangangasiwaan upang mapahusay at madagdagan ang lakas ng kalamnan, balanse, kadaliang kumilos, kakayahang umangkop at pangkalahatang lakas ng katawan. Pinangangasiwaan ang mga miyembro ng isang physical therapist o mga fitness coach na sadyang sinanay sa pagpapaunlad ng kalamnan na bumubuo ng personal na plan para sa bawat miyembro. Maaaring isangguni ng mga miyembro ang kanilang sarili dito sa programang nakabatay sa CareMore Care Center. Tumawag sa Member Services para sa karagdagang impormasyon.	\$0
Mga serbisyo sa pagpapalano ng pamilya Pinahihintulutan ka ng batas na pumili ng kahit sinong provider para sa ilang serbisyo sa pagpapalano ng pamilya. Ang ibig sabihin nito ay kahit sinuman o anumang doktor, klinika, ospital, parmasya o opisina sa pagpapalano ng pamilya. Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • Eksaminasyon para sa pagpapalano ng pamilya at medikal na paggamot • Laboratoryo para sa pagpapalano ng pamilya at mga diyagnostikong pagsusuri • Mga paraan sa pagpapalano ng pamilya (IUD, mga implant, mga iniksyon, mga birth control pill, patch, o ring) • Mga supply para sa pagpapalano ng pamilya na may reseta (condom, sponge, foam, film, diaphragm, cap) • Pagpapayo at pagsusuri sa pagkabaog, at mga kaugnay na serbisyo Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina	\$0



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Mga serbisyo sa pagpapalano ng pamilya (ipinagpapatuloy) • Pagpapayo, pagsusuri, at paggamot para sa mga impeksyong naipapasa sa pakikipagtalik (STI) • Pagpapayo at pagsusuri para sa HIV at AIDS, at iba pang mga kundisyong may kaugnayan sa HIV • Permanenteng Contraception (Dapat ay 21 taong gulang ka na o mas matanda pa upang piliin itong paraan ng pagpapalano ng pamilya. Dapat kang lumagda sa isang pederal na form ng pahintulot para sa isterilisasyon 30 araw o mas matagal pa, ngunit hindi mahigit sa 180 araw bago ang petsa ng operasyon.) • Pagpapayo sa henetiko Babayaran din namin ang ilan sa iba pang mga serbisyo sa pagpapalano ng pamilya. Gayunpaman, dapat kang magpatingin sa isang provider na nasa network ng aming provider para sa mga sumusunod na serbisyo: • Paggamot para sa medikal na kondisyon ng pagkabaog (Hindi kabilang sa serbisyonang ito ang mga artipisyal na paraan upang magbuntis.) • Paggamot para sa AIDS at iba pang mga kondisyon na may kaugnayan sa HIV • Pagsusuri sa henetiko <i>Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot.</i>	
 Mga programang pangkalusugan at wellness education Nag-aalok kami ng maraming programa na nakatuon sa ilang kondisyong pangkalusugan. Kabilang sa mga ito ang: • Mga klase sa Edukasyong Pangkalusugan; • Mga klase sa Edukasyon Pangnutrisyon; • Pagtigil sa Paninigarilyo at Paggamit ng Tabako; at • Nursing Hotline Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina	\$0



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Mga programang pangkalusugan at wellness education (ipinagpapatuloy) Maaaring humingi ang mga miyembro ng paunang Comprehensive Health Assessment appointment sa isang CareMore Care Center. Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa klinika at mga limitasyon. Comprehensive Health Assessment: Ang unang pagbisita sa Comprehensive Health Assessment ay isang mahalagang tampok ng plan na ito at hinihikayat ang mga miyembro na mag-iskedyul ng appointment sa isang CareMore Care Center sa pagpapatala. Nagbibigay ang programa ng isang kumpletong medikal na check-up. Kasama rito ang mga pagsusuri ng dugo at iba pang mga pagsubok na maaari mong kailanganin para sa iyong kondisyon at edad. Makakatulong ito sa amin na matukoy ang anumang problema sa kalusugan upang maibigay namin sa iyo ang mga tamang referral at mapanatili kang malusog. Sa iyong appointment, makikipag-usap sa iyo ang iyong provider ng pangangalagang pangkalusugan tungkol sa iyong kalusugan at anumang tanong na mayroon ka. Titingnan nila ang: • Isang listahan ng iyong mga gamot at agarang muling pagkuha • Mga resulta na on-site • Mga kahilingan para sa matibay na kagamitang medikal (DME) • Mga supply sa diabetes (para sa mga miyembro na may diabetes) • Personal na plano ng pangangalaga • Pagpapatala sa mga programang pang-edukasyon at pangangalaga ng malubhang sakit ng plan Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.	



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Mga programa ng pangkalusugan at wellness education (ipinagpapatuloy) Mayroong karagdagang libreng appointment minsan sa isang taon upang tingnan ang anumang pagbabago sa iyong kalusugan. Hindi nito pinapalitan ang iyong regular na taunang check-up. Ito ay bilang karagdagan sa iyong taunang check-up upang makatulong na subaybayan ang iyong kalusugan. Ginagamit ang mga resulta ng iyong pagpapatingin upang gumawa ng personal na plano ng pangangalaga para sa iyo. Ibinibigay sa iyong doktor ang mga resulta at ang personal na plano ng pangangalaga upang matingnan niya ang mga resulta sa iyo at tulungan ka sa buong taon. Makipag-ugnayan sa plan para sa karagdagang impormasyon o upang gumawa ng isang appointment. Tandaan: Hindi kailangan ang pahintulot o referral upang magamit ang Nursing Hotline.	



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Mga serbisyo para sa pandinig Babayaran namin ang mga pagsusuri sa pandinig at balanse na ginagawa ng iyong provider. Sinasabi ng ganitong mga pagsusuri kung kailangan mo ng medikal na paggamot. Ang mga ito ay saklaw bilang pangangalaga na outpatient kapag nakuha mo ang mga ito mula sa isang doktor, audiologist, o iba pang kuwalipikadong provider. Kung buntis ka, o nakatira ka sa isang nursing facility, babayaran din namin ang mga hearing aid, kasama ang: • Mga hulmahan, supply, at mga ipinapasok • Mga pagkukumpuni na nagkakahalaga ng mahigit sa \$25 kada pagkukumpuni • Isang inisyal na set ng mga baterya • Anim na pagbisita para sa pagsasanay, pag-aayos, at pagsukat sa parehong vendor pagkatapos mong makuha ang hearing aid • Panahon ng pagsubok sa mga hearing aid • Ang karagdagang benepisyo sa pandinig ay isang rutinang eksaminasyon sa pandinig bawat taon sa kalendaryo • Pagsukat/pagsusuri ng hearing aid Medi-Cal Limitado ang allowance sa hearing aid sa \$1,510 kasama ang buwis sa pagbenta, kada piskal na taon (Hulyo 1- Hunyo 30), at kasama ang mga hulmahan, mga supply at accessory sa pagbabago. Ito ay ang kabuuang allowance para sa dalawang tainga. Hindi gagamitin itong limit sa allowance kung ikaw ay buntis o nakatira sa isang nursing facility. <i>Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot at/o referral. Dapat kang makipag-usap sa iyong provider upang makakuha ng isang referral.</i>	\$0



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
 Mga pag-screen ng HIV Babayaran namin ang isang screening na eksaminasyon para sa HIV tuwing 12 buwan para sa mga taong: • Paghingi ng pagsusuri para sa HIV, or • Nasa mataas na panganib para sa impeksyon ng HIV. Para sa mga buntis na kababaihan, babayaran namin ang hanggang sa tatlong screening para sa HIV sa panahon ng pagbubuntis.	\$0
Pangangalaga ng ahensya ng kalusugan sa tahanan Bago ka makakakuha ng mga serbisyo para sa kalusugan sa tahanan, dapat sabihin sa amin ng isang doktor na kailangan mo ang mga ito, at dapat ibigay ang mga ito ng isang home health agency. Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring ang iba pang serbisyo na hindi nakalista rito: • Part-time o paulit-ulit na mga serbisyo ng aide para sa may kasanayang pagkalinga at kalusugan sa tahanan (Sasaklawin sa ilalim ng benepisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, dapat na may kabuuang mas mababa sa 8 oras bawat araw at 35 oras bawat linggo ang pinagsamang mga serbisyo ng iyong aide para sa may kasanayang pagkalinga at kalusugan sa tahanan.) • Physical therapy, occupational therapy, at speech therapy • Mga serbisyong medikal at panlipunan • Mga kagamitan at supply na pang-medikal <i>Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot at/o referral. Dapat kang makipag-usap sa iyong provider upang makakuha ng isang referral.</i>	\$0



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Pangangalaga sa hospisyo Maaari kang makakuha ng pangangalaga mula sa anumang programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare. May karapatan kang piliin ang hospisyo kung matukoy ng iyong provider at medikal na direktor ng hospisyo na mayroon kang karamdaman na nagtatanging sa buhay. Nangangahulugan itong mayroon kang nakamamatay na karamdaman at inaasahang may anim na buwan ka o mas maikli pa para mabuhay. Ang iyong doktor sa hospisyo ay maaaring isang provider na nasa network o isang provider na wala sa network. Babayaran ng plan ang sumusunod habang tumatanggap ka ng mga serbisyo ng hospisyo: • Mga gamot para gamutin ang mga sintomas at pananakit • Pansamantalang pangangalaga habang nagpapahinga ang tagapag-alaga • Pangangalaga sa tahanan Ang mga serbisyo ng hospisyo at mga serbisyo na saklaw ng Medicare Part A o B ay sinisingil sa Medicare. • Tingnan sa Seksyon E ng kabanatang ito para sa karagdagang impormasyon. Para sa mga serbisyong saklaw ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ngunit hindi saklaw ng Medicare Part A o B: • Sasaklawin ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ang mga serbisyong saklaw ng plan na hindi saklaw sa ilalim ng Medicare Part A o B. Sasaklawin ng plan ang mga serbisyo kung may kaugnayan man o wala ang mga ito sa iyong nakamamatay na sakit. Wala kang babayaran sa mga serbisyong ito. Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina	\$0



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Pangangalaga sa hospisyo (ipinagpapatuloy) Para sa mga gamot na maaaring saklaw ng Medicare Part D na benepisyo ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan: Kailanman ay hindi sabay na sinasaklaw ng hospisyo at ng aming plan ang mga gamot. Para sa karagdagang impormasyon, pakitingnan sa Kabanata 5. Tandaan: Kung kailangan mo ang pangangalaga na hindi pang-hospisyo, dapat mong tawagan ang iyong tagapamahala ng kaso sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. para ayusin ang mga serbisyo. Ang pangangalaga na hindi mula sa hospisyo ay pangangalaga na hindi nauugnay sa iyong karamdaman na nagtatanging sa buhay. Sinasaklaw ng aming plan ang mga serbisyo sa pagkonsulta sa hospisyo (isang beses lamang) para sa isang tao na mayroong karamdaman na nagtatanging sa buhay na hindi pinili ang benepisyo ng hospisyo.	
 Mga pagbabakuna Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: - Bakuna para sa pulmonya - Mga bakuna sa trangkaso, minsan bawat panahon ng trangkaso sa taglagas at taglamig, na may karagdagang mga bakuna sa trangkaso kung kinakailangan dala ng medikal na dahilan - Bakuna para sa Hepatitis B kung ikaw ay nasa mataas o gitnang panganib na magkaroon ng hepatitis B - Iba pang mga bakuna kung ikaw ay nasa panganib at natutugunan ng mga ito ang mga patakaran sa pagsaklaw ng Medicare Part B Babayaran namin ang iba pang mga bakuna na tumutugon sa mga patakaran sa saklaw ng Medicare Part D. Basahin sa Kabanata 6 upang malaman pa.	\$0



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Pangangalaga sa ospital para sa inpatient Babayaran namin ang sumusunod na mga serbisyo at iba pang serbisyo na kinakailangan dala ng medikal na dahilan na hindi nakalista rito: • Semi-private na kuwarte (o isang pribadong kuwarte kung ito ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan) • Mga pagkain, kasama ang mga espesyal na pagkain • Mga regular na serbisyo sa pangangalaga • Mga gastos ng mga unit para sa espesyal na pangangalaga, tulad ng masusing pangangalaga o mga unit para sa pangangalaga para sa puso • Mga gamot at medikasyon • Mga pagsusuri sa lab • Mga X-ray at iba pang mga serbisyo ng radiology • Kinakailangan na mga supply para sa operasyon at paggamot • Mga kagamitan, tulad ng mga wheelchair • Mga serbisyo ng operating at recovery room • Physical, occupational, at speech therapy • Mga serbisyo sa inpatient para sa pag-abuso sa substansya • Sa ilang kaso, ang mga sumusunod na uri ng mga transplant: cornea, bato, bato/lapay, puso, atay, baga, puso/baga, bone marrow, stem cell, at intestinal/multivisceral. Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina	\$0 Dapat kang makakuha ng pag-apruba mula sa plano para patuloy kang makakuha ng pangangalaga na inpatient na wala sa network pagkatapos makontrol ang iyong pang-emergency na kalagayan.



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Pangangalaga sa ospital para sa inpatient (ipinagpapatuloy) Kung kailangan mo ng transplant, susuriin ng isang transplant center na aprubado ng Medicare ang iyong kaso at magdedesisyon kung kandidato ka para sa isang transplant. Maaaring lokal o nasa labas ng lugar na sineserbisuhan ang mga provider ng transplant. Kung handang tanggapin ng mga lokal na provider ng transplant ang singil ng Medicare, maaari mong makuha nang lokal ang mga serbisyo para sa iyong transplant o sa labas ng lugar ng pattern ng pangangalaga para sa iyong komunidad. Kung nagbibigay ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ng mga serbisyong transplant sa labas ng pattern ng pangangalaga para sa aming komunidad at pinili mong kuhanin ang iyong transplant doon, aayusin namin o babayaran ang iyong mga gastos sa pansamantalang tirahan at biyahe at isa pang tao. • Dugo, kasama ang pagtatago at pamamahala • Mga serbisyo ng doktor Walang limitasyon sa bilang ng araw na saklaw para sa bawat pananatili sa ospital. Dapat kang pumunta sa mga doktor, espesyalista, at ospital ng network. Maliban sa isang emergency, dapat sabihin ng iyong doktor sa plan na ipapasok ka sa ospital. <i>Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot at/o referral. Dapat kang makipag-usap sa iyong provider upang makakuha ng isang referral.</i>	



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip para sa inpatient Babayaran namin ang mga serbisyo sa pangangalaga sa kalusugang pangkaisipan na nangangailangan ng pamamalagi sa ospital. • Kung kailangan mo ng mga serbisyo na inpatient sa isang nagsasariling ospital para sa may karamdaman sa isipan, kami ang magbabayad ng unang 190 araw. Pagkatapos noon, babayaran ng lokal na ahensya ng county sa kalusugang pangkaisipan ang mga serbisyo sa ospital para sa may karamdaman sa isipan na kinakailangan dala ng medikal na dahilan. Ang pahintulot para sa pangangalaga na lampas sa 190 araw ay aayusin kasama ng lokal na ahensya ng county sa kalusugang pangkaisipan. ○ Ang 190 araw na limitasyon ay hindi naaangkop sa mga serbisyo sa kalusugang pangkaisipan ng inpatient at ibinibigay ng isang pangkalahatang ospital sa isang yunit para sa may karamdaman sa isipan. • Kung 65 taong gulang ka na o mas matanda pa, babayaran namin ang mga serbisyong natanggap mo sa isang Institusyon para sa Mga Karamdaman sa Pag-iisip (Institute for Mental Diseases, IMD). Maliban sa isang emergency, dapat sabihin ng iyong doktor sa plan na ipapasok ka sa ospital. <i>Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot. Makipag-ugnayan sa plan para sa mga detalye.</i>	\$0



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Pananatili na inpatient: Mga saklaw ng serbisyo sa ospital o skilled nursing facility (SNF) sa panahon ng hindi saklaw na pananatili na inpatient Kung ang iyong pananatili na inpatient ay hindi makatwiran at kinakailangan dala ng medikal na dahilan, hindi namin ito babayaran. Gayunpaman, sa ilang sitwasyon kung saan hindi saklaw ang pangangalaga sa inpatient, maaari pa rin naming bayaran ang mga serbisyonang nakukuha mo habang ikaw ay nasa ospital o nursing facility. Upang malaman pa, tumawag sa Member Services. Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring ang iba pang serbisyo na hindi nakalista rito: • Mga serbisyo ng doktor • Mga diyagnostikong pagsusuri, katulad ng mga pagsusuri sa laboratoryo • X-ray, radium, at isotope therapy, kasama ang mga materyales at serbisyo ng technician • Mga bendahe para sa operasyon • Mga splint, cast, at ibang mga kagamitan na ginagamit para sa mga bali at pagkawala sa lugar • Mga kagamitan na prostetiko at pansuporta, bukod sa pang-ngipin, kasama ang pagpapalit o mga pag-aayos ng mga ganitong kagamitan. Ang mga ito ay mga kagamitan na: ○ Pinapalitan ang lahat o bahagi ng isang panloob na bahagi ng katawan (kasama ang magkadikit na tisyu), o ○ Pinapalitan ang lahat o bahagi ng paggana ng isang hindi gumagana o pumapalyang panloob na bahagi ng katawan. • Binti, braso, likod, at brace sa leeg, mga truss (pansuporta), at mga artipisyal na binti, braso, at mga mata. Kasama rito ang mga pag-aayos, pagkukumpuni, at pagpapalit na kinakailangan dahil sa pagkasira, pagkawala, o isang pagbabago sa kondisyon ng pasyente • Physical therapy, speech therapy, at occupational therapy	\$0

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Mga serbisyo at supply sa sakit sa bato Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • Mga serbisyo ng edukasyon para sa sakit sa bato para magturo ng pangangalaga sa bato at tulungan ang mga miyembro na gumawa ng mga mabuting desisyon tungkol sa kanilang pangangalaga. Kailangan mayroon kang stage IV na hindi gumagaling na sakit sa bato, at dapat i-refer ka ng iyong doktor. Sasaklawin namin ang hanggang sa anim na sesyon ng mga serbisyo ng edukasyon para sa sakit sa bato. • Mga paggamot sa dialysis na outpatient, kabilang ang mga paggamot na dialysis kapag pansamantalang wala sa lugar na sineserbisyuhan, ayon sa ipinaliliwanag sa Kabanata 3 • Mga dialysis na paggamot sa inpatient kung ikaw ay ipinasok sa isang ospital bilang inpatient para sa espesyal na pangangalaga • Pagsasanay para sa pag-dialysis sa sarili, kasama ang pagsasanay para sa iyo at sinumang tumutulong sa iyo sa iyong mga dialysis na paggamot sa iyong tahanan • Kagamitan at supply para sa dialysis sa tahanan • Ilang pansuportang serbisyo sa tahanan, tulad ng mga kinakailangang pagpunta ng mga sinanay na manggagawa sa dialysis para tingnan ang iyong dialysis sa tahanan, para tumulong sa mga emergency, at para tingnan ang iyong kagamitan para sa dialysis at supply ng tubig. Babayaran ng iyong benepisyo sa gamot ng Medicare Part B ang ilang gamot para sa dialysis. Para sa impormasyon, pakitingnan ang “Mga inireresetang gamot na nasa Part B ng Medicare” sa tsart na ito. <i>Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot at/o referral. Dapat kang makipag-usap sa iyong provider upang makakuha ng isang referral.</i>	\$0



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
 Pag-screen ng kanser sa baga Babayaran ng plan ang pagsusuri sa kanser sa baga kada 12 buwan kung ikaw ay: • May edad na 55-80, at • Magkaroon ng pagbisita para sa pagpapayo at pinagtutulungang paggawa ng desisyon sa iyong doktor o ibang kuwalipikadong provider, at • Naninigarilyo ng hindi bababa sa 1 pakete kada araw sa loob ng 30 taon na walang senyales o sintomas ng kanser sa baga o naninigarilyo ngayon o huminto sa loob ng huling 15 taon. Pagkatapos ng unang pag-screen, babayaran ng plan ang isa pang pag-screen bawat taon na may nakasulat na tagubilin mula sa iyong doktor o iba pang kuwalipikadong provider. <i>Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot at/o referral. Dapat kang makipag-usap sa iyong provider upang makakuha ng isang referral.</i>	\$0
Programa sa Pagkain - Pagkatapos ng pagkakaospital Pagkatapos mong lumabas bilang inpatient na pananatili sa isang ospital o skilled nursing facility, maaari kang maging kuwalipikado na magkaroon ng hanggang sa 14 na ganap na inihanda at masustansyang pagkain na inihahatid sa tahanan (2 pagkain kada araw sa loob ng 7 araw) na ihahatid sa iyong tahanan ng isang vendor na aprubado ng plan nang walang bayad. Sa iyong paglabas, ikokoordina ng isang miyembro ng pamamahala ng kaso at/o pangkat ng klinika ang iyong benepisyo sa pagkain. Maaaring iiskedyul ng pamamahala ng kaso at/o pangkat ng klinika ang paghahatid depende sa iyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan, pag-diagnose, at/o mga rekomendasyon na ginawa ng iyong provider. <i>Nangangailangan ng paunang pahintulot at referral.</i>	\$0



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
 Therapy na medikal na nutrisyon Ang benepisyo na ito ay para sa mga taong may diabetes o sakit sa bato na walang dialysis. Ito ay para din sa pagkatapos ng isang pag-transplant ng bato kapag isinangguni ng iyong doktor. Babayaran namin ang tatlong oras na one-on-one na mga serbisyo sa pagpapayo sa unang taon na makakatanggap ka ng mga serbisyo ng therapy para sa medikal na nutrisyon sa ilalim ng Medicare. (Kasama rito ang aming plan, anumang ibang Medicare Advantage plan, o Medicare.) Maaari naming aprubahan ang mga karadagang serbisyo kung kinakailangan dala ng medikal na dahilan. Magbabayad kami para sa dalawang oras na one-on-one na mga serbisyo sa pagpapayo bawat taon pagkatapos noon. Kung magbabago ang iyong kondisyon, paggamot, o pagsusuri, maaari kang makakuha ng marami pang oras ng paggamot nang may referral mula sa doktor. Dapat ireseta ng doktor ang mga serbisyong ito at muling baguhin ang referral bawat taon kung kailangan ang pangangalaga sa iyo sa susunod na taon sa kalendaryo. Maaari naming aprubahan ang mga karadagang serbisyo kung kinakailangan dala ng medikal na dahilan. <i>Kailangan ang pahintulot mula sa isang nurse o tagapamahala ng kaso ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.</i>	\$0
 Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP) Babayaran ng plan ang mga sumusunod. Dinisenyo ang MDPP para tulungan ka na maging mas maganda ang iyong pag-uugali. Nagbibigay ito ng aktuwal na pagsasanay sa: • pangmatagalang pagbabago ng diyeta, at • tumaas na pisikal na aktibidad, at • mga paraan upang mapanatili ang pagbaba ng timbang at malusog na pamumuhay.	\$0



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Mga inireresetang gamot na nasa Medicare Part B Saklaw ang mga gamot na ito sa ilalim ng Part B ng Medicare. Babayaran ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ang mga sumusunod na gamot: • Mga gamot na hindi mo karaniwang ibinibigay sa iyong sarili at iniiniksiyon o inilalagay sa suwero habang ikaw ay nakakakuha ng mga serbisyo ng doktor, outpatient sa ospital, o sentro para sa operasyon sa nakakapaglakad. • Mga gamot na ginagamit mo gamit ang matibay na kagamitang medikal (tulad ng mga nebulizer) na pinahintulutan ng plan • Mga dahilan para sa pamumuo ng dugo na ibinibigay mo sa iyong sarili sa pamamagitan ng iniksiyon kung mayroon kang hemophilia • Mga gamot na nagpapahina sa resistensiya (immunosuppressive), kung ikaw ay nakatala sa Medicare Part A sa oras ng organ transplant • Mga gamot para sa osteoporosis na iniiniksiyon. Ang mga gamot na ito ay binabayaran kung ikaw ay nakaratay sa kama dahil sa karamdaman, mayroong isang bali sa buto na pinapatunayan ng isang doktor na may kaugnayan sa osteoporosis pagkatapos ng menopause, at hindi mai-iniksiyon nang mag-isa ang gamot • Mga antigen (gumagawa ng antibody na panlaban sa sakit) • Ilang iniinom na gamot na pang-iwas sa kanser at mga gamot na pang-iwas sa pagsuka • Mga tiyak na gamot para sa dialysis sa tahanan, kabilang ang heparin, ang antidote para sa heparin (kapag kinakailangan dala ng medikal na dahilan), mga topical anesthetic, at mga erythropoiesis-stimulating agent (tulad ng Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, o Darbepoetin Alfa) Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina	\$0



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Mga inireresetang gamot na nasa Medicare Part B (ipinagpapatuloy) • Ang IV na immune globulin para sa paggamot sa tahanan ng mga sakit na nagpapahina ng resistensiya (primary immune deficiency). Ipinapaliwanag ng Kabanata 5 ang benepisyo ng inireresetang gamot para sa outpatient. Ipinapaliwanag nito ang mga patakaran na dapat mong sundin para masaklaw ang mga reseta. Ipinapaliwanag ng Kabanata 6 kung ano ang binabayaran mo para sa iyong mga inireresetang gamot para sa outpatient sa pamamagitan ng aming plan. <i>Dapat kumuha ng pag-apruba ang iyong provider mula sa plan bago ka makakuha ng ilang partikular na injectable o infusible na gamot. Tumawag sa plan upang malaman kung aling mga gamot ang nalalapat. Tinatawag itong pagkuha ng paunang pahintulot.</i>	



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Multipurpose Senior Services Program (MSSP) Ang MSSP ay isang programa ng pamamahala sa kaso na nagbibigay ng Home and Community-Based Services (HCBS) sa mga indibidwal na karapat-dapat sa Medi-Cal. Para maging kuwalipikado, dapat ay 65 taong gulang ka o mas matanda, nakatira sa lugar na sineserbisyuhan ng isang site, mapaglilingkuran sa loob ng mga limitasyon sa gastos ng MSSP, naaangkop para sa mga serbisyo sa pamamahala ng pangangalaga, kasalukuyang kuwalipikado para sa Medi-Cal, at sertipikado o masesertipikahan para ilagay sa isang nursing facility. Kasama sa mga serbisyo ng MSSP ang: • Pangangalaga sa Adulto sa Araw / Sentro ng Suporta • Tulong sa Pabahay • Tulong para sa Gawain at Pangangalaga sa Sarili • Pagsubaybay nang may Proteksyon • Pamamahala sa Kaso • Pahinga • Transportasyon • Mga Serbisyo sa Pagkain • Mga Serbisyong Panlipunan • Mga Serbisyo sa Pakikipag-ugnayan Ang benepisyong ito ay may saklaw na umaabot ng hanggang \$4,285 bawat taon. <i>Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot.</i>	\$0



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Hindi pang-emergency na medikal na transportasyon Pinapayagan ng benepisyong ito ang pinakamatipid at pinakamadaling makuhang paraan ng transportasyon. Maaaring kabilang dito ang: ambulansya, litter van, mga serbisyo ng medikal na transportasyon na wheelchair van, at pagkoordinar sa paratransit. Pinapahintulutan ang mga uri ng transportasyon kapag: • Ang iyong medikal at/o pisikal na kondisyon ay hindi ka pinapayagang magbiyahe sa pamamagitan ng bus, pampasaherong kotse, taxicab, o iba pang anyo ng pampubliko o pribadong transportasyon, at • Kinakailangan ang sasakyan para sa layunin ng pagkuha ng kinakailangan na pangangalagang medikal. <i>Depende sa serbisyo, maaaring kailanganin ang paunang pahintulot.</i> Paano mag-iskedyul ng transportasyon Upang mag-iskedyul ng transportasyon, mangyaring tumawag sa 1-888-325-1024 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Dapat mong ikoordinar ang iyong transportasyon sa pamamagitan ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, at dapat kang mag-iskedyul ng transportasyon nang hindi bababa sa 24 na oras na may pasok bago ang iyong medikal na appointment. Ang bawat miyembro ay pinapayagan na magkaroon ng isang bantay. Dapat mong ipabatid sa Departamento ng Transportasyon nang hindi bababa sa 24 na oras na may pasok bago ang appointment kung magsasama ka ng isang bantay. Hindi pinapayagan ang mga hayop maliban kung ang mga ito ay mga hayop na ginagamit bilang serbisyo. Kapag nag-iskedyul ka ng iyong appointment sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan Transportation Services, hihingin sa iyo na kumpirmahin na: Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina	\$0



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Hindi pang-emergency na medikal na transportasyon (ipinagpapatuloy) • Ang iyong nakaiskedyul na biyahe ay maglalaan ng oras para sa iyo na maibiyahe patungo sa at mula sa iyong appointment sa panahon ng regular oras ng negosyo ng transportasyon: 9 a.m. hanggang 4 p.m. Lunes hanggang Biyernes (maliban kung pista-opisyal). • Makikita mo ang sasakyan ng transportasyon mula sa gusali. • Ang iyong nakaiskedyul na bantay ay edad 17 o mas matanda. <i>Depende sa serbisyo, maaaring kailanganin ang paunang pahintulot.</i>	
Hindi medikal na transportasyon Pinapayagan ng benepisyong ito ang transportasyon sa mga medikal na serbisyo sa pamamagitan ng pampasaherong kotse, taxi, o iba pang anyo ng pampubliko/pampribadong transportasyon kung kukumpirmahin mo na hindi magagamit ang iba pang mga mapagkukunan. Hindi nililimitahan ng benepisyong ito ang iyong benepisyo sa medikal na transportasyon na hindi pang-emergency. Magkakaroon ka ng walang limitasyon na access sa biyahe na balikan. <i>Depende sa serbisyo, maaaring kailanganin ang paunang pahintulot.</i> Mga kinakailangan upang maging karapat-dapat Upang makatanggap ng mga serbisyo ng saklaw na transportasyon, dapat na makagamit ka ng karaniwang paraan ng transportasyon, tulad ng mga bus, van, o taxi at dapat makasakay kasama ang ibang tao. Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.	\$0



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Hindi medikal na transportasyon (ipinagpapatuloy) Paano mag-iskedyul ng transportasyon Upang mag-iskedyul ng transportasyon, mangyaring tumawag sa 1-888-325-1024 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Dapat mong ikoordina ang iyong transportasyon sa pamamagitan ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, at dapat kang mag-iskedyul ng transportasyon nang hindi bababa sa 24 na oras na may pasok bago ang iyong medikal na appointment. Ang bawat miyembro ay pinapayagan na magkaroon ng isang bantay. Dapat mong ipabatid sa Departamento ng Transportasyon nang hindi bababa sa 24 na oras na may pasok bago ang appointment kung magsasama ka ng isang bantay. Hindi pinapayagan ang mga hayop maliban kung ang mga ito ay mga hayop na ginagamit bilang serbisyo. Kapag nag-iskedyul ka ng iyong appointment sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan Transportation Services, hihingin sa iyo na kumpirmahin na: • Ang iyong nakaiskedyul na biyahe ay maglalaan ng oras para sa iyo na maibiyahen patungo sa at mula sa iyong appointment sa panahon ng regular oras ng negosyo ng transportasyon: 9 a.m. hanggang 4 p.m. Lunes hanggang Biyernes (maliban kung pista-opisyal). • Makikita mo ang sasakyan ng transportasyon mula sa gusali. • Makakalabas ka mula sa gusali at papunta sa sasakyan nang hindi tinutulungan. • Wala kang ibang anumang iba pang medikal na kondisyon na naglilimita na maaaring makapigil sa iyong kakayahan na gumamit ng karaniwang paraan ng transportasyon, tulad ng mga bus, van, taxi, o magbiyahe kasama ang iba. Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.	



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Hindi medikal na transportasyon (ipinagpapatuloy) • Ang iyong nakaiskedyul na bantay ay edad 17 o mas matanda. Patakaran sa pagkansela Abisuhan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan a anumang pagkansela nang 24 na oras na may pasok bago ang iyong nakaiskedyul na biyahe. Kung kailangan mong kanselahin ang isang appointment na Lunes, mangyaring tumawag nang Biyernes. <i>Maaaring kailanganin ang referral.</i>	
Pangangalaga sa nursing facility Ang isang nursing facility (NF) ay isang lugar na nagbibigay ng pangangalaga para sa mga tao na hindi makakakuha ng pangangalaga sa tahanan ngunit hindi kailangang maospital. Kabilang sa mga serbisyong babayaran namin ang, ngunit hindi limitado sa sumusunod: • Semiprivate na kuwarto (o isang pribadong kuwarto kung ito ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan) • Mga pagkain, kasama ang mga espesyal na pagkain • Mga serbisyo sa pag-aalaga • Physical therapy, occupational therapy, at speech therapy • Respiratory therapy • Mga gamot na ibinibigay sa iyo bilang bahagi ng iyong plan ng pangangalaga. (Kasama rito ang mga substansya na likas na nasa katawan, tulad ng mga sanhi ng pamumuo ng dugo.) • Dugo, kasama ang pagtatago at pamamahala • Mga pang-medikal at pang-operasyon na supply na karaniwang ibinibigay ng mga nursing facility Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina	\$0

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Pangangalaga sa nursing facility (ipinagpapatuloy) • Mga pagsusuri sa laboratoryo na karaniwang ibinibigay ng mga nursing facility • Mga serbisyo para sa X-ray at ibang mga serbisyo ng radiology na karaniwang ibinibigay ng mga nursing facility • Paggamit ng mga kagamitan, tulad ng mga wheelchair na karaniwang ibinibigay ng mga nursing facility • Mga serbisyo ng doktor/propesional • Matibay na kagamitang medikal • Mga serbisyo sa ngipin, kasama ang mga pustiso • Mga benepisyo sa paningin • Mga eksaminasyon sa pandinig • Pangangalaga para sa gulugod (Chiropractic) • Mga serbisyo sa paa Karaniwanng makukuha mo ang pangangalaga sa iyo mula sa mga pasilidad na nasa network. Gayunpaman, maaari mong makuha ang pangangalaga sa iyo mula sa isang pasilidad na wala sa aming network. Maaari kang makakuha ng pangangalaga mula sa mga sumusunod na lugar kung tinatanggap ng mga ito ang mga halaga ng bayad ng aming plan: • Isang nursing home o komunidad para sa patuloy na pangangalaga sa pagreretiro kung saan ka nakatira bago ka pumunta sa ospital (basta't ito ay nagbibigay ng pangangalaga ng nursing facility). • Isang nursing facility kung saan nakatira ang iyong asawa sa oras na umalis ka sa ospital. <i>Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot at/o referral. Dapat kang makipag-usap sa iyong provider upang makakuha ng isang referral.</i>	



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
 Pag-screen sa labis na katabaan at therapy sa pagpapanatili ng pagbaba ng timbang Kung mayroon kang isang body mass index na 30 o mahigit pa, babayaran namin ang pagpapayo para tulungan kang magbawas ng timbang. Dapat mong makuha ang pagpapayo sa isang kapaligiran ng pangunahing pangangalaga. Sa ganitong paraan, mapapamahalaan ito kasama ang iyong buong plan sa pag-iwas sa sakit. Makipag-usap sa iyong provider ng pangunahing pangangalaga upang malaman ang higit pa.	\$0
Mga serbisyo ng programang paggamot sa opioid Babayaran ng plan ang mga sumusunod na serbisyo upang gamutin ang sakit sa paggamit ng opioid: • Mga gamot na aprubado ng Food and Drug Administration (FDA) at, kung naaangkop, pangangasiwa at pagbibigay ng iyong mga gamot • Pagpapayo sa paggamit ng substansya • Pang-indibiduwal at pang-grupong therapy • Pagsusuri para sa mga gamot o kemikal sa iyong katawan (toxicology testing)	\$0



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Mga pang-outpatient na diagnostic test at serbisyong therapeutic at supply Babayaran namin ang sumusunod na mga serbisyo at iba pang serbisyo na kinakailangan dala ng medikal na dahilan na hindi nakalista rito: • Mga X-ray • Radiation (radium at isotope) therapy, kasama ang mga materyales at supply ng technician • Mga supply para sa operasyon, tulad ng mga bendahe • Mga splint, cast, at ibang mga kagamitan na ginagamit para sa mga bali at pagkawala sa lugar • Mga pagsusuri sa lab • Dugo, kasama ang pagtatago at pamamahala • Iba pang mga diyagnostikong pagsusuri para sa outpatient <i>Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot at/o referral. Dapat kang makipag-usap sa iyong provider upang makakuha ng isang referral.</i>	\$0
Mga serbisyo na pang-outpatient sa ospital Babayaran namin ang makukuha mong mga serbisyong kinakailangan dala ng medikal na dahilan sa outpatient department ng isang ospital para sa pag-diagnose o paggamot ng isang sakt o pinsala, tulad ng: • Mga serbisyo sa isang departamento ng emergency o klinika ng outpatient, tulad ng pag-opera na hindi kailangang mamalagi sa ospital o mga serbisyong pag-oobserba Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina	\$0



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Mga serbisyo na pang-outpatient sa ospital (ipinagpapatuloy) ○ Tumutulong ang serbisyong pag-oobserba sa doktor mo na malaman kung kailangan mong ipasok sa ospital bilang isang “inpatient.” ○ Minsan maaari kang manatili sa ospital nang magdamag at mananatili pa ring isang “outpatient.” ○ Makakakuha ka ng karagdagang impormasyon tungkol sa pagiging isang inpatient o isang outpatient sa dokumento ng katotohanan na ito: https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf ● Mga pagsusuri sa laboratoryo at diagnostic na sisingilin ng ospital ● Pangangalaga sa kalusugang pangkaisipan, kasama ang pangangalaga sa isang programa ng bahagyang pagkakaospital, kung mapapahunayan ng isang doktor na mangangailangan ng paggamot sa ospital nang wala ito ● Mga serbisyo para sa X-ray at iba pang mga serbisyo ng radiology na sinisingil ng ospital ● Mga medikal na supply, tulad ng mga splint at cast ● Mga screening at serbisyo upang makaiwas sa sakit na nakalista sa buong Tsart ng mga Benepisyo ● Ilang gamot na hindi mo maibigay sa sarili mo <i>Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot at/o referral. Dapat kang makipag-usap sa iyong provider upang makakuha ng isang referral.</i>	



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip para sa outpatient Babayaran namin ang mga serbisyo sa kalusugang pangkaisipan na ibinibigay ng: • Isang psychiatrist o doktor na lisensyado sa estado • Isang klinikal na psychologist • Isang klinikal na social worker • Isang klinikal na espesyalistang nurse • Isang nurse na practitioner • Isang katulong ng doktor • Sinumang iba pang mga propesyonal sa pangangalaga ng kalusugan ng pag-iisip na kuwalipikado ng Medicare ayon sa pinahihintulutan sa ilalim ng mga umiiral na batas ng estado Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring ang iba pang serbisyo na hindi nakalista rito: • Mga serbisyo sa klinika • Paggamot sa araw • Mga serbisyo ng rehab para sa isipan at pag-uugali • Mga programa ng bahagyang pagkakaospital/masusing pangangalaga para sa outpatient • Pagsusuri at paggamot sa kalusugang pangkaisipan ng indibiduwal at grupo • Pagsusuri sa isipan kapag pinatunayan ng doktor na kailangang masuri ang isang resulta ng kalusugan ng pag-iisip • Mga serbisyo sa outpatient para sa mga layunin ng pagsubaybay sa therapy sa pamamagitan ng gamot • Laboratoryo, mga gamot, supply at suplemento para sa outpatient • Pagkonsulta sa Psychiatrist <i>Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot at/o referral. Dapat kang makipag-usap sa iyong provider upang makakuha ng isang referral.</i>	\$0



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Mga serbisyong panrehabilitasyon sa outpatient Babayaran namin ang physical therapy, occupational therapy, at speech therapy. Maaari kang makakuha ng mga serbisyo para sa rehabilitasyon na outpatient mula sa mga departamento ng ospital na outpatient, mga nagsasariling opisina ng therapist, comprehensive outpatient rehabilitation facilities (mga CORF), at iba pang mga pasilidad. <i>Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot at/o referral. Dapat kang makipag-usap sa iyong provider upang makakuha ng isang referral.</i>	\$0
Mga serbisyo para sa pag-abuso sa substansya na outpatient Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring ang iba pang serbisyo na hindi nakalista rito: • Pagsusuri (screening) at pagpapayo sa pagkagumon sa alak • Paggamot sa pag-abuso sa droga • Pagpapayo sa grupo o indibiduwal ng isang kuwalipikadong doktor • Hindi masyadong malubhang pag-alis ng lason (detoxification) sa isang pantahanang programa para sa adiksyon • Mga serbisyo para sa alak at/o droga sa isang center para sa masusing paggamot na outpatient • Paggamot sa pamamagitan ng pinalawig na paglabas ng Naltrexone (vivitrol) <i>Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot at/o referral. Dapat kang makipag-usap sa iyong provider upang makakuha ng isang referral.</i>	\$0



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Pag-oopera na outpatient Babayaran namin ang pag-oopera na outpatient at mga serbisyo sa mga pasilidad ng ospital para sa outpatient at mga center para sa pag-oopera sa mga nakakapaglakad. <i>Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot at/o referral. Dapat kang makipag-usap sa iyong provider upang makakuha ng isang referral.</i>	\$0
Mga serbisyonang bahagyang pagkakaospital Ang bahagyang pagkakaospital ay isang nakabalangkas na programa ng aktibong paggamot sa karamdaman ng isipan. Ibinibigay ito bilang isang serbisyo na outpatient ng ospital o ng isang center sa komunidad para sa kalusugang pangkaisipan. Ito ay mas matindi kaysa sa pangangalaga na nakukuha mo sa opisina ng iyong doktor o therapist. Matutulungan ka nito na iwasang mamamalagi sa ospital. Tandaan: Dahil walang center sa komunidad para sa kalusugang pangkaisipan sa aming network, sinasaklaw lang namin ang bahagyang pagkakaospital bilang serbisyo na outpatient ng ospital. <i>Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot at/o referral. Dapat kang makipag-usap sa iyong provider upang makakuha ng isang referral.</i>	\$0
Mga serbisyo ng doktor/provider, kabilang ang mga pagbisita sa opisina ng doktor Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • Medikal na kinakailangan na pangangalaga ng kalusugan o mga serbisyo sa pag-oopera na ibinibigay sa mga lugar tulad ng: Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina	\$0



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Mga serbisyo ng doktor/provider, kabilang ang mga pagbisita sa opisina ng doktor (ipinagpapatuloy) ○ Opisina ng doktor ○ Sertipikadong center para sa pag-oopera sa nakakapaglakad ○ Departamento ng ospital na outpatient ● Konsultasyon, pag-diagnose at paggagamot ng isang espesyalista ● Pangunahing pagsusuri ng pandinig at balanse na ibinigay ng iyong provider ng pangunahing pangangalaga o espesyalista, kung itinagubilin ito ng iyong doktor upang makita kung kailangan mo ng paggamot ● Matatagpuan ang mga partikular na karagdagang serbisyo na telehealth, kabilang ang mga serbisyo para sa ilang doktor o mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip, sa seksyon ng tsart ng benepisyo na ito na may pamagat na, Mga Pagpapatingin sa Doktor sa Video. Mayroon kang opsyon na kuhani ang mga serbisyong ito sa pamamagitan ng isang personal na pagbisita o sa pamamagitan ng telehealth. Kung pinili mong makuha ang isa sa mga serbisyong ito sa pamamagitan ng telehealth, dapat mong gamitin ang isang provider sa network na naghahandog ng serbisyo sa pamamagitan ng telehealth. ● Ilang serbisyo na telehealth, kabilang ang konsultasyon, pag-diagnose, at paggamot ng isang doktor o practitioner, para sa mga pasyente sa mga rural na lugar o iba pang lugar na aprubado ng Medicare ● Mga serbisyo na telehealth para sa buwanang pagpapatingin na may kaugnayan sa end-stage renal disease para sa mga miyembro ng home dialysis sa isang nakabase sa ospital o kritikal na pag-access na renal dialysis center na nakabase sa ospital, renal dialysis center, o sa tahanan ng miyembro Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina	



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Mga serbisyo ng doktor/provider, kabilang ang mga pagbisita sa opisina ng doktor (ipinagpapatuloy) • Ang mga serbisyo sa Telehealth upang ma-diagnose, suriin, o gamutin ang mga sintomas ng stroke • Mga virtual na pag-check-in (halimbawa, sa telepono o video chat) sa iyong provider nang 5-10 minuto kung: ○ hindi ka isang bagong pasyente at ○ ang pag-check-in ay hindi kaugnay sa isang pagbisita sa opisina sa nakalipas na 7 araw at ○ ang pag-check-in ay hindi humahantong sa isang pagbisita sa opisina sa loob ng 24 na oras o ang pinakamalapit na available na appointment • Pagsusuri ng video at/o larawan na ipinadala mo sa iyong doktor at pagpapaliwanag at pag-follow up ng iyong doktor sa loob ng 24 na oras kung: ○ hindi ka isang bagong pasyente at ○ ang pagsusuri ay hindi kaugnay sa isang pagbisita sa opisina sa nakalipas na 7 araw at ○ ang pagsusuri ay hindi humahantong sa isang pagbisita sa opisina sa loob ng 24 na oras o ang pinakamalapit na available na appointment • Pagkonsulta na ginawa ng iyong doktor sa iba pang doktor sa telepono, sa Internet, o elektronikong record ng kalusugan kung ikaw ay hindi bagong pasyente • Ikalawang opinyon ng isa pang provider sa network bago ang isang pamamaraang medikal • Hindi karaniwang pangangalaga sa ngipin. Ang mga saklaw na serbisyo ay limitado sa: ○ Pag-oopera ng panga o mga kaugnay na istraktura Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina	



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Mga serbisyo ng doktor/provider, kabilang ang mga pagbisita sa opisina ng doktor (ipinagpapatuloy) ○ Pag-aayos sa mga pagkasira ng panga o buto sa mukha ○ Pagbunot sa mga ngipin bago ang mga paggamot sa neoplastic na kanser sa pamamagitan ng radiation ○ Mga serbisyo na masasaklaw kung ibibigay ng isang doktor <i>Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot at/o referral. Dapat kang makipag-usap sa iyong provider upang makakuha ng isang referral.</i>	
Mga serbisyo sa paa Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • Pagkilala sa sakit at medikal o pag-oopera na paggamot sa mga pinsala at sakit sa paa (tulad ng hammer toe o heel spur) • Regular na pangangalaga ng paa para sa mga miyembro na may mga kondisyong nakakaapekto sa mga binti, tulad ng diabetes • Sakop ang pangangalaga sa paa hanggang sa 12 pagbisita bawat taon • Hindi saklaw ang pag-aalis ng kalyo <i>Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot at/o referral. Dapat kang makipag-usap sa iyong provider upang makakuha ng isang referral.</i>	\$0



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
 Pagsusuri na pag-screen ng kanser sa prostate Para sa mga lalaki na nasa edad na 50 at mas matanda pa, babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo ng isang beses kada 12 buwan: • Isang digital na eksaminasyon sa puwit • Isang prostate specific antigen (PSA) na pagsusuri	\$0
Mga prosthetic na device at kaugnay na supply Pinapalitan ng mga prosthetic na device ang lahat o bahagi ng isang bahagi ng katawan o paggana. Babayaran namin ang mga sumusunod na prostetikong kagamitan, at pati ang iba pang mga kagamitan na hindi nakalista rito: • Mga colostomy bag at mga supply na may kaugnayan sa pangangalaga sa colostomy • Enteral at parenteral na nutrisyon, kabilang ang mga kit sa pagpapakain, infusion pump, tubo at adaptor, mga solution, at mga supply para sa pag-iiniksyon sa sarili • Mga pacemaker • Mga brace • Mga prostetikong sapatos • Mga artipisyal na braso at binti Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina	\$0



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Mga prosthetic na device at kaugnay na supply (ipinagpapatuloy) • Mga prosthesis sa suso (kasama ang isang bra para sa operasyon pagkatapos ng isang mastectomy o pag-alis ng suso) • Mga prosthesis upang palitan ang lahat ng bahagi ng isang panlabas na bahagi ng mukha na inalis o napinsala bilang resulta ng sakit, pinsala o sakit sa pagkabata • Krema sa kawalan ng pagpipigil at mga diaper Babayaran din namin ang ilang supply na may kaugnayan sa mga prostetikong kagamitan. Magbabayad din kami para ayusin o palitan ang mga prostetikong kagamitan. Naghahandog kami ng ilang pagsaklaw pagkatapos ng pag-alis ng katarata o pag-opera sa katarata. Tingnan ang “Pangangalaga sa Mata” sa huling bahagi ng seksyon na ito para sa mga detalye. Hindi namin babayaran ang mga prostetikong gamit sa ngipin. <i>Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot at/o referral. Dapat kang makipag-usap sa iyong provider upang makakuha ng isang referral.</i>	
Mga serbisyong panrehabilitasyon ng palahingahan Babayaran namin ang mga programa ng rehabilitasyon para sa baga para sa mga miyembro na may katamtaman hanggang sa napakalubhang chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Dapat na mayroon kang isang referral para sa rehabilitasyon ng palahingahan mula sa doktor o provider na gumagamot ng COPD. Babayaran namin ang mga serbisyo sa palahingahan para sa mga pasyenteng umaasa sa ventilator. <i>Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot at/o referral. Dapat kang makipag-usap sa iyong provider upang makakuha ng isang referral.</i>	\$0



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
 Pagsusuri at pagpapayo para sa mga sakit na naipapasa sa pakikipagtalik (mga STI) Babayaran namin ang mga screening para sa chlamydia, gonorrhea, syphilis, at hepatitis B. Sinasaklaw ang mga screening na ito para sa mga buntis na kababaihan at para sa ilang tao na nasa nadagdagang panganib para sa isang STI. Dapat itagubilin ng provider ng pangunahing pangangalaga ang pagsusuri. Sinasaklaw namin ang mga ganitong pagsusuri nang isang beses kada 12 buwan o sa ilang beses sa panahon ng pagbubuntis. Babayaran din namin ang hanggang sa dalawang masusi at harapang sesyon ng pagpapayo sa pag-uugali bawat taon para sa mga sekswal na aktibong nasa hustong gulang na nasa nadagdagang panganib para sa mga STI. Ang bawat sesyon ay maaaring magtagal nang 20 hanggang 30 minuto. Babayaran lang namin ang mga sesyon sa pagpapayo na ito bilang serbisyo upang makaiwas sa sakit kung ibibigay ang mga ito ng isang provider ng pangunahing pangangalaga. Ang mga sesyon na ito ay dapat nasa isang pangunahing pangangalaga na setting, tulad ng tanggapan ng isang doktor.	\$0
Pangangalaga sa pasilidad ng may kasanayang pagkalinga (Skilled nursing facility, SNF) Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring ang iba pang serbisyo na hindi nakalista rito: • Isang semi-private na kuwarte, o isang pribadong kuwarte kung ito ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan • Mga pagkain, kasama ang mga espesyal na pagkain • Mga serbisyo sa pag-aalaga • Physical therapy, occupational therapy, at speech therapy • Mga gamot na nakukuha mo bilang bahagi ng iyong plano sa pangangalaga, kasama ang mga substansya na likas na nasa katawan, tulad ng mga sanhi ng pamumuo ng dugo Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina	\$0



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Pangangalaga sa pasilidad ng may kasanayang pagkalinga (Skilled nursing facility, SNF) (ipinagpapatuloy) • Dugo, kasama ang pagtatago at pamamahala • Mga supply para sa paggamot at pag-ooopera na ibinibigay ng mga nursing facility • Mga pagsusuri sa laboratoryo na ibinibigay ng mga nursing facility • Mga serbisyo para sa X-ray at iba pang mga serbisyo ng radiology na ibinibigay ng mga nursing facility • Mga kagamitan, tulad ng mga wheelchair, na karaniwang ibinibigay ng nursing facility • Mga serbisyo ng doktor o provider Karaniwanng makukuha mo ang pangangalaga sa iyo mula sa mga pasilidad na nasa network. Gayunpaman, maaari mong makuha ang pangangalaga sa iyo mula sa isang pasilidad na wala sa aming network. Maaari kang makakuha ng pangangalaga mula sa mga sumusunod na lugar kung tinatanggap ng mga ito ang mga halaga ng bayad ng aming plan: • Isang nursing home o komunidad sa patuloy na pangangalaga sa pagreretiro kung saan ka nakatira bago ka pumunta sa ospital (basta't ito ay nagbibigay ng pangangalaga ng nursing facility) • Isang nursing facility kung saan nakatira ang iyong asawa sa oras na umalis ka sa ospital <i>Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot at/o referral. Dapat kang makipag-usap sa iyong provider upang makakuha ng isang referral.</i>	



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Pinangangasiwaang therapy na ehersisyo (SET) Babayaran ng mga plan ang SET para sa mga miyembro na may palatandaan ng peripheral artery disease (PAD) na may referral para sa PAD mula sa doktor na responsable para sa paggamot na PAD. Babayaran ng plan ang: • Hanggang 36 na sesyon sa loob ng 12-linggong panahon kung natugunan ang lahat ng kinakailangan ng SET • Karagdagang 36 na sesyon na lampas sa oras kung itinuturing na kinakailangan dahil sa medikal na dahilan ng isang provider ng pangangalagang pangkalusugan Ang programang SET ay dapat na: • 30- hanggang 60-minuto na sesyon ng programa sa pagsasanay ng nakakapagpagaling na ehersisyo para sa PAD sa mga miyembro na may pulikat sa binti dahil sa mahinang pagdaloy ng dugo (claudication) • Nasa setting na outpatient sa ospital o sa isang opisina ng doktor • Inihatid ng isang kuwalipikadong kawani na tinitiyak na mas higit ang benepisyo kaysa pinsala at na sinanay sa therapy na ehersisyo para sa PAD • Sa ilalim ng direktang pangangasiwa ng isang doktor, katulong na doktor, o nurse practitioner/clinical nurse specialist na sinanay sa parehong pangunahin at makabagong mga pamamaraan ng pagsuporta sa buhay	\$0



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Agarang pangangalaga Ang agarang pangangalaga ay pangangalaga na ibinibigay para gamutin ang: • Isang di-emergency na nangangailangan ng agarang pangangalagang medikal, o • Isang biglaang karamdaman, o • Isang pinsala, o • Isang kondisyon na nangangailangan kaagad ng pangangalaga. Kung kailangan mo ng agarang pangangalaga, dapat mo munang subukang kuhanin ito mula sa isang provider sa network. Gayunpaman, maaari kang gumamit ng mga provider na wala sa network kapag hindi ka makakuha ng isang provider sa network. Ang mga serbisyong pangangalaga na pang-emergency at agaran na saklaw sa buong mundo ay hanggang sa isang pinagsamang limit na \$10,000 kada taon sa kalendaryo. Makipag-ugnayan sa plan para sa mga detalye.	\$0



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Mga Pagpapatingin na Video Doctor Hinahayaan ka ng LiveHealth® Online na magpatingin sa mga doktor na sertipikado ng board at mga lisensyadong therapist/psychologist sa pamamagitan ng live at two-way video sa iyong smartphone, tablet o computer. Madaling simulan ito! Maaari kang mag-sign up sa livehealthonline.com o i-download ang libreng LiveHealth Online mobile app at magparehistro. Tiyaking handa na ang iyong health insurance card – kakailanganin mo ito upang sagutin ang ilang tanong. Mag-sign up nang libre: Dapat mong ipasok ang iyong impormasyon ng insurance sa kalusugan sa panahon ng pagpapatala, kaya ihanda ang iyong ID card ng Miyembro kapag nag-sign up ka. Mga benepisyo ng pagpapatingin na video doctor: • Ang pagbisita ay tulad lang ng pagpapatingin sa iyong regular na doktor nang harapan, ngunit sa pamamagitan lang ng web camera. • Isa itong magandang opsyon para sa medikal na pangangalaga kapag hindi ka matingnan ng iyong doktor. Makakatulong ang mga doktor na sertipikado ng board nang 24/7 para sa karamihang uri ng pangangalaga at karaniwang kondisyon tulad ng trangkaso, sipon, pamumula ng mata at marami pa. • Maaaring magpadala ang doktor ng mga reseta sa parmasya na iyong pinili, kung kinakailangan.¹ Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina	\$0



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
Mga Pagpapatining na Video Doctor (ipinagpapatuloy) - Kung nakakaramdam ka ng stress, nababahala o nahihirapan, maaari kang gumawa ng appointment upang makipag-usap sa isang lisensyadong therapist o psychologist mula sa iyong tahanan o sa kalsada. Kadalasan, makakagawa ka ng isang appointment at magpatingin sa isang therapist o psychologist sa loob ng apat na araw o mas mababa. ² Nilalayon ng mga pagpapatingin na video doctor na punuan ang mga harapang pagbisita sa isang doktor na sertipikado ng board at magagamit para sa karamihang uri ng pangangalaga. Ang LiveHealth Online ay ang ngalang pangkalakal ng Health Management Corporation, isang hiwalay na kumpanya na nagbibigay ng mga serbisyong telehealth sa ngalan ng plan na ito. - Inirereseta ang resetang gamot batay sa mga rekomendasyon ng doktor at mga regulasyon ng estado (mga patakaran). Magagamit ang LiveHealth Online sa karamihang estado at inaasahan na lalago pa sa malapit na hinaharap. Pakitingnan ang mapa sa livehealthonline.com para sa karagdagang detalye ng lugar na sineserbisyuhan. - Nakabatay ang mga appointment sa pagiging available ng therapist/psychologist. Hindi maaaring makapagreseta ng mga gamot ang mga psychologist o therapist sa video.	



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
 Pangangalaga sa paningin Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • Isang karaniwang eksaminasyon sa mata taun-taon; at • Hanggang sa \$100 para sa mga salamin sa mata (mga frame at lens) o hanggang sa \$100 para sa mga contact lens bawat dalawang taon. Babayaran namin ang mga serbisyo ng doktor para sa hindi mamamalagi sa ospital para sa pagkilala at paggamot ng mga sakit at pinsala ng mata. Halimbawa, kabilang dito ang mga pagsusuri sa mata taun-taon para sa diabetic retinopathy para sa mga taong may diabetes at paggamot para sa macular degeneration na dala ng pagtanda. Para sa mga tao na nasa mataas na panganib ng glaucoma, babayaran namin ang isang screening ng glaucoma kada taon. Kasama sa mga taong nasa mataas na panganib ng glaucoma ang: • Mga tao na may kasaysayan ng glaucoma sa pamilya • Mga taong may diabetes • Mga African-American na edad 50 at mas matanda pa • Mga Hispanic American na 65 taong gulang o mas matanda pa Babayaran namin ang isang pares ng salamin o contact lens pagkatapos ng bawat pag-oopera sa katarata kapag maglalagay ang doktor ng lens sa loob ng mata (intraocular lens). (Kung mayroon kang dalawang magkahiwalay na pag-oopera sa katarata, dapat kumuha ka ng isang pares ng mga salamin pagkatapos ng bawat pag-oopera. Hindi ka makakakuha ng dalawang pares ng salamin pagkatapos ng pangalawang pag-oopera, kahit na hindi ka nakakuha ng isang pares ng salamin pagkatapos ng unang pag-oopera.) <i>Kailangan ng mga serbisyong saklaw ng Medicare ang paunang pahintulot at referral.</i>	\$0



Mga serbisyo na binabayaran ng aming plan	Ano ang dapat mong bayaran
 “Welcome to Medicare” na Pagbisita upang Makaiwas sa Sakit Sinasaklaw namin ang isang beses na “Welcome to Medicare” na pagbisita upang makaiwas sa sakit. Kasama sa pagpapatingin ang: • Pagsusuri ng iyong kalusugan, • Edukasyon at pagpapayo tungkol sa mga serbisyo na pang-iwas sa sakit na iyong kailangan (kasama ang mga screening at iniksiyon), at • Mga referral para sa ibang pangangalaga kung kailangan mo ito. Tandaan: Kasama sa aming saklaw ang “Welcome to Medicare” na pagpapatingin upang makaiwas sa sakit sa panahon lang ng unang 12 buwan na mayroon kang Medicare Part B. Kapag gumawa ka ng iyong appointment, sabihin sa opisina ng iyong doktor na gusto mong ipaiskedyul ang iyong “Welcome to Medicare” na pagpapatingin upang makaiwas sa sakit.	\$0



E. Mga benepisyo na saklaw sa labas ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

Ang mga sumusunod na serbisyo ay hindi saklaw ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ngunit magagamit sa pamamagitan ng Medicare o Medi-Cal.

E1. California Community Transitions (CCT)

Gumagamit ang programang Mga Pagbalik sa Komunidad ng California (California Community Transitions, CCT) ng mga lokal na Nangungunang Organisasyon upang matulungan ang mga kuwalipikadong benepisyaryo ng Medi-Cal, na namalagi sa isang pang-inpatient na pasilidad sa loob ng 90 magkakasunod na araw o mas matagal pa, na bumalik sa, at manatiling ligtas sa isang komunidad. Popondohan ng programang CCT ang mga serbisyo sa pangangasiwa sa pagbalik sa panahon bago ang pagbabalik at sa loob ng 365 araw pagkatapos ng pagbabalik upang matulungan ang mga benepisyaryo sa paninirahang muli sa isang komunidad.

Maaari kang makatanggap ng mga serbisyo sa pangangasiwa sa pagbalik mula sa anumang Nangungunang Organisasyon ng CCT na naglilingkod sa iyong bansang tinitirahan. Maaari kang makahanap ng isang listaha ng mga Organisasyon na Pinamumunuan ng CCT at ang mga county na kanilang sineserbisyuhan sa website ng Department of Health Care Services sa: <http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.aspx>.

Para sa mga serbisyo sa pangangasiwa sa paglipat sa CCT:

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

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

Sisingilin ng provider ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan para sa mga serbisyo sa iyo. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan babayaran ang mga serbisyong ibinigay pagkatapos ng iyong paglipat. Wala kang babayaran sa mga serbisyong ito.

Habang tumatanggap ka ng mga serbisyo ng CCT na pangangasiwa ng paglipat, babayaran ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ang mga serbisyo na nakalista sa Tsart ng mga Benepisyo sa Seksyon D ng kabanatang ito.

Walang pagbabago sa benepisyo ng saklaw na gamot ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan:

Hindi saklaw ng programa ng CCT ang mga gamot. Patuloy mong makukuha ang iyong normal na benepisyo sa gamot sa pamamagitan ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Para sa karagdagang impormasyon, pakitingnan sa Kabanata 5.

Tandaan: Kung kailangan mo ang pangangalaga sa paglipat na hindi CCT, dapat mong tawagan ang iyong tagapamahala ng kaso sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula



Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.

8 a.m. hanggang 8 p.m. para ayusin ang mga serbisyo. Ang pangangalaga sa paglipat na hindi CCT ay pangangalaga na walang kaugnayan sa iyong paglipat mula sa isang institusyon/pasilidad.

E2. Medi-Cal Programa para sa Ngipin

Ang mga partikular na serbisyo sa ngipin ay makukuha sa Medi-Cal Dental Program (Denti-Cal); halimbawa, mga serbisyong tulad ng:

- Mga paunang pagsusuri, X-ray, paglilinis, at mga paggamot na fluoride
- Mga restoration at crown
- Root canal therapy
- Mga pustiso, pag-a-adjust, pag-aayos at muling paglilinya

Available ang mga benepisyo para sa ngipin sa fee-for-service ng Denti-Cal. Para sa higit pang impormasyon, o kung kailangan mo ng tulong sa paghahanap ng isang dentistang tumatanggap ng Denti-Cal, mangyaring makipag-ugnayan sa linya ng Customer Service ng Denti-Cal Beneficiary sa 1-800-322-6384 (dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-735-2922). Libre ang tawag. Available ang mga kinatawan ng Denti-Cal na tulungan ka mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m., mula Lunes hanggang Biyernes. Maaari mo ring bisitahin ang website ng Denti-Cal sa <https://www.denti-cal.ca.gov/> para sa karagdagang impormasyon.

Bukod pa sa fee-for-service ng Denti-Cal, maaari kang makakuha ng mga benepisyo para sa ngipin sa pamamagitan ng isang pinamamahalaang plan sa pangangalaga sa ngipin. May mga pinamamahalaang plan sa pangangalaga sa ngipin sa Los Angeles County. Kung gusto mo ng karagdagang impormasyon tungkol sa mga plan para sa ngipin, kailangan ng tulong sa pagtukoy ng plan para sa ngipin, o gustong palitan ang mga plan para sa ngipin, pakitawagan ang Health Care Options sa 1-800-430-4263 (dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-430-7077), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Libre ang tawag.

E3. Pangangalaga sa Hospisyo

Maaari kang makakuha ng pangangalaga mula sa anumang programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare. May karapatan kang piliin ang hospisyo kung matukoy ng iyong provider at medikal na direktor ng hospisyo na mayroon kang karamdaman na nagtatanging sa buhay. Nangangahulugan itong mayroon kang nakamamatay na karamdaman at inaasahang may anim na buwan ka o mas maikli pa para mabuhay. Ang iyong doktor sa hospisyo ay maaaring isang provider na nasa network o isang provider na wala sa network.

Tingnan sa Tsart ng mga Benepisyo sa Seksyon D ng kabanatang ito ang karagdagang impormasyon tungkol sa kung ano ang binabayaran ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan habang nakakatanggap ka ng mga serbisyo sa pangangalaga sa hospisyo.



Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.

Para sa mga serbisyo ng hospisyo at serbisyo na saklaw ng Medicare Part A o B na may kaugnayan sa iyong knakamamatay na sakit:

- Sisingilin ng provider ng hospisyo ang Medicare para sa mga serbisyo sa iyo. Medicare babayaran ang mga serbisyo ng hospisyo na may kaugnayan sa iyong nakamamatay na sakit. Wala kang babayaran sa mga serbisyong ito.

Para sa mga serbisyong saklaw ng Medicare Part A o B na walang kaugnayan sa iyong nakamamatay na sakit (maliban sa pangangalagang pang-emergency o agarang kinakailangang pangangalaga):

- Sisingilin ng provider ang Medicare para sa mga serbisyo sa iyo. Medicare babayaran ang mga saklaw na serbisyo ng Medicare Part A o B. Wala kang babayaran para sa mga serbisyong ito.

Para sa mga gamot na maaaring saklaw ng Medicare Part D na benepisyo ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan:

- Kailanman ay hindi sabay na sinasaklaw ng hospisyo at ng aming plan ang mga gamot. Para sa karagdagang impormasyon, pakitingnan sa Kabanata 5.

Tandaan: Kung kailangan mo ang pangangalaga na hindi pang-hospisyo, dapat mong tawagan ang iyong tagapamahala ng kaso sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. para ayusin ang mga serbisyo. Ang pangangalaga na hindi mula sa hospisyo ay pangangalaga na hindi nauugnay sa iyong karamdaman na nagtataning sa buhay.

E4. In-Home Supportive Services (IHSS)

Ang IHSS ay isang programa na pinapayagan kang pumili ng iyong provider ng pangangalaga sa tahanan kung hindi ka ligtas na makakapanatili sa iyong tahanan nang walang tulong. Maaaring kasama sa mga serbisyo ng IHSS ang ngunit hindi limitado sa: paglilinis ng bahay, paghahanda ng pagkain, paglalaba, pamimili ng grocery, personal na pangangalaga, kasama sa mga medikal na appointment at ibang mga serbisyo. Upang maging kuwalipikado sa IHSS, dapat na mas matanda ka sa 65 taong gulang, bulag, o may kapansanan. Kadalasan, dapat na mayroon kang kita na mababa sa antas para sa Supplemental Security Income/State Supplementary Program o natutugunan ang lahat ng kinakailangan sa kita upang maging karapat-dapat ng Medi-Cal.

Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa IHSS, tumawag sa 1-408-792-1600 Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 5 p.m.

F. Mga benepisyong hindi saklaw ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, Medicare, o Medi-Cal

Nakasulat sa seksyong ito kung anong mga uri ng mga benepisyo ang ibinukod ng plan. Ang ibig sabihin ng pagbubukod ay hindi namin babayaran ang mga benepisyong ito. Hindi rin babayaran ng Medicare at Medi-Cal ang mga ito.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bisitahin ang duals.anthem.com.



Inilalarawan ng listahan sa ibaba ang ilang serbisyo at gamit na hindi namin sinasaklaw sa ilalim ng anumang mga kondisyon at ang ilan na hindi namin isinama sa ilang pangyayari lamang.

Hindi namin babayaran ang mga ibinukod na benepisyong medikal na nakalista sa seksyon na ito (o saan man dito sa *Handbook ng Miyembro*) maliban sa ilalim ng nakalistang mga partikular na kondisyon. Kung sa palagay mo na kailangan naming bayaran ang isang serbisyo na hindi saklaw, maaari kang magsampa ng isang apela. Para sa impormasyon tungkol sa paghahain ng isang apela, tingnan sa Kabanata 9.

Bilang karagdagan sa anumang pagbubukod o limitasyong inilalarawan sa Tsart ng mga Benepisyo, hindi saklaw ng aming plan ang mga sumusunod na item at serbisyo:

- Mga serbisyo na itinuturing na hindi “makatwiran at kinakailangan dala ng medikal na dahilan,” alinsunod sa mga pamantayan Medicare at Medi-Cal, maliban kung ang mga serbisyong ito ay inilista ng aming plan bilang mga saklaw na serbisyo.
- Mga pang-eksperimentong medikal at pag-ooperang paggamot, item, at gamot, maliban kung saklaw ng Medicare o nasa ilalim ng aprubado ng Medicare na pag-aaral na pananaliksik sa klinika o ng aming plan. Tingnan ang Kabanata 3 pahina 57 para sa karagdagang impormasyon sa mga clinical research study. Ang pang-eksperimento na paggamot at mga item ay yaong hindi pangkalahatang tinatanggap ng medikal na komunidad.
- Paggamot sa pamamagitan ng pag-oopera para sa labis na katabaan na may masamang epekto, maliban kapag ito ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan at Medicare ang nagbabayad para dito.
- Isang pribadong kuwarta sa isang ospital, maliban kapag ito ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan.
- Mga pribadong naka-duty na nars.
- Mga personal na gamit sa iyong kuwarta sa isang ospital o isang nursing facility, tulad ng isang telepono o isang telebisyon.
- Full-time na pangangalaga ng nars sa iyong tahanan.
- Mga bayarin na sinisingil ng iyong mga malapit na kamag-anak o mga miyembro ng iyong sambahayan.
- Mga pinili o boluntaryong pamamaraan o serbisyo sa pagpapabuti (kasama ang pagbawas ng timbang, pagtubo ng buhok, sekswal na pagganap, pagganap ng atletiko, mga pang-kosmetikong layunin, pag-iwas sa pagtanda at pagganap ng isipan), maliban kapag kinakailangan dahil sa medikal na kalagayan.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- Mga pag-oopera na pangkosmetiko o iba pang gawaing pangkosmetiko, maliban kung kinakailangan ito dahil sa isang pinsala sa aksidente o upang pagandahin ang isang bahagi ng katawan na hindi nakahugis nang tama. Gayunpaman, babayaran namin ang muling pagbuo ng isang suso pagkatapos ng isang mastectomy (pag-alis ng suso) at para sa paggamot ng isa pang suso para magtugma ito.
- Pangangalaga para sa gulugod (chiropractic), maliban sa manu-manong pamamahala sa gulugod na naaalinsunod sa mga gabay sa pagsaklaw.
- Regular na pangangalaga sa paa, maliban sa inilalarawan sa mga serbisyo sa pangangalaga at paggamot ng paa (podiatry) sa Tsart ng mga Benepisyo sa Seksyon D.
- Mga orthopedic na sapatos, maliban kung ang mga sapatos ay bahagi ng isang brace ng binti at kasama sa halaga ng brace, o ang mga sapatos ay para sa isang tao na may sakit sa paa kaugnay ng diabetes.
- Mga device na pansuporta para sa mga paa, maliban sa mga sapatos na pang-orthopedic o pang-therapy para sa mga tao na may karamdaman sa paa kaugnay ng diabetes.
- Radial keratotomy (pag-oopera sa cornea ng mata), LASIK na pag-oopera, at iba pang mga pantulong para sa mahina ang mata.
- Pagbabaligtad ng mga pamamaraan ng isterilisasyon at mga supply na kontraseptibo na walang reseta.
- Mga serbisyo ng naturopath (ang paggamit ng natural o mga alternatibong paggamot).
- Mga serbisyong ibinibigay sa mga beterano sa mga pasilidad ng Veterans Affairs (VA). Gayunpaman, kapag ang isang beterano ay makakakuha ng mga serbisyo para sa emergency sa isang ospital ng VA at ang bahagi ng VA sa gastos ay mas mahigit sa bahagi sa gastos sa ilalim ng aming plan, babayaran namin ang beterano para sa diperensiya. Ikaw pa rin ang may pananagutan para sa mga halaga ng iyong bahagi sa gastos.
- Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali para sa mga kundisyon na tinutukoy ng Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition bilang mga problema hinggil sa relasyon, tulad ng pagpapayo sa magkapareha at pagpapayo sa pamilya para sa mga problema hinggil sa relasyon.



Kabanata 5: Pagkuha ng iyong mga inireresetang gamot para sa outpatient sa pamamagitan ng plan

Panimula

Ipinaliliwanag ng kabanatang ito ang mga patakaran sa pagkuha ng iyong pang-outpatient na mga resetang gamot. Ang mga ito ay gamot na ibinilin ng iyong provider para sa iyo na makukuha mo sa isang parmasya o sa pamamagitan ng pag-order sa koreo. Kasama sa mga ito ang mga gamot na saklaw sa ilalim ng Medicare Part D at Medi-Cal. Sinasabi sa Kabanata 6 kung ano ang iyong binabayaran para sa mga gamot na ito. Makikita ang mga mahahalagang termino at ang kanilang mga kahulugan sa pagkakasunud-sunod ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Sinasaklaw rin ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ang mga sumusunod na gamot, bagama't hindi tatalakayin ang mga ito sa kabanatang ito:

- Mga gamot na saklaw ng Medicare Part A. Kasama sa mga ito ang ilang gamot na ibinibigay sa iyo habang ikaw ay nasa isang ospital o nursing facility.
- Mga gamot na saklaw ng Medicare Part B. Kasama sa mga ito ang ilang gamot para sa chemotherapy, ilang iniiniksiyong gamot na ibinibigay sa iyo kapag nagpatingin sa doktor o ng iba pang provider, at mga gamot na ibinibigay sa iyo sa isang klinika para sa dialysis. Upang malaman pa ang tungkol sa kung anong mga gamot ang saklaw ng Medicare Part B, tingnan sa Tsart ng mga Benepisyo sa Kabanata 4.

Mga patakaran para sa mga outpatient na gamot na saklaw ng plan

Karaniwan naming sinasaklaw ang iyong mga gamot basta't sinusunod mo ang mga patakaran sa seksyon na ito.

1. Mayroon ka dapat doktor o iba pang provider na magsusulat ng iyong reseta. Kadalasan ang taong ito ay ang iyong primary care provider (PCP). Maaari din itong isa pang provider kung isinangguni ka ng iyong provider ng pangunahing pangangalaga para sa pangangalaga.
2. Sa pangkalahatan, kailangan mong gumamit ng parmasya na nasa network para punan ang iyong resetang gamot.
3. Kailangang kabilang sa *Listahan ng mga Saklaw na Gamot* ng plan ang iyong inireresetang gamot. Tinatawag namin itong “Listahan ng Gamot” para maikli.
 - Kung wala ito sa Listahan ng Gamot, maaari naming saklawin ito sa pamamagitan ng pagbibigay sa iyo ng isang pagbubukod.
 - Tingnan sa Kabanata 9 para matuto tungkol sa paghiling ng pagbubukod.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



4. Dapat gamitin ang iyong gamot para sa indikasyon na medikal na tinatanggap. Nangangahulugan ito na ang paggamit ng gamot ay alinman sa aprubado ng Food and Drug Administration o suportado ng ilang partikular na sangguniang medikal. Tinutukoy ng isang *medikal na tinatanggap na indikasyon* ang mga pag-diagnose o kondisyon kung saan inirereseta ang isang gamot, hindi ang dosis na inirereseta para sa naturang indikasyon. Dapat gamitin ang gamot para sa isang indikasyon na medikal na tinatanggap na sumusuporta sa pag-diagnose o paggamot ng sakit o pinsala, o upang mapahusay ang paggana ng katawan (maliban para sa mga Part D na bakuna, na maaaring gamitin para sa maiwasang ang isang kondisyon).

Talaan ng mga Nilalaman

A. Pagkuha ng iyong resetang gamot	128
A1. Pagkuha ng iyong reseta sa isang parmasya sa network	128
A2. Paggamit ng iyong ID Card ng Miyembro kapag kinukuha mo ang reseta	128
A3. Ano ang dapat gawin kung lilipat ka sa ibang parmasya sa network	128
A4. Ano ang dapat gawin kung umalis ang iyong parmasya sa network	128
A5. Paggamit ng isang espesyal na parmasya	129
A6. Paggamit ng mga serbisyong mail-order upang kuhanin ang iyong mga gamot	129
A7. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot	132
A8. Paggamit ng parmasya na wala sa plan ng network	132
A9. Pagbabayad sa iyo kung nagbayad ka para sa resetang gamot	133
B. Ang Listahan ng Gamot ng plan	133
B1. Mga Gamot sa Listahan ng Gamot	133
B2. Paano humanap ng gamot sa Listahan ng Gamot	133
B3. Mga gamot na wala sa Listahan ng Gamot	134
B4. Mga tier sa hatian ng gastos sa Listahan ng Gamot	135
C. Mga Limitasyon sa ilang gamot	135
D. Mga dahilan na maaaring hindi saklaw ang iyong gamot	137
D1. Pagkuha ng isang pansamantalang supply	137



E. Mga pagbabago sa saklaw para sa iyong mga gamot	139
F. Saklaw ng gamot sa mga espesyal na kaso	142
F1. Kung ikaw ay nasa isang ospital o skilled nursing facility para sa isang pananatili na saklaw ng aming plan	142
F2. Kung ikaw ay nasa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga	142
F3. Kung ikaw ay nasa isang programa ng hospisyong na sertipikado ng Medicare	142
G. Mga programa sa kaligtasan ng gamot at pangangasiwa ng mga gamot	143
G1. Mga programa upang matulungan ang mga miyembro na gamitin ang mga gamot nang ligtas	143
G2. Mga programa upang matulungan ang mga miyembro na pangasiwaan ang kanilang mga gamot	143
G3. Programa sa pangangasiwa ng gamot para tulungan ang mga miyembro na ligtas na gamitin ang kanilang mga gamot na opioid	144



A. Pagkuha ng iyong resetang gamot

A1. Pagkuha ng iyong reseta sa isang parmasya sa network

Kadalasan, babayaran **lang** namin ang reseta kung kinuha ito sa alinman sa aming mga parmasya na nasa network. Ang isang parmasya na nasa network ay isang parmasya na sumang-ayon na ibigay ang mga resetang gamot para sa mga miyembro ng aming plan. Maaari kang pumunta sa alinman sa aming mga parmasya na nasa network.

Upang maghanap ng parmasya sa network, matitingnan mo sa *Direktoryo ng Provider at Parmasya*, bisitahin ang aming website, o tumawag sa Member Services.

A2. Paggamit ng iyong ID Card ng Miyembro kapag kinukuha mo ang reseta

Upang kuhanin ang reseta, **ipakita ang iyong ID Card ng Miyembro** sa parmasya ng iyong network. Sisingilin kami ng parmasya sa network para sa aming bahagi ng gastos ng iyong saklaw na resetang gamot. Maaaring kailangan mong bayaran ang parmasya ng copay kapag kinuha mo ang iyong resetang gamot.

Kung wala sa iyo ang iyong ID Card ng Miyembro kapag kinukuha mo ang iyong resetang gamot, hilingin sa parmasya na tawagan kami para makuha ang kinakailangang impormasyon.

Kung hindi makuha ng parmasya ang kinakailangang impormasyon, maaaring bayaran mo ang kabuuang halaga ng reseta kapag kinuha mo ito. Pagkatapos ay maaari mong hingin sa amin na bayaran ka para sa aming bahagi. Kung hindi mo mababayaran ang gamot, makipag-ugnayan kaagad sa Member Services. Gagawin namin ang magagawa namin para tumulong.

- Upang malaman kung paano hingin sa amin na mabayaran ka, tingnan sa Kabanata 7.
- Kung kailangan mo ng tulong sa pagkuha ng resetang gamot, makakatawag ka sa Member Services.

A3. Ano ang dapat gawin kung lilipat ka sa ibang parmasya sa network

Kung nagpalit ka ng mga parmasya at kailangang muling kumuha ng resetang gamot, maaari kang alinman sa humingi ng bagong reseta na isinulat ng isang provider o hingin sa iyong parmasya na ilipat ang reseta sa bagong parmasya kung may natitira pa ito ng muling pagkuha.

Kung kailangan mo ng tulong sa pagpapalit ng iyong parmasya sa network, maaari kang makipag-ugnayan sa Member Services.

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

Kung aalis sa network ng plan ang parmasyang ginagamit mo, kakailanganin mong maghanap ng bagong parmasya na nasa network.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Upang maghanap ng bagong parmacya sa network, matitingnan mo sa *Direktoryo ng Provider at Parmacya*, bisitahin ang aming website, o tumawag sa Member Services.

A5. Paggamit ng isang espesyal na parmacya

Kung minsan, dapat kuhanin ang mga resetang gamot mula sa espesyal na parmacya. Kasama sa mga espesyal na parmacya ang:

- Mga parmacya na nagsu-supply ng mga gamot para sa pagsusuwero sa tahanan.
- Mga parmacya na nagsu-supply ng mga gamot para sa mga residente ng isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, tulad ng isang nursing home.
 - Karaniwan, ang mga pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga ay mayroong mga sariling parmacya. Kung isa kang residente ng isang pasilidad para sa pangmatagalang pangangalaga, dapat naming tiyakin na nakukuha mo sa parmacya ng pasilidad ang mga gamot na kailangan mo.
 - Kung wala sa aming network ang iyong pasilidad para sa pangmatagalang pangangalaga o kung nagkakaroon ka ng anumang problema sa pag-access ng iyong mga benepisyo sa gamot sa isang pasilidad para sa pangmatagalang pangangalaga, mangyaring makipag-ugnayan sa Member Services.
- Mga parmacya na naglilingkod sa Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health na Programa. Maliban sa mga emergency, mga Native American o Alaska Native lang ang maaaring gumamit sa mga parmacyang ito.
- Mga parmacya na nagsu-supply ng mga gamot na nangangailangan ng espesyal na pamamahala at tagabulin sa paggamit sa mga ito.

Upang maghanap ng espesyal na parmacya, matitingnan mo sa *Direktoryo ng Provider at Parmacya*, bisitahin ang aming website, o tumawag sa Member Services.

A6. Paggamit ng mga serbisyong mail-order upang kuhanin ang iyong mga gamot

Para sa ilang uri ng gamot, maaari mong gamitin ang mga serbisyong pag-order sa koreo ng network ng plan. Karaniwan, ang mga gamot na available sa pamamagitan ng pag-order sa koreo ay ang mga gamot na regular mong iniinom para sa isang hindi gumagaling o pangmatagalang medikal na kondisyon. Ang mga gamot na makukuha sa pamamagitan ng serbisyo ng aming plan sa pag-order sa koreo ay minarkahan bilang mga mail order na gamot sa aming Listahan ng Gamot.



Pinapayagan ng serbisyo ng mail-order ng aming plan na mag-order ka ng hanggang sa isang 93-araw na supply. Ang isang 93-araw na supply ay may parehong copay tulad ng isang-buwang supply.

Pagkuha sa aking reseta sa pamamagitan ng koreo

Upang kumuha ng mga form sa pag-order at impormasyon tungkol sa pagkuha ng iyong mga resetang gamot sa pamamagitan ng koreo, tumawag sa IngenioRx Home Delivery sa 1-833-203-1738 (TTY: 711), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Libre ang tawag.

Kadalasan, makakarating sa iyo ang resetang gamot na mail-order sa loob ng 14 na araw. Kung naantala ang iyong reseta na mail-order para sa ilang dahilan, maaari mo pa ring makakuha ang iyong gamot mula sa iyong lokal na parmasya sa network. Dapat mong tiyakin na mayroon ka ng magagamit na supply ng gamot kapag gumagamit ng mga serbisyo ng parmasya na mail-order para sa muling pagkuha. Kung sakaling magkaroon ka ng pagkaantala o agarang pangangailangan para sa isang gamot, maaaring magamit ang isang 31-araw na reseta sa isang parmasya na nagtitingi upang maiwasan ang pagkaubos ng gamot. Tawagan ang Pharmacy Member Services sa 1-833-370-7466 (TTY: 711), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Libre ang tawag.

Mga proseso ng mail-order

Mayroong iba't-ibang paraan ang serbisyo ng pag-order sa koreo para sa mga bagong reseta na nakukuha nito mula sa iyo, mga bagong reseta na direktang nakukuha nito mula sa opisina ng iyong provider, at mga muling pagpupuno ng reseta para sa gamot na inorder sa koreo:

1. Mga bagong reseta na natatanggap ng parmasya mula sa iyo

Awtomatikong pupunan ng gamot at ihahatid ng parmasya ang mga bagong reseta na matatanggap nito mula sa iyo.

2. Mga bagong reseta na natatanggap ng parmasya direkta mula sa opisina ng iyong provider

Awtomatikong ibibigay ng parmasya at ihahatid ang mga bagong reseta na natanggap nito mula sa mga provider ng pangangalagang pangkalusugan, nang hindi muna itinatanong sa iyo, kung alinman ay:

- Gumamit ka ng mga serbisyo na mail-order sa plan na ito sa nakaraan, o



- Nag-sign up ka para sa awtomatikong paghahatid ng lahat ng bagong reseta na natanggap mo nang direkta mula sa mga provider ng pangangalagang pangkalusugan. Maaari mong hingin ang awtomatikong paghahatid ng lahat ng bagong reseta ngayon o sa anumang oras sa pamamagitan ng pagtawag sa IngenioRx Home Delivery program sa 1-833-203-1738 (TTY: 711), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Libre ang tawag.

Kung awtomatiko kang makatanggap ng reseta sa koreo na hindi mo gusto, at hindi ka tinawagan upang malaman kung gusto mo ito bago ito ipinadala, maaaring karapat-dapat ka para sa refund.

Ikung dati kang gumamit ng mail order at hindi gusto na awtomatikong ibigay at ihatid ng parmasya ang bawat bagong reseta, makipag-ugnayan sa amin sa pamamagitan ng pagtawag sa IngenioRx Home Delivery program sa 1-833-203-1738 (TTY: 711), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Libre ang tawag.

Kung hindi ka kailanman gumamit ng aming paghahatid an mail-order at/o nagpasya na ihinto ang awtomatikong pagkuha ng mga bagong reseta, tatawagan ka ng parmasya sa bawat pagkakataon na makatanggap ito ng bagong reseta mula sa isang provider ng pangangalagang pangkalusugan upang malaman kung gusto mo na ibigay at ihatid ang gamot kaagad.

- Bibigyan ka nito ng pagkakataon para tiyakin na inihahatid ng parmasya ang tamang gamot (kasama ang lakas, bilang, at anyo) at, kung kinakailangan, pahihintulutan ka na itigil o iantala ang pag-order bago ka singilin at bago ito ipadala.
- Mahalagang tumugon ka sa tuwing makikipag-ugnayan ang parmasya sa iyo, para ipaalam sa kanila kung ano ang dapat gawin sa bagong reseta at para maiwasan ang anumang mga pagkaantala sa pagpapadala.

Para piliin na hindi sumali sa mga awtomatikong paghahatid ng mga bagong resetang gamot na nakukuha mo nang direkta mula sa opisina ng iyong provider ng pangangalagang pangkalusugan, mangyaring makipag-ugnayan sa amin sa pamamagitan ng pagtawag sa IngenioRx Home Delivery program sa 1-833-203-1738 (TTY: 711), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Libre ang tawag.

3. Mga muling pagkuha ng mga resetang gamot na mail-order

Para sa mga muling pagkuha, mangyaring kontakin ang iyong parmasya 30 araw bago sa palagay mo na mauubos na ang mga gamot na nasa iyo para makasiguro na maipadadala sa iyo ang iyong susunod na order nang nasa oras.

Upang makausap ka ng parmasya upang makumpirma ang iyong order bago ang pagpapadala, mangyaring tiyakin na ipaalam sa parmasya ang pinakamahusay na mga paraan upang

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



makipag-ugnayan sa iyo. Pakitawagan ang IngenioRx Home Delivery program sa 1-833-203-1738 (TTY: 711), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo upang ipaalam sa kanila ang iyong kagustuhan sa komunikasyon. Libre ang tawag.

A7. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot

Maaari kang makakuha ng isang pangmatagalang supply ng mga pang-maintenance na gamot sa Listahan ng Gamot ng aming plan. Ang mga pang-maintenance na gamot ay mga gamot na regular mong iniinom, para sa isang hindi gumagaling o pangmatagalang medikal na kondisyon.

Ang ilan sa mga parmasya na nasa network ay pinahihintulutan kang makakuha ng isang pangmatagalang supply ng mga pang-maintenance na gamot. Ang isang 93-araw na supply ay may parehong copay tulad ng isang-buwang supply. Sinasabi sa iyo ng *Direktoryo ng Provider at Parmasya* kung aling mga parmasya ang magbibigay sa iyo ng pangmatagalang supply ng mga pang-maintenance na gamot. Maaari mo ring tawagan ang Member Services para sa karagdagang impormasyon.

Para sa ilang partikular na uri ng mga gamot, maaari mong gamitin ang mga serbisyong mail-order ng network ng plan upang makakuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot na pang-maintenance. Tingnan sa seksyon sa itaas upang malaman pa ang mga serbisyong mail-order.

A8. Paggamit ng parmasya na wala sa plan ng network

Karaniwang binabayaran lang namin ang mga gamot na kinuha mula sa parmasya na wala sa network kapag hindi ka makagamit ng parmasya sa network. Mayroon kaming mga parmasya sa network sa labas ng aming lugar na sineserbisyuhan kung saan ka makakakuha ng iyong mga resetang gamot bilang miyembro ng aming plan.

Babayaran namin ang mga kinuhang reseta sa isang parmasya na wala sa network sa mga sumusunod na pangyayari:

- Kung ang mga reseta ay may kaugnayan sa pangangalaga para sa medikal na emergency o agarang pangangalaga.
- Kung hindi ka makakuha ng saklaw na gamot sa tamang oras sa loob ng lugar na sineserbisyuhan dahil walang parmasya sa network sa loob ng makatuwirang layo ng pagmamaneho na nagbibigay ng 24 na oras na serbisyo.
- Kung sinusubukan mong kumuha ng resetang gamot na hindi regular na naka-stock sa mabilis mapuntahan na nagtitingi sa network o parmasya na mail-order (kabilang ang mga gamot na mahal at natatangi).

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- Kung tumatanggap ka ng bakun na kinakailangan dala ng medikal na dahilan ngunit hindi saklaw ng Medicare Part B.

Sa mga kasong ito, mangyaring magtanong muna sa Member Services para malaman kung mayroong malapit na parmasya na nasa network.

A9. Pagbabayad sa iyo kung nagbayad ka para sa resetang gamot

Kung dapat kang gumamit ng isang parmasya na wala sa network, karaniwang kailangan mong bayaran ang buong halaga sa halip na copay kapag kumuha ka ng iyong resetang gamot. Maaari mong hingin sa amin na bayaran ka para sa aming bahagi sa gastos.

Para malaman ang higit pa tungkol dito, tingnan ang Kabanata 7.

B. Ang Listahan ng Gamot ng plan

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

Ang mga gamot sa Listahan ng Gamot ay pinili namin sa tulong ng isang grupo ng mga doktor at farmasiyotiko. Sinasabi sa iyo ng Listahan ng Gamot kung mayroong anumang patakaran na kailangan mong sundin para makuha ang iyong mga gamot.

Sa pangkalahatan sasaklawin namin ang isang gamot na nasa Listahan ng Gamot ng plan hangga’t sinusunod mo ang mga patakaran na ipinaliwanag sa kabanatang ito.

B1. Mga Gamot sa Listahan ng Gamot

Kasama sa Listahan ng Gamot ang mga gamot na saklaw sa ilalim ng Medicare Part D at ilang reseta at mga over-the-counter na gamot at produkto na saklaw sa ilalim ng iyong mga benepisyo sa Medi-Cal.

Kasama sa Listahan ng Gamot ang parehong mga branded at generic na gamot. Ang mga generic na gamot ay may mga parehong aktibong sangkap tulad ng sa mga branded na gamot. Sa pangkalahatan, ang mga ito ay gumagana katulad ng mga gamot na branded at karaniwang mas mura.

Saklaw din ng aming plan ang ilang OTC na gamot at produkto. Mas mura ang ilang OTC na gamot kumpara sa mga inireresetang gamot at gumagana rin ang mga ito nang kasing husay. Para sa higit pang impormasyon, tumawag sa Member Services.

B2. Paano humanap ng gamot sa Listahan ng Gamot

Para malaman kung ang isang gamot na iniinom mo ay nasa Listahan ng Gamot, maaari mong:

- Tingnan ang pinakabagong Listahan ng Gamot na ipinadala namin sa iyo sa koreo.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- Bisitahin ang website ng plan sa duals.anthem.com. Ang Listahan ng Gamot na nasa website ay siyang palaging pinakabago.
- Tawagan ang Member Services para malaman kung ang isang gamot ay nasa Listahan ng Gamot o para humiling ng isang kopya ng listahan.

B3. Mga gamot na wala sa Listahan ng Gamot

Hindi namin sinasaklaw ang lahat ng inireresetang gamot. Ang ilan sa mga gamot ay wala sa Listahan ng Gamot dahil hindi kami pinahihintulutan ng batas na saklawin ang mga gamot na iyon. Sa ibang mga kaso, nagdesisyon kaming huwag isama ang isang gamot sa Listahan ng Gamot.

Hindi babayaran ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ang mga gamot na nakalista sa seksyong ito. Ito ay tinatawag na **hindi kasama sa mga gamot**. Kung makakakuha ka ng reseta para sa isang ibinukod na gamot, ikaw ang magbabayad nito. Kung sa palagay mo ay dapat naming bayaran ang isang ibinukod na gamot dahil sa iyong kaso, maaari kang magsampa ng apela. (Upang malaman kung paano magsampa ng apela, tingnan sa Kabanata 9.)

Narito ang tatlong pangkalahatang patakaran para sa mga hindi isinamang gamot:

1. Hindi mababayaran ng saklaw sa gamot para sa outpatient ng aming plan (kabilang ang mga gamot na Part D at Medi-Cal na mga gamot) ang gamot na masasaklaw na sa ilalim ng Medicare Part A o Part B. Saklaw ang mga gamot na saklaw sa ilalim ng Medicare Part A o Part B ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan nang libre, ngunit hindi itinuturing ang mga ito na bahagi ng iyong mga benepisyong resetang gamot para sa outpatient.
2. Hindi masasaklaw ng aming plan ang isang gamot na binili sa labas ng Estados Unidos at mga teritoryo nito.
3. Ang paggamit ng gamot ay dapat aprubado ng Food and Drug Administration (FDA) o suportado ng partikular na medikal na sanggunian bilang gamot sa iyong karamdaman. Ang iyong doktor ay dapat magreseta ng isang partikular na gamot para gamutin ang iyong kondisyon, kahit na hindi ito inaprubahan para gamutin ang kondisyon. Tinatawag itong off-label na paggamit. Karaniwang hindi sinasaklaw ng aming plan ang mga gamot kapag inireseta ang mga ito para sa off-label na paggamit.

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

- Mga gamot upang mapahusay ang kakayahang magkaanak
- Mga gamot na ginagamit para sa mga pangkosmetikong layunin o para hikayatin ang pagtubo ng buhok

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- Mga gamot na ginagamit sa paggamot ng hindi paggana ng seksuwal o erectile dysfunction, tulad ng Viagra®, Cialis®, Levitra®, at Caverject®
- Mga gamot para sa outpatient kapag ang kompanya na gumagawa ng mga gamot ay nagsasabi na kailangan mong magkaroon ng mga pagsusuri o serbisyo na sila lang ang gumagawa

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

Bawat gamot na nasa Listahan ng Gamot ay nasa isa sa apat (4) na tier sa hatian ng gastos. Ang antas ay isang grupo ng karaniwang parehong uri (halimbawa, mga gamot na branded, generic, o over-the-counter (OTC)). Sa pangkalahatan, kapag mas mataas ang antas ng pagbabahagi sa gastos, mas malaki ang iyong gastos para sa gamot.

- Ang mga gamot sa Tier 1 ay mga Medicare Part D na mga mas gustong generic at branded na gamot. Ang copay ay \$0.
- Ang mga Tier 2 na gamot ay mga Medicare Part D na mas gusto at hindi gustong mga generic at branded na gamot. Ang copay ay mula \$0 hanggang \$8.95, depende sa iyong kita.
- Ang mga gamot sa Tier 3 ay mga Hindi-Medicare Medi-Cal na aprubado ng estado na mga resetang generic at branded na gamot. Ang copay ay \$0.
- Ang mga gamot sa Tier 4 ay mga HindiMedicare Medi-Cal na aprubado ng estado na over-the-counter (OTC) na mga gamot na kailangan ng reseta mula sa iyong provider. Ang copay ay \$0.

Para malaman kung nasa aling antas ng pagbabahagi sa gastos ang iyong gamot, hanapin ang gamot sa Listahan ng Gamot.

Sinasabi sa Kabanata 6 ang halaga na babayaran mo para sa mga gamot sa bawat tier ng hatian ng gastos.

C. Mga Limitasyon sa ilang gamot

Para sa ilang inireresetang gamot, nililimitahan ng mga espesyal na patakaran kung paano at kailan sinasaklaw ng plan ang mga ito. Sa pangkalahatan, hinihikayat ka ng aming mga patakaran na kumuha ng isang gamot na gumagana sa iyong medikal na kondisyon at ligtas at mabisa. Kung ang isang ligtas at mas murang gamot ay kasing bisa ng mas mahal na gamot, inaasahan namin ang iyong provider na ireseta ang mas murang gamot.

Kung may espesyal na patakaran para sa iyong gamot, karaniwang nangangahulugan ito na ikaw o ang iyong provider ay kailangang gumawa ng dagdag na hakbang upang masaklaw namin ang gamot. Halimbawa, maaaring kailanganing sabihin sa amin ng iyong provider ang

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



tungkol sa diagnosis ng iyong sakit o magbigay muna ng mga resulta ng mga pagsusuri sa dugo. Kung sa palagay mo o ng iyong provider hindi dapat gamitin ang aming patakaran sa iyong sitwasyon, dapat mong hilingin sa amin na gumawa ng pagbubukod. Maaari kaming sumang-ayon o hindi sumang-ayon na pahintulutan kang gumamit ng gamot nang walang ginagawang mga karagdagang hakbang.

Para malaman pa ang paghingi ng mga pagbubukod, tingnan sa Kabanata 9.

1. Paglilimita sa paggamit ng gamot na branded kapag mayroong generic na bersyon

Sa pangkalahatan, ang isang generic na gamot ay gumagana katulad ng isang branded na gamot at karaniwang mas mura. Kadalasan, kung mayroong isang generic na bersyon ng isang branded na gamot, ibibigay sa iyo ng aming mga pamilya sa network ang generic na bersyon.

- Karaniwang hindi namin babayaran ang branded na gamot kapag mayroong generic na bersyon.
- Gayunpaman, kung sinabi sa amin ng iyong provider ang medikal na dahilan na hindi gagana ang generic na gamot para sa iyo o may nakasulat na “Walang kapalit” sa iyong reseta para sa isang branded na gamot o sinabi sa amin ang medikal na dahilan na alinman sa generic na gamot ni ang ibang mga saklaw na gamot na gumagamot sa parehong kundisyon ay gagana para sa iyo, kung gayon ay sasaklawin namin ang branded na gamot.
- Maaaring maging mas mataas ang iyong copay para sa branded na gamot kaysa generic na gamot.

2. Pagkuha ng pag-apruba ng plan nang maaga

Para sa ilang gamot, ikaw o ang iyong doktor ay dapat kumuha ng pag-apruba mula sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan bago mo kuhanin ang iyong reseta. Kung hindi ka makakakuha ng pag-apruba, maaaring hindi saklawin ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ang gamot.

3. Pagsubok muna ng ibang gamot

Sa pangkalahatan, gusto naming subukan mo ang mga gamot na mas mura (na kadalasan kasing bisa rin) bago namin saklawin ang mga gamot na mas mahal. Halimbawa, kung ginagamot ng Gamot A at Gamot B ang parehong medikal na kondisyon at mas mura ang Gamot A sa Gamot B, maaaring iatas namin sa iyong subukan muna ang Gamot A.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



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

4. Mga limit sa dami

Para sa ilang gamot, nililimitahan namin ang damit ng gamot na maaaring magkaroon ka. Tinatawag itong limitasyon sa dami. Halimbawa, maaari naming limitahan kung gaano karaming gamot ang makukuha mo sa bawat pagkakataong pinapapunan mo ng gamot ang iyong reseta.

Para malaman kung ang alinman sa patakaran na nasa itaas ay naaangkop sa isang gamot na iniinom mo o gusto mong inumin, tingnan ang Listahan ng Gamot. Para sa pinaka up-to-date na impormasyon, tumawag sa Member Services o tingnan sa aming website sa duals.anthem.com.

D. Mga dahilan na maaaring hindi saklaw ang iyong gamot

Sinusubukan naming gawing maayos ang pagsaklaw ng gamot para sa iyo, ngunit minsan ang isang gamot ay maaaring hindi masaklaw sa paraan na gugustuhin mo. Halimbawa:

- Ang gamot gusto mong inumin ay hindi sinasaklaw ng aming plan. Maaaring wala ang gamot sa Listahan ng Gamot. Ang generic na bersyon ng gamot ay maaaring masaklaw, ngunit ang branded na bersyon na gusto mong inumin ay hindi sinasaklaw. Ang gamot ay maaaring bago at hindi pa namin ito nasuri para sa kaligtasan o bisa.
- Saklaw ang gamot, ngunit may mga espesyal na patakaran o limitasyon sa pagsaklaw ng gamot na iyon. Katulad ng ipinaliwanag sa seksyon sa itaas, mayroong mga patakaran ang ilan sa mga gamot na saklaw ng aming plano na naglilimita sa paggamit sa mga ito. Sa ilang pangyayari, ikaw o ang tagapagreseta mo ay maaaring humiling sa amin ng isang pagbubukod sa isang patakaran.

Mayroong mga bagay na maaari mong gawin kung ang iyong gamot ay hindi sinasaklaw sa paraan na gugustuhin mo.

D1. Pagkuha ng isang pansamantalang supply

Sa ilang pangyayari, maaari ka naming bigyan ng pansamantalang supply ng gamot kung wala ang gamot sa Listahan ng mga Gamot o kung limitado ito sa ilang paraan. Binibigyan ka nito ng panahon na makipag-usap sa iyong provider tungkol sa pagkuha ng ibang gamot o para hilingin sa amin na saklawin ang gamot.

Para makakuha ng pansamantalang supply ng gamot, dapat mong matugunan ang dalawang panuntunan sa ibaba:

1. Ang iniinom mong gamot:

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- ay wala na sa aming Listahan ng Gamot, **o**
- ay wala kailanman sa aming Listahan ng Gamot, **o**
- ay limitado na ngayon sa ilang paraan.

2. Ikaw dapat ay nasa isa sa mga sitwasyon na ito:

- Ikaw ay nasa plan noong nakalipas na taon.
 - Sasaklawin namin ang isang pansamantalang supply ng iyong gamot **sa unang 90 araw ng taon sa kalendaryo.**
 - Ang pansamantalang supply na ito ay aabot hanggang 31 araw.
 - Kung ang nakasulat sa iyong reseta ay para sa iilang araw, papayagan namin na kumuha ka nang maramihan para makapagbigay ng hanggang sa maximum na 31 araw ng gamutan. Dapat mong punan ang iyong reseta sa parmasya ng network.
 - Maaaring magbigay ang mga parmasya ng pangmatagalang pangangalaga ng iyong resetang gamot nang mas kaunti kada pagkakataon para maiwasan na masayang.
- Ikaw ay bago sa aming plan.
 - Sasaklawin namin ang pansamantalang supply ng iyong **gamot sa unang 90 araw ng iyong pagiging miyembro sa plan.**
 - Ang pansamantalang supply na ito ay aabot hanggang 31 araw.
 - Kung ang nakasulat sa iyong reseta ay para sa iilang araw, papayagan namin na kumuha ka nang maramihan para makapagbigay ng hanggang sa maximum na 31 araw ng gamutan. Dapat mong punan ang iyong reseta sa parmasya ng network.
 - Maaaring magbigay ang mga parmasya ng pangmatagalang pangangalaga ng iyong resetang gamot nang mas kaunti kada pagkakataon para maiwasan na masayang.
- Naging bahagi ka ng plan nang higit sa 90 araw at nakatira sa pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga at kailangan kaagad ng supply.
 - Sasaklawin namin ang isang 34-na araw na supply, o mas mababa kung ang iyong reseta ay para sa iilang araw. Ito ay bilang karagdagan sa naturang pansamantalang supply.
 - Sasaklawin namin ang pansamantalang supply kung ikaw ay nasa plan na nang mahigit sa 90 araw at nakakaranas ka ng pagbabago sa iyong antas ng pangangalaga na nangangailangan lumipat ka mula sa isang pasilidad o



sentro ng paggamot patungo sa iba. Halimbawa, sabihin nating inilabas ka mula sa ospital at binigyan ng listahan ng gamot sa paglabas batay sa listahan ng gamot ng ospital. Maaari kang makakuha ng isang beses na pagkuha ng gamot. Patawagin sa amin ang iyong tagapagreseta para sa mga detalye.

- Para humiling ng pansamantalang supply ng isang gamot, tumawag sa Member Services.

Kapag kukuha ka ng isang pansamantalang supply ng isang gamot, kailangan mong makipag-usap sa iyong provider para magdesisyon kung ano ang dapat gawin kapag naubos ang iyong supply. Narito ang iyong mga pagpipilian:

- Maaari kang lumipat sa isa pang gamot.

Maaaring mayroong iba pang gamot na saklaw ng aming plan na gagana sa iyo. Maaari mong tawagan ang Member Services para humiling ng isang listahan ng mga saklaw na gamot na gumagamot sa parehong medikal na kondisyon. Matutulungan ng listahan ang iyong provider na maghanap ng isang saklaw na gamot na maaaring gumana sa iyo.

○

- Maaari kang humiling ng isang pagbubukod.

Ikaw at ang iyong provider ay maaring humiling sa amin na gumawa ng isang pagbubukod. Halimbawa, maaari mong hilingin sa amin na saklawin ang isang gamot kahit na wala ito sa Listahan ng Gamot. O maaari mong hilingin sa amin na saklawin ang gamot nang walang limitasyon. Kung sasabihin ng iyong provider na mayroon kang magandang medikal na dahilan para sa isang pagbubukod, matutulungan ka niyang humiling ng isa.

Para malaman pa ang paghingi ng pagbubukod, tingnan sa Kabanata 9.

Kung kailangan mo ng tulong sa paghiling ng pagbubukod, maaari kang makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

E. Mga pagbabago sa saklaw para sa iyong mga gamot

Ang karamihan sa mga pagbabago sa pagsaklaw ng gamot ay nangyayari sa Enero 1, ngunit maaari kaming magdagdag o alisin ang mga gamot sa Listahan ng Gamot sa taon ding iyon. Maaari din naming baguhin ang aming mga patakaran tungkol sa mga gamot. Halimbawa, maaari kaming/naming:

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- Magdesisyon na humiling o hindi humiling ng paunang pag-apruba para sa isang gamot. (Ang paunang pag-apruba ay pahintulot mula sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan bago mo makuha ang isang gamot.)
- Dagdagan o baguhin ang dami ng gamot na maaari mong kunin (tinatawag na mga limitasyon sa dami).
- Dagdagan o baguhin ang mga paghihigpit sa step therapy sa isang gamot. (Ang ibig sabihin ng step therapy ay dapat kang sumubok ng isang gamot bago namin saklawin ang ibang gamot.)

Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga patakaran ng mga gamot na ito, tingnan sa Seksyon C sa mas naunang bahagi ng kabanatang ito.

Kung ikaw ay umiinom ng gamot na saklaw sa **simula** ng taon, karaniwang hindi namin aalisin o papalitan ang saklaw ng gamot na iyon **sa nalalabing bahagi ng taon** maliban kung:

- nagkakaroon ng bago at mas murang gamot sa merkado na kasing bisa ng gamot na nasa Listahan ng Gamot ngayon, **o**
- malaman namin na hindi ligtas ang gamot na iyon, **o**
- inalis ang isang gamot sa merkado.

Para makuha ang higit pang impormasyon sa kung anong nangyayari kapag nagbago ang Listahan ng Gamot, maaari mong laging:

- Tingnan ang aming up to date na Listahan ng mga Gamot online sa duals.anthem.com **o**
- Tumawag sa Pharmacy Member Services para masuri ang kasalukuyang Listahan ng Gamot sa 1-833-370-7466 (TTY: 711), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Libre ang tawag.

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

- **Magkaroon ng bagong generic na gamot.** Kung minsan, nagkakaroon ng bagong generic na gamot sa merkado na kasing bisa ng branded na gamot na nasa Listahan ng Gamot ngayon. Kapag nangyari iyon, maaari naming alisin ang branded na gamot at idagdag ang bagong generic na gamot, ngunit ang iyong gastos para sa bagong gamot ay mananatiling pareho o mas mababa.

Kapag idinagdag namin ang bagong generic na gamot, maaari din kaming magdesisyon na panatilihin sa listahan ang branded na gamot ngunit papalitan ang patakaran o limitasyon sa saklaw nito.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- Maaaring hindi namin ipaalam sa iyo bago namin gawin itong pagbabago, ngunit magpapadala kami sa iyo ng impormasyon tungkol sa partikular na pagbabago na ginawa namin sa sandaling mangyari ito.
- Ikaw o ang iyong provider ay maaaring humiling ng “pagbubukod” mula sa mga pagbabagong ito. Padadalhan ka namin ng abiso kasama ang mga hakbang na maaari mong gawin para humiling ng pagbubukod. Pakitingnan sa Kabanata 9 ng handbook na ito para sa karagdagang impormasyon sa mga pagbubukod.
- **Ang gamot ay inalis sa merkado.** Kung sinasabi ng Food and Drug Administration (FDA) na ang iyong iniinom na gamot ay hindi ligtas o ang tagagawa nito ay inalis sa merkado ang gamot, aalisin namin ito mula sa Listahan ng Gamot. Kung iniinom mo ang gamot, ipapaalam namin ito sa iyo. Malalaman din ng iyong provider ang tungkol sa pagbabagong ito. Maaari siyang makipagtulungan sa iyo upang humanap ng isa pang gamot para sa iyong kondisyon.

Maaari kaming gumawa ng iba pang mga pagbabago na nakakaapekto sa mga gamot na iyong iniinom. Sasabihan ka namin nang maaga tungkol sa iba pang mga pagbabago sa Listahan ng Gamot. Maaaring mangyari ang mga pagbabagong ito kung:

- Magbibigay ang FDA ng bagong gabay o mayroong mga bagong klinikal na patnubay tungkol sa isang gamot.
- Nagdaragdag kami ng generic na gamot na hindi bago sa merkado **at**
 - Papalitan ang branded na gamot na kasalukuyang nasa Listahan ng Gamot **o**
 - Papalitan ang mga patakaran o limitasyon sa saklaw ng branded na gamot.
- Nagdaragdag kami ng generic na gamot **at**
 - Papalitan ang branded na gamot na kasalukuyang nasa Listahan ng Gamot **o**
 - Papalitan ang mga patakaran o limitasyon sa saklaw ng branded na gamot.

Kapag nangyari ang mga pagbabagong ito, gagawin namin:

- Sabihin sa iyo nang hindi bababa sa 30 araw bago kami gumawa ng pagbabago sa Listahan ng Gamot **o**
- Ipaalam sa iyo at bigyan ka ng isang 31-araw na supply ng gamot pagkatapos mong muling kumuha ng gamot.

Magbibigay ito sa iyo ng oras upang kausapin ang iyong doktor o ibang tagapagreseta. Maaari ka niyang tulungang magdesisyon:

- Kung mayroong kaparehon gamot sa Listahan ng Gamot na maaari mong kunin sa halip o

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bisitahin ang duals.anthem.com.



- Kung hihingi ng pagbubukod mula sa mga pagbabagong ito. Para malaman pa ang paghingi ng mga pagbubukod, tingnan sa Kabanata 9.

Maaari kaming gumawa ng mga pagbabago sa mga gamot na iniinom mo na hindi nakakaapekto sa iyo ngayon. Para sa mga naturang pagbabagong, kung umiinom ka ng gamot na saklaw namin sa **simula** ng taon, karaniwang hindi namin aalisin o papalitan ang saklaw ng gamot na iyon **sa natitirang bahagi ng taon**.

Halimbawa, kung tatanggalin namin ang gamot na iniinom mo, tataasan kung magkano ang binabayaran mo para sa gamot, o lilimitahan ang paggamit nito, ang pagbabago ay hindi makakaapekto sa paggamit mo ng gamot o kung magkano ang ibinabayad mo sa gamot para sa natitirang bahagi ng taon.

F. Saklaw ng gamot sa mga espesyal na kaso

F1. Kung ikaw ay nasa isang ospital o skilled nursing facility para sa isang pananatili na saklaw ng aming plan

Kung maoospital ka o ipapasok sa skilled nursing facility para sa isang pamamalagi na saklaw ng aming plan, karaniwang sasaklawin namin ang halaga ng iyong mga inireresetang gamot sa panahon ng iyong pamamalagi. Hindi mo kailangang magbayad ng copay. Kapag lumabas ka na sa ospital o skilled nursing facility, sasaklawin namin ang iyong mga gamot hangga't natutugunan ng mga gamot ang lahat ng aming patakaran para sa pagsaklaw.

Para malaman pa ang tungkol sa pagsaklaw sa gamot at kung ano ang iyong babayaran, tingnan sa Kabanata 6.

F2. Kung ikaw ay nasa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga

Karaniwan, ang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, tulad ng isang nursing home, ay mayroong sarili nitong parmasya o isang parmasya na nagsu-supply ng mga gamot para sa lahat ng residente nito. Kung nakatira ka sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, maaari mong makuha ang iyong mga resetang gamot sa pamamagitan ng parmasya ng pasilidad kung ito ay bahagi ng aming network.

Tingnan ang iyong *Direktoryo ng Provider at Parmasya* para malaman kung bahagi ng aming network ang iyong pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga. Kung hindi ito bahagi ng aming network, o kung kailangan mo ng karagdagang impormasyon, mangyaring makipag-ugnayan sa Member Services.

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

Kailanman ay hindi sabay na sinasaklaw ng hospisyo at ng aming plan ang mga gamot.

- Kung nagpatala ka sa isang hospisyo ng Medicare at kailangan ng gamot sa pananakit, kontra pagsusuka, pampadumi o kontra pagkabalisa na hindi

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



saklaw ng iyong hospisyo dahil wala itong kaugnayan sa iyong sakit na nagtatanging sa buhay at mga nauugnay na kondisyon, dapat makatanggap ng abiso ang aming plan mula sa alinman sa tagapagreseta o sa provider ng iyong hospisyo na ang gamot ay walang kaugnayan bago masaklaw ng aming plan ang gamot.

- Para maiwasan ang mga pagkaantala sa pagtanggap ng anumang mga walang kaugnayang gamot na dapat saklawin ng aming plano, maaari mong hilingin sa iyong provider ng hospisyo o tagapagreseta na tiyaking mayroon kaming abiso na ang gamot ay walang kaugnayan bago mo hilingin sa isang parmasya na punan ng gamot ang iyong reseta.

Kung umalis ka ng hospisyo, kailangang saklawin ng aming plan ang lahat ng iyong gamot. Para iwasan ang anumang pagkaantala sa isang parmasya kapag natapos ang iyong benepisyo sa hospisyo ng Medicare, kailangan mong magdala ng dokumentasyon sa parmasya para berepikahin na umalis ka ng hospisyo. Tingnan ang mga naunang bahagi ng kabanatang ito na nagpapaliwanag ng tungkol sa mga patakaran para sa pagpapasaklaw ng gamot sa ilalim ng Part D.

Para malaman pa ang tungkol sa benepisyo ng hospisyo, tingnan sa Kabanata 4.

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

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

Sa tuwing kukuha ka ng resetang gamot, tinitingnan namin ang mga posibleng problema, tulad ng mga pagkakamali sa gamot o mga gamot na:

- Maaaring hindi kailangan dahil umiinom ka ng isa pang gamot na pareho ang ginagawa
- Maaaring hindi ligtas para sa iyong edad o kasarian
- Maaaring makapinsala sa iyo kung sabay mo itong iinum
- Mayroong mga sangkap na may allergy ka o maaaring magdulot sa iyo ng allergy
- Mayroong di-ligtas na dami ng gamot na opioid para sa kirot

Kung makakakita kami ng isang posibleng problema sa iyong paggamit ng mga inireresetang gamot, makikipagtulungan kami sa iyong provider para itama ang problema.

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

Kung umiinom ka ng mga gamot para sa iba't-ibang mga medikal na kondisyon, maaari kang maging karapat-dapat makakuha ng mga serbisyo, nang wala kang babayaran, sa pamamagitan ng

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



isang programa na medication therapy management (MTM). Tutulungan ka at ang iyong provider ng programang ito para tiyakin na ang iyong mga gamot ay gumagana para pabutihin ang iyong kalusugan. Ang parmasyotiko o iba pang propesyonal sa kalusugan ay bibigyan ka ng isang malawak na pagsusuri ng lahat ng iyong gamot at makikipag-usap sa iyo tungkol sa:

- Paano makukuha ang pinakaraming benepisyo mula sa mga iniinom mong gamot
- Anumang mga alalahanin na mayroon ka, tulad ng mga halaga ng gamot at reaksiyon sa gamot
- Paano ang pinakamabuting pag-inom ng iyong mga gamot
- Anumang mga tanong o problemang mayroon ka tungkol sa iyong reseta at mga gamot na over-the-counter

Makakakuha ka ng isang nakasulat na buod ng talakayang ito. Ang buod na ito ay mayroong isang plan ng aksyon ng gamot na nagrerekomenda kung ano ang iyong maaaring gawin para sa pinakamabuting paggamit ng iyong mga gamot. Makakakuha ka rin ng isang personal na listahan ng gamot na isasama ang lahat ng iniinom mong gamot at kung bakit mo iniinom ang mga ito.

Isang mabuting ideya na itakda ang pagsusuri ng iyong gamot bago ang iyong taunang pagpapatingin sa “Kawalan ng Sakit (Wellness),” para makausap mo ang iyong doktor tungkol sa iyong plan ng pagkilos at listahan ng gamot. Dalhin ang iyong planong gagawin at listahan ng paggamot sa iyong pagpapatingin o anumang oras na makikipag-usap ka sa iyong mga doktor, parmasyotiko, at iba pang mga provider ng pangangalagang pangkalusugan. Isa pa, dalhin ang iyong listahan ng gamot kung pupunta ka sa ospital o emergency room.

Ang mga programa ng pamamahala sa paggamot ay boluntaryo at libre sa mga miyembro. Kung mayroon kaming isang programa na akma sa iyong mga pangangailangan, ipapatala ka namin sa programa at padadalhan ka namin ng impormasyon. Kung ayaw mong sumali sa programa, mangyaring ipaalam sa amin, at aalisin ka namin sa programa.

Kung mayroon kang anumang tanong tungkol sa mga programang ito, pakitawagan ang Member Services.

G3. Programa sa pangangasiwa ng gamot para tulungan ang mga miyembro na ligtas na gamitin ang kanilang mga gamot na opioid

Ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ay may programa na makakatulong sa mga miyembro upang ligtas na magamit ang inireresetang gamot na opioid o ang ibang gamot na madalas na inaabuso. Ang programang ito ay tinatawag na Programa sa Pamamahala ng Gamot (Drug Management Program, DMP).

Kung gumagamit ka ng mga gamot na opioid na nakuha mo mula sa ilang doktor o parmasya, maaari naming sabihin sa iyong doktor na siguraduhing ang paggamit mo nito ay tama at kinakailangan dala ng medikal na dahilan. Sa pakikipagtulungan sa iyong mga doktor, kung magpasya kami na ikaw ay nasa panganib sa maling paggamit o pag-abuso sa iyong opioid o

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



benzodiazepine na mga gamot, maaari naming limitahan kung paano ka makakakuha ng mga gamot na ito. Maaaring kabilang sa mga limitasyon ang:

- Atasan ka na kunin ang lahat ng reseta para sa lahat ng gamot **mula sa iisang parmacya at/o mula sa iisang doktor**
- **Limitahan ang dami** ng mga gamot na aming sasaklawin para sa iyo

Kung magdedesisyon kami na isa lamang o maraming limitasyon ang dapat na ibigay sa iyo, padadalhan ka namin ng sulat. Ipapaliwanag sa sulat ang mga limitasyon na sa tingin namin ay dapat ibigay sa iyo.

Magkakaroon ka ng pagkakataon na sabihin sa amin kung sinong mga doktor o parmacya ang mas gusto mong gamitin. Kung sa palagay mo na nagkamali kami, hindi ka sumasang-ayon na ikaw ay nasa panganib sa pag-abuso sa inireresetang gamot, o hindi ka sumang-ayon sa paglilimita, ikaw at ang iyong tagapagreseta ay maaaring magsampa ng apela. (Upang malaman kung paano magsampa ng apela, tingnan sa Kabanata 9.)

Maaaring hindi ibigay sa iyo ang DMP kung ikaw ay:

- may ilang partikular na kondisyong medikal, tulad ng kanser,
- tumatanggap ng pangangalaga ng hospisyo, pampakalma, o para sa may taning ang buhay, o
- ikaw ay nasa isang pasilidad para sa pangmatagalang pangangalaga.



Kabanata 6: Ano ang babayaran mo para sa iyong Medicare at Medi-Cal na mga inireresetang gamot

Panimula

Sinasabi ng kabanatang ito kung ano ang babayaran mo para sa iyong mga inireresetang gamot na outpatient. Sa “mga gamot,” ang ibig naming sabihin ay:

- Medicare Part D na mga resetang gamot, **at**
- Mga gamot at item na saklaw ng Medi-Cal, **at**
- Mga gamot at gamit na sinasaklaw ng plan bilang mga karagdagang benepisyo.

Dahil ikaw ay karapat-dapat sa Medi-Cal, nakakakuha ka ng “Ekstrang Tulong” mula sa Medicare upang matulungan ka sa pagbabayad ng iyong Medicare Part D na mga resetang gamot.

Ang **Ekstrang Tulong** ay isang programa ng Medicare na tumutulong sa mga tao na may limitadong kita at mapagkukunan na bawasan ang mga gastos sa inireresetang gamot ng Medicare Part D tulad ng mga premium, deductible, at copay. Tinatawag din ang Ekstrang Tulong na “Low-Income Subsidy,” o “LIS.”

Makikita ang iba pang mahahalagang termino at ang kanilang mga kahulugan sa pagkakasunud-sunod ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Para malaman pa ang tungkol sa mga inireresetang gamot, maaari kang maghanap sa mga lugar na ito:

- Ang aming *Listahan ng mga Saklaw na Gamot*.
 - Tinatawag namin itong “Listahan ng Gamot.” Sinasabi nito sa iyo:
 - Kung aling mga gamot ang babayaran namin
 - Sa aling apat (4) na tier ng pinaghahatiang gastos naroon ang bawat gamot
 - Kung mayroong anumang limitasyon sa mga gamot
 - Kung kailangan mo ng kopya ng Listahan ng Gamot, tumawag sa Member Services. Maaari mo ring mahanap ang Listahan ng Gamot sa aming website sa duals.anthem.com. Ang Listahan ng Gamot na nasa website ay palaging pinakabago.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- Kabanata 5 nitong *Handbook ng Miyembro*.
 - Nakasulat sa Kabanata 5 kung paano makukuha ang iyong mga outpatient na inireresetang gamot sa pamamagitan ng aming plan.
 - Kasama rito ang mga patakaran na kailangan mong sundin. Sinasabi rin nito sa iyo kung aling mga uri ng mga inireresetang gamot ang hindi sinasaklaw ng aming plan.
- Ang aming *Direktoryo ng Provider at Parmasya*.
 - Sa karamihang kaso, dapat kang gumamit ng isang parmasya na nasa network para kunin ang iyong mga saklaw na gamot. Ang mga parmasya na nasa network ay mga parmasya na sumang-ayong makipagtulungan sa amin.
 - Ang *Direktoryo ng Provider at Parmasya* ay mayroong listahan ng mga parmasya na nasa network. Maaari mo ring mabasa ang marami pa tungkol sa mga parmasya sa network sa Kabanata 5.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Ang <i>Paliwanag tungkol sa mga Benepisyo</i> (EOB)	149
B. Paano subaybayan ang iyong mga gastos sa gamot.....	149
C. Mga Yugto sa Pagbabayad ng Gamot para sa Medicare Part D na mga gamot	151
D. Yugto 1: Ang Yugto ng Paunang Saklaw	151
D1. Ang iyong mga pagpipiliang parmasya	152
D2. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng gamot.....	152
D3. Ano ang babayaran mo	152
D4. Pagtatapos ng Yugto ng Paunang Saklaw.....	154
E. Yugto 2: Ang Yugto ng Saklaw sa Sakuna	154
F. Ang mga gastos mo sa gamot kung inirereseta ng iyong doktor ang mas mababa sa isang buong buwan na supply.....	155
G. Tulong sa pagbabahagi sa gastusin sa inireresetang gamot para sa mga taong may HIV/AIDS.....	155
G1. Ano ang AIDS Drug Assistance Program (ADAP)	155
G2. Ano ang dapat gawin kung hindi ka nakatala sa ADAP	156



G3. Ano ang dapat gawin kung nakatala ka na sa ADAP	156
H. Mga Bakuna	156
H1. Ano ang kailangan mong malaman bago ka kumuha ng isang pagbabakuna.....	156
H2. Ano ang babayaran mo para sa isang pagbabakuna na Medicare Part D	157



A. Ang *Paliwanag tungkol sa mga Benepisyo (EOB)*

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

- Ang iyong **mga gastos mula sa sariling bulsa**. Ito ang halaga ng pera na babayaran mo, o ng iba pang mga nagbabayad sa iyong ngalan, para sa iyong mga inireresetang gamot.
- Ang iyong **kabuuang gastos sa gamot**. Ito ang halaga ng pera na babayaran mo, o ng iba pang mga nagbabayad sa iyong ngalan, para sa iyong mga inireresetang gamot, at ang halagang babayaran namin.

Kapag kumukuha ka ng inireresetang gamot sa pamamagitan ng aming plan, magpapadala kami sa iyo ng ulat na tinatawag na *Paliwanag tungkol sa mga Benepisyo*. Tinatawag namin itong EOB para maikli. Kasama sa EOB ang:

- **Impormasyon para sa buwan**. Nakasulat sa ulat kung anu-anong inireresetang gamot ang nakuha mo. Ipinapakita nito ang kabuuang halaga ng gamot, ano ang binayaran namin, at kung ano ang binayaran mo at ng iba pang mga nagbabayad para sa iyo.
- **“Pinakabagong” impormasyon**. Ito ang kabuuan mong gastos sa gamot at ang kabuuan ng mga ibinayad simula Enero 1.

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

- Ang mga ginawang pagbabayad para sa mga gamot na ito ay hindi bibilangin tungo sa iyong kabuuang mula sa bulsang gastos.
- Babayaran din namin ang ilang over-the-counter na gamot. Hindi mo kailangang magbayad para sa mga gamot na ito.
- Para alamin kung aling mga gamot ang sinasaklaw ng aming plan, tingnan ang Listahan ng Gamot.

B. Paano subaybayan ang iyong mga gastos sa gamot

Para masubaybayan ang iyong mga gastos sa gamot at ang mga ginagawa mong pagbabayad, ginagamit namin ang mga rekord na nakukuha namin mula sa iyo at mula sa iyong parmasya. Narito kung paano mo kami matutulungan:

1. Gamitin ang iyong ID Card ng Miyembro.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Ipakita ang iyong ID Card ng Miyembro sa tuwing kumukuha ka ng mga resetang gamot. Makakatulong ito sa amin na malaman kung ano ang mga reseta na kinuha mo at kung ano ang binabayaran mo.

2. Siguraduhing mayroon kami ng impormasyon na kailangan namin.

Bigyan kami ng mga kopya ng mga resibo ng mga gamot na binayaran mo. Maaari mong hingin sa amin na bayaran ka para sa aming bahagi sa halaga ng gamot.

Narito ang ilan sa mga panahon kapag kailangan mo kaming bigyan ng mga kopya ng iyong mga resibo:

- Kapag bumili ka ng isang saklaw na gamot sa isang parmasya na nasa network sa isang espesyal na presyo o gamit ang isang card ng diskuwento na hindi bahagi ng benepisyo ng aming plan
- Kapag nagbayad ka ng isang copay para sa mga gamot na nakukuha mo sa ilalim ng tulong na programa sa pasyente ng gumagawa ng gamot
- Kapag bumili ka ng mga saklaw na gamot sa isang parmasya na wala sa network
- Kapag binayaran mo ang buong presyo para sa saklaw na gamot

Upang malaman kung paano hingin sa amin na mabayaran ka para sa aming bahagi ng gastos sa gamot, tingnan sa Kabanata 7.

3. Magpadala sa amin ng impormasyon tungkol sa mga pagbabayad na ginawa ng iba para sa iyo.

Ang mga ginawang pagbabayad ng ilang ibang tao at mga organisasyon ay ibinibilang din sa iyong mga gastos mula sa sariling bulsa. Halimbawa, ang mga ginawang pagbabayad ng isang tulong na programa ng gamot sa AIDS, ang Indian Health Service, at ng karamihan sa mga kawanggawa ay ibinibilang sa iyong mga mula sa bulsang gastos. Matutulungan ka nitong maging kuwalipikado para sa pagsaklaw sa sakuna. Kapag naabot mo ang Yugto ng Saklaw sa Sakuna, babayaran ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ang lahat ng gastos ng iyong mga gamot sa Part D para sa natitirang bahagi ng taon.

4. Suriin ang ulat na ipinadala namin sa iyo.

Kapag nakakuha ka ng *Paliwanag tungkol sa mga Benepisyo* sa koreo, pakitiyak na ito ay kumpleto at tama. Kung sa palagay mo ay mayroong mali o nawawala sa ulat, o kung mayroon kang anumang tanong, mangyaring tawagan ang Member Services. Siguraduhin na itabi ang mga ulat na ito. Ang mga ito ay mahalagang record ng iyong mga gastos sa gamot.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



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

May dalawang yugto ng pagbabayad para sa pagsaklaw ng iyong Medicare Part D na resetang gamot sa ilalim ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Nakadepende kung magkano ang babayaran mo sa kung aling yugto ka naroon kapag kumuha o muli kang kumuha ng reseta. Ito ang dalawang yugto:

Yugto 1: Yugto ng Paunang Saklaw	Yugto 2: Yugto ng Saklaw sa Sakuna
Sa panahon ng yugtong ito, babayaran namin ang bahagi ng mga halaga ng iyong mga gamot, at babayaran mo ang iyong bahagi. Ang iyong bahagi ay tinatawag na copay. Magsisimula ka sa yugtong ito kapag pinunan mo ang iyong unang reseta para sa taon.	Sa yugtong ito, babayaran namin ang lahat ng gastos ng iyong mga gamot hanggang Disyembre 31, 2020. Sisimulan mo ang yugtong ito kapag nagbayad ka ng partikular na halaga ng mga gastusin na mula sa sariling bulsa.

D. Yugto 1: Ang Yugto ng Paunang Saklaw

Sa panahon ng Yugto ng Paunang Saklaw, babayaran namin ang bahagi ng halaga ng iyong mga saklaw na inireresetang gamot, at babayaran mo ang iyong bahagi. Ang iyong bahagi ay tinatawag na copay. Nakadepende ang copay sa kung anong tier ng pagbabahagi ng gastos naroon ang gamot at kung saan mo ito kinukuha.

Ang mga antas ng pagbabahagi sa gastos ay mga grupo ng mga gamot na may parehong copay. Bawat gamot na nasa Listahan ng Gamot ng plan ay nasa isa sa apat (4) na tier sa hatian ng gastos. Sa pangkalahatan, kapag mas mataas ang bilang ng antas, mas mataas ang copay. Para makita ang mga tier sa hatian ng gastos, maaari mong hanapin sa Listahan ng mga Gamot.

- Ang mga gamot sa Tier 1 ay mga Medicare Part D na mga mas gustong generic at branded na gamot. Ang copay ay \$0.
- Ang mga Tier 2 na gamot ay mga Medicare Part D na hindi gusto at gustong mga generic at branded na gamot. Ang copay ay mula \$0 hanggang \$8.95, depende sa iyong kita.
- Ang mga gamot sa Tier 3 ay mga Hindi-Medicare Medi-Cal na aprubado ng estado na mga resetang generic at branded na gamot. May copay ang mga ito na \$0.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- Ang mga gamot sa Tier 4 ay mga HindiMedicare Medi-Cal na aprubado ng estado na over-the-counter (OTC) na mga gamot na kailangan ng reseta mula sa iyong provider. May copay ang mga ito na \$0 na may reseta mula sa iyong provider.

D1. Ang iyong mga pagpipiliang parmasya

Kung magkano ang babayaran mo para sa isang gamot ay depende sa kung ang gamot ay makukuha mo mula sa:

- Isang parmasya sa network, o
- Isang parmasya na wala sa network.

Sa mga limitadong pangyayari, sinasaklaw namin ang mga resetang gamot na kinuha mo sa mga parmasya na wala sa network. Tingnan sa Kabanata 5 upang malaman kung kailan namin gagawin iyon.

Upang malaman ang higit pa ang tungkol sa mga pagpipiliang parmasya na ito, tingnan sa Kabanata 5 sa handbook na ito at sa aming *Direktoryo ng Provider at Parmasya*.

D2. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng gamot

Para sa ilang gamot, makakakuha ka ng pangmatagalang supply (tinatawag din na “pinalawig na supply”) kapag kumukuha ng iyong resetang gamot. Ang pangmatagalang supply ay isang 93-araw na supply. Ang gastos dito ay kapareho ng isang-buwan na supply.

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

D3. Ano ang babayaran mo

Sa Yugto ng Paunang Saklaw, maaari kang magbayad ng copay sa tuwing kukuha ka ng resetang gamot. Kung mas mura ang halaga ng iyong saklaw na gamot kaysa sa copay, babayaran mo ang mas mababang presyo.

Maaari kang makipag-ugnayan sa Member Services para malaman kung magkano ang iyong copay para sa anumang saklaw na gamot.

Ang iyong bahagi ng gastos kapag kumukuha ka ng isang-buwan o pangmatagalang supply ng isang saklaw na resetang gamot mula sa:

	Isang parmasya na nasa network Isang buwan o hanggang sa 93-araw na supply	Ang serbisyong mail-order ng plan Isang buwan o hanggang sa 93-araw na supply	Isang parmasya sa pangmatagalang pangangalaga na nasa network Hanggang sa isang 34-na araw na supply	Isang parmasya na wala sa network Hanggang sa 10-araw na supply. Ang pagsaklaw ay limitado sa ilang pangyayari. Tingnan sa Kab. 5 para sa mga detalye.
Hatian ng gastos na Tier 1 (mga mas gustong generic at branded na gamot ng Medicare Part D)	\$0	\$0	\$0	Mangyaring tawagan ang Pharmacy Member Services para sa tulong.
Hatian ng gastos na Tier 2 (mga mas gusto at hindi gustong branded at generic na mga gamot ng Part D)	Generic: \$0/ \$1.30/\$3.60 Branded: \$0/ \$3.90/\$8.95 (depende sa iyong antas ng Ekstrang Tulong)	Generic: \$0/ \$1.30/\$3.60 Branded: \$0/ \$3.90/\$8.95 (depende sa iyong antas ng Ekstrang Tulong)	Generic: \$0/ \$1.30/\$3.60 Branded: \$0/ \$3.90/\$8.95 (depende sa iyong antas ng Ekstrang Tulong)	Mangyaring tawagan ang Pharmacy Member Services para sa tulong.
Hatian ng gastos na Tier 3 (Hindi-Medicare Medi-Cal aprubado ng estado na mga resetang generic at branded na gamot)	\$0 (hanggang 31 araw)	Hindi magagamit para sa mga gamot sa baitang na ito	\$0 (hanggang 34 araw)	Mangyaring tawagan ang Pharmacy Member Services para sa tulong.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



	Isang parmasya na nasa network	Ang serbisyong mail-order ng plan	Isang parmasya sa pangmatagalang pangangalaga na nasa network	Isang parmasya na wala sa network
	Isang buwan o hanggang sa 93-araw na supply	Isang buwan o hanggang sa 93-araw na supply	Hanggang sa isang 34-na araw na supply	Hanggang sa 10-araw na supply. Ang pagsaklaw ay limitado sa ilang pangyayari. Tingnan sa Kab. 5 para sa mga detalye.
Hatian ng gastos na Tier 4 (Hindi-Medicare Medi-Cal aprubado ng estado na mga over-the-counter (OTC) na gamot na nangangailangan ng reseta mula sa iyong provider)	\$0 (hanggang 31 araw)	Hindi magagamit para sa mga gamot sa baitang na ito	\$0 (hanggang 34 araw)	Mangyaring tawagan ang Pharmacy Member Services para sa tulong.

Para sa impormasyon tungkol sa kung aling mga parmasya ang makapagbibigay sa iyo ng mga pangmatagalang supply, tingnan sa aming *Direktoryo ng Provider at Parmasya*.

D4. Pagtatapos ng Yugto ng Paunang Saklaw

Magtatapos ang Yugto ng Paunang Saklaw kapag umabot ang iyong kabuuang gastos na mula sa sariling bulsa sa \$6,350.00. Sa puntong iyon, magsisimula ang Yugto ng Saklaw sa Sakuna. Sasaklawin namin ang lahat ng halaga ng iyong gamot mula doon hanggang sa pagtatapos ng taon.

Ang iyong ulat ng *Paliwanag tungkol sa mga Benepisyo* ay makakatulong sa iyo na subaybayan kung magkano ang iyong ibinayad para sa mga gamot mo sa loob ng isang taon. Ipapaalam namin sa iyo kung naabot mo ang limit na \$6,350.00. Maraming tao ang hindi naaabot ito sa loob ng isang taon.

E. Yugto 2: Ang Yugto ng Saklaw sa Sakuna

Kapag naabot mo ang limitasyon na mula sa sariling bulsa na \$6,350.00 para sa iyong mga resetang gamot, magsisimula ang Yugto ng Saklaw sa Sakuna. Mananatili ka sa Yugto ng Saklaw sa Sakuna hanggang sa katapusan ng taon sa kalendaryo. Sa panahon ng yugtong ito, babayaran ng plan ang lahat ng gastos para sa iyong mga gamot sa Medicare.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



F. Ang mga gastos mo sa gamot kung inirereseta ng iyong doktor ang mas mababa sa isang buong buwan na supply

Karaniwan, magbabayad ka ng copay upang masaklaw ang isang buong buwan na supply ng saklaw na gamot. Gayunpaman, makapagrereseta ang iyong doktor ng mas mababa sa isang buwan na supply ng mga gamot.

- Maaaring may mga panahon na gusto mong hilingin sa iyong doktor na magreseta ng isang gamot na mas kaunti sa isang buwan na supply (halimbawa, kapag sinusubukan mo ang isang gamot sa unang pagkakataon na kilalang may mga malubha at masamang epekto).
- Kung sasang-ayon ang iyong doktor, hindi mo kakailanganin bayaran ang buong buwan na supply para sa ilang gamot.

Kapag kumuha ka ng mas mababa sa isang buwan na supply ng isang gamot, ibabatay ang halaga na ibabayad mo sa bilang ng oras ng gamot na nakuha mo. Kakalkulahin namin ang halagang babayaran mo kada araw para sa iyong gamot (ang “araw-araw na rate sa pagbabahagi sa gastos”) at imu-multiply ito sa bilang ng mga araw ng gamot na matatanggap mo.

- Narito ang isang halimbawa: Sabihin nating ang copay para sa iyong gamot para sa isang buong buwan na supply (isang 30-araw na supply) ay \$1.30. Nangangahulugan ito na ang halaga na babayaran mo para sa iyong gamot ay mahigit nang kaunti sa \$0.04 kada araw. Kung makakuha ka ng isang 7 araw na supply ng gamot, ang iyong bayad ay medyo mahigit sa \$.04 kada araw na imu-multiply sa 7 araw, para sa kabuuang bayad na \$0.30.
- Nagbibigay-daan sa iyo ang araw-araw na paghahati ng gastos na matiyak na mabisa para sa iyo ang gamot bago mo bayaran ang buong buwang supply.
- Maaari mo rin pakiusapan ang iyong provider na magreseta ng mas kaunti sa isang buwang supply ng gamot, kung ito ay makakatulong sa iyo:
 - mas mahusay na plano kapag muli kang kumuha ng mga gamot,
 - pangasiwaan ang mga muling pagkuha sa iba pang gamot na iniinom mo, at
 - mas madalang na pagbiyahe papuntasa parmasya.

G. Tulong sa pagbabahagi sa gastusin sa inireresetang gamot para sa mga taong may HIV/AIDS

G1. Ano ang AIDS Drug Assistance Program (ADAP)

Tinutulungan ng AIDS Drug Assistance Program (ADAP) na tiyakin na ang mga indibidwal na namumuhay nang may HIV/AIDS ay maaaring makakuha ng mga gamot para sa HIV. Ang mga



Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.

inireresetang gamot ng Medicare Part D para sa outpatient na saklaw rin ng ADAP ay kuwalipikado para sa tulong sa pagbabahagi sa gastusin sa inireresetang gamot sa pamamagitan ng California Department of Public Health, Office of AIDS para sa mga indibidwal na nakalista sa ADAP.

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

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

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

Makakapagpatuloy ang ADAP na magbigay sa mga kliyente ng ADAP ng tulong sa pagbabahagi sa gastusin sa inireresetang gamot ng Medicare Part D para sa mga gamot na nasa pormularyo ng ADAP. Para matiyak na patuloy mong matatanggap ang tulong na ito, mangyaring abisuhan ang iyong lokal na kawani sa pagpapatala ng ADAP tungkol sa anumang mga pagbabago sa iyong pangalan ng plan o numero ng polisiya ng Medicare Part D. Kung kailangan mo ng tulong sa paghahanap sa pinakamalapit na lugar ng pagpapatala sa ADAP at/o kawani sa pagpapatala, mangyaring tumawag sa 1-844-421-7050 o pumunta sa website na nakalista sa itaas.

H. Mga Bakuna

Sinasaklaw namin ang mga bakuna ng Medicare Part D. May dalawang bahagi ang aming saklaw sa Medicare mga bakuna na Part D:

1. Ang unang bahagi ng pagsaklaw ay para sa halaga ng **bakuna mismo**. Ang bakuna ay isang inireresetang gamot.
2. Ang ikalawang bahagi ng pagsaklaw ay para sa halaga ng **pagbibigay sa iyo ng bakuna**. Halimbawa, kung minsan maaari kang tumanggap ng bakuna bilang isang iniksiyon na ibinigay sa iyo ng iyong doktor.

H1. Ano ang kailangan mong malaman bago ka kumuha ng isang pagbabakuna

Inirerekomenda namin na tawagan mo kami sa Member Services kapag nagpapalano kang magpabakuna.

- Maaari naming sabihin sa iyo kung paanong ang iyong pagbabakuna ay saklaw ng aming plan at ipaliliwanag ang bahagi mo sa gastos.
- Masasabi namin sa iyo kung paano ka makakatipid sa pamamagitan ng paggamit ng mga parmasya at provider na nasa network. Ang mga parmasya na nasa network ay mga parmasya na sumang-ayong makipagtulungan sa aming plan. Ang provider na nasa network ay isang provider na nakikipagtulungan sa planong pangkalusugan. Dapat makipagtulungan ang provider na nasa network sa

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan upang matiyak na wala kang anumang paunang gastos sa bakunang nasa Part D.

H2. Ano ang babayaran mo para sa isang pagbabakuna na Medicare Part D

Ang babayaran mo para sa isang bakuna ay depende sa uri ng bakuna (para saan ang ibabakuna sa iyo).

- Ang ilang bakuna ay itinuturing na mga benepisyo sa kalusugan sa halip na mga gamot. Ang mga bakuna na ito ay sinasaklaw nang wala kang babayaran. Upang malaman ang saklaw ng mga bakunang ito, tingnan sa Tsart ng mga Benepisyo sa Kabanata 4.
- Itinuturing ang iba pang mga bakuna bilang mga Medicare Part D na gamot. Makikita mong nakalista ang mga bakunang ito sa Listahan ng Gamot ng plan. Maaaring kailanganin mong magbayad ng copay para sa mga bakunang nasa Medicare Part D.

Narito ang tatlong karaniwang paraan na maaari kang makakuha ng isang bakuna ng Medicare Part D.

1. Kukunin mo ang bakuna ng Medicare Part D sa isang parmasya na nasa network at magpabakuna ka sa parmasya.
 - Wala kang babayaran o isang copay para sa bakuna.
2. Kukunin mo ang bakuna ng Medicare Part D sa opisina ng iyong doktor at babakunahan ka ng doktor.
 - Wala kang babayaran o isang copay sa doktor para sa bakuna.
 - Babayaran ng aming plan ang gastos para sa pagbabakuna sa iyo.
 - Dapat tumawag ang opisina ng doktor sa aming plan sa sitwasyong ito para matiyak namin na alam nila na wala kang babayaran o isang copay para sa bakuna.
3. Ikaw mismo ang kukuha ng bakuna ng Medicare Part D sa isang parmasya at dadalhin ito sa opisina ng iyong doktor para magpabakuna.
 - Wala kang babayaran para sa bakuna.
 - Babayaran ng aming plan ang gastos para sa pagbabakuna sa iyo.



Kabanata 7: Paghingi sa amin na bayaran ang aming bahagi ng isang bayarin na natanggap mo para sa mga saklaw na serbisyo o gamot

Panimula

Isinasalaysay sa kabanatang ito kung paano at kailan mo kami padadalhan ng bayarin para humiling ng pagbabayad. Isinasalaysay rin dito kung paano umapela kung hindi ka sumasang-ayon sa desisyon ng pagsaklaw. Makikita ang mga mahahalagang termino at ang kanilang mga kahulugan sa pagkakasunud-sunod ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Paghiling sa amin na magbayad para sa iyong mga serbisyo o gamot.....	159
B. Pagpapadala ng kahilingan para sa pagbabayad	161
C. Mga desisyon sa saklaw.....	162
D. Mga Apela.....	163



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

Kailangang singilin ng mga provider na nasa network namin ang plano para sa mga saklaw na serbisyo at gamot na natanggap mo na. Ang provider na nasa network ay isang provider na nakikipagtulungan sa planong pangkalusugan.

Kapag nakakuha ka ng bayarin para sa kabuuang gastos ng pangangalaga sa kalusugan o mga gamot, ipadala sa amin ang bayarin. Para maipadala sa amin ang bayarin, tingnan sa pahina 161.

- Kung sinasaklaw ang mga serbisyo o gamot, direkta naming babayaran ang provider.
- Kung saklaw ang mga serbisyo o gamot at nagbayad ka na ng mas higit sa iyong bahagi ng gastos, karapatan mo na mabayaran ka.
- Kung **hindi** saklaw ang mga serbisyo o mga gamot, sasabihin namin sa iyo.

Makipag-ugnayan sa Member Services o tagapamahala ng kaso kung mayroon kang anumang tanong. Kung hindi mo alam kung ano ang dapat mong binayaran, o kung makakatanggap ka ng isang bayarin at hindi mo alam kung ano ang gagawin mo rito, makakatulong kami. Maaari ka ring tumawag kung gusto mong sabihin sa amin ang impormasyon tungkol sa isang naipadala mo na sa amin na kahilingan para bayaran.

Narito ang mga halimbawa ng mga panahon kapag kakailanganin mong hilingin sa amin na bayaran ka o bayaran ang isang bayarin na nakuha mo:

1. Kung kailangan mo ng emergency o agarang kinakailangang pangangalaga sa kalusugan mula sa isang provider na wala sa network

Dapat mong hilingin sa provider na singilin kami.

- Kung babayaran mo ang kabuuang halaga kapag tinanggap mo ang pangangalaga, hingin sa amin na bayaran ka. Ipadala sa amin ang bayarin at patunay ng anumang pagbabayad na ginawa mo.
- Maaari kang makakuha ng isang bayarin mula sa provider na humihingi ng bayad na sa palagay mo ay hindi mo dapat bayaran. Ipadala sa amin ang bayarin at patunay ng anumang pagbabayad na ginawa mo.
 - Kung dapat bayaran ang provider, direkta naming babayaran ang provider.
 - Kung hindi mo pa nababayaran ang serbisyo, babayaran ka namin.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



2. Kapag nagpadala sa iyo ng bayarin ang provider sa network

Palaging kami dapat ang singilin ng mga provider na nasa network. Ipakita ang iyong ID Card ng Miyembro ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan kapag kumukuha ka ng anumang serbisyo o reseta. Nangyayari ang hindi tama/hindi angkop na pagsingil kapag sisingilin ka ng isang provider (gaya ng isang doktor o ospital) ng higit sa halaga ng bahagi sa gastusin ng plan para sa mga serbisyo. **Tumawag sa Member Services kapag nakatanggap ka ng anumang bayarin.**

- Dahil binabayaran ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ang buong gastos para sa mga serbisyo sa iyo, hindi ka responsable na bayaran ang anumang gastos. Hindi ka dapat singilin ng mga provider ng anuman para sa mga serbisyong ito.
- Sa tuwing nakakakuha ka ng isang bayarin mula sa provider sa network, ipadala sa amin ang bayarin. Direkta kaming makikipag-ugnayan sa provider at kami ang bahala sa problema.
- Kung binayaran mo na ang isang bayarin mula sa isang provider sa network, ipadala sa amin ang bayarin at patunay ng anumang pagbabayad na ginawa mo. Babayaran ka namin para sa iyong mga saklaw na serbisyo.

3. Kapag gumamit ka ng parmasyang wala sa network para kuhanin ang resetang gamot

Kung pupunta ka sa isang parmasya na wala sa network, kakailanganin mong bayaran ang buong halaga ng iyong reseta.

- Sa ilang kaso lang, sasaklawin namin ang mga reseta na kinuha sa mga parmasya na wala sa network. Ipadala sa amin ang isang kopya ng iyong resibo kapag hihingin mo sa amin na bayaran ka para sa aming bahagi ng gastos.
- Pakitingnan sa Kabanata 5 para malaman pa ang tungkol sa mga parmasya na wala sa network.

4. Kapag binayaran mo ang kabuuang halaga ng reseta dahil hindi mo dala ang iyong ID Card ng Miyembro

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

- Kung hindi kaagad makuha ng parmasya ang impormasyon, maaaring kailanganin mo mismong bayaran ang buong halaga ng reseta.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- Ipadala sa amin ang isang kopya ng iyong resibo kapag hihingin mo sa amin na bayaran ka para sa aming bahagi ng gastos.

5. Kapag binayaran mo ang buong halaga ng reseta para sa gamot na hindi sinasaklaw

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

- Maaaring ang gamot ay wala sa aming *Listahan ng mga Saklaw na Gamot* (Listahan ng mga Gamot), o maaaring mayroon itong kailangan o paghihigpit na hindi mo alam o sa palagay mo ay hindi naaangkop sa iyo. Kung magdedesisyon kang kumuha ng gamot, maaaring kailanganin mong bayaran ang buong halaga para dito.
 - Kung hindi mo babayaran ang gamot ngunit sa palagay mo ay dapat itong saklawin, maaari kang humingi ng desisyon sa saklaw (tingnan sa Kabanata 9).
 - Kung sa palagay mo at ng iyong doktor o ng ibang tagapagreseta na kailangan kaagad ang gamot, maaari kang humingi ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw (tingnan sa Kabanata 9).
- Ipadala sa amin ang isang kopya ng resibo kapag hihilingin mo sa amin na bayaran ka. Sa ilang sitwasyon, maaaring kailangan naming kumuha ng mas maraming impormasyon mula sa iyong doktor o sa ibang tagapagreseta upang mabayaran ka namin para sa aming bahagi ng gastos sa gamot.

Kapag nagpadala ka sa amin ng kahilingan para bayaran, susuriin namin ang iyong kahilingan at magdedesisyon kung dapat saklawin ang serbisyo o gamot. Ito ay tinatawag na paggawa ng isang “desisyon sa saklaw.” Kung magpasya kami na dapat itong saklawin, kami ay magbabayad para sa bahagi aming ng gastos sa serbisyo o gamot. Kung tatanggihan namin ang iyong kahilingan para bayaran, maaari kang umapela sa aming desisyon.

Upang malaman kung paano mag-apela, tingnan sa Kabanata 9.

B. Pagpapadala ng kahilingan para sa pagbabayad

Ipadala sa amin ang iyong bayarin at patunay ng anumang pagbabayad na iyong nagawa. Ang patunay ng pagbabayad ay maaaring isang kopya ng tseke na isinulat mo o isang resibo mula sa provider. **Magandang ideya na magkaroon ng kopya ng iyong bayarin at mga resibo para sa iyong mga record.**

Ipadala sa amin ang iyong paghiling ng kabayaran sa koreo kasama ng anumang bayarin o resibo sa address na ito:

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Para sa Part D na mga Claim

IngenioRx

Claims Department - Part D Services

P.O. Box 52077

Phoenix, AZ 85072-2077

Para sa Part C na mga Claim

CareMore MMP Claims Services

P.O. Box 366

Artesia, CA 90702-0366

Maaari mo rin kaming tawagan upang humiling ng pagbabayad. Tawagan ang Member Services sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag na ito.

Dapat mong isumite ang iyong paghahabol sa loob ng 365 araw sa petsa na nakuha mo ang serbisyo, item, o gamot.

C. Mga desisyon sa saklaw

Kapag natanggap namin ang iyong kahilingan sa pagbabayad, gagawa kami ng desisyon sa saklaw. Ibig-sabihin nito magdedesisyon kami kung ang iyong pangangalaga sa kalusugan o gamot ay sinasaklaw ng aming plan. Magdedesisyon din kami sa halaga ng pera, kung mayroon, na dapat mong bayaran para sa pangangalaga ng kalusugan o gamot.

- Ipapaalam namin sa iyo kung kailangan namin ng karagdagang impormasyon mula sa iyo.
- Kapag nagdedesisyon kaming saklawin ang pangangalagang pangkalusugan o gamot at sumunod ka sa mga patakaran para makuha ito, babayaran namin ang aming bahagi ng gastos para dito. Kung binayaran mo na ang serbisyo o gamot, ipapadala namin sa iyo sa koreo ang isang tseke para sa aming bahagi ng gastos. Kung hindi mo pa nababayaran ang serbisyo o gamot, babayaran namin nang direkta ang provider.

Ipinapaliwanag ng Kabanata 3 ang mga patakaran upang masaklaw ang mga serbisyo sa iyo.

Ipinapaliwanag ng Kabanata 5 ang mga patakaran para masaklaw ang iyong mga resetang gamot sa Medicare Part D.

- Kung magdedesisyon kaming huwag bayaran ang aming bahagi sa halaga ng serbisyo o gamot, padadalhan ka namin ng isang sulat na nagpapaliwanag kung bakit hindi namin ito babayaran. Ipapaliwanag din ng sulat ang iyong mga karapatang umapela.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- Para malaman pa ang tungkol sa mga desisyon sa saklaw, tingnan sa Kabanata 9.

D. Mga Apela

Kung sa palagay mo ay nagkamali kami sa pagtanggap sa iyong paghiling ng kabayaran, maaari mong hilingin sa amin na palitan ang aming desisyon. Tinatawag itong pag-apela. Maaari ka ring umapela kung hindi ka sumasang-ayon sa halagang binabayaran namin.

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

- Kung nais mong mag-apela upang mabayaran para sa isang serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan, pumunta sa pahina 199.
- Kung nais mong mag-apela tungkol sa pagkuha ng bayad para sa gamot, pumunta sa pahina 220.



Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at pananagutan

Panimula

Sa kabanatang ito, makikita mo ang iyong mga karapatan at pananagutan bilang miyembro ng aming plan. Dapat naming igalang ang iyong mga karapatan. Makikita ang mga mahahalagang termino at ang kanilang mga kahulugan sa pagkakasunud-sunod ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Ang iyong karapatan na makakuha ng impormasyon sa paraang nakatutugon sa iyong mga pangangailangan.....	165
B. Ang aming responsibilidad na tiyakin na nakukuha mo sa tamang oras ang mga saklaw na serbisyo at gamot.....	168
C. Ang aming responsibilidad na protektahan ang iyong personal na impormasyon ng kalusugan (PHI).....	169
C1. Paano namin pinoprotektahan ang iyong PHI.....	169
C2. Mayroon kang karapatan na makita ang iyong mga medikal na record.....	170
D. Ang aming responsibilidad na ibigay sa iyo ang impormasyon tungkol sa aming plan, aming mga provider sa network, at ang iyong mga saklaw na serbisyo	176
E. Kawalang-kakayahan ng mga provider sa network na singilin ka nang direkta	177
F. Ang iyong karapatan na umalis sa aming Cal MediConnect Plan	177
G. Mayroon kang karapatan na gumawa ng mga desisyon tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan	177
G1. Ang karapatan mong malaman kung ano ang iyong mga pagpipiliang paggamot at magdesisyon tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan.....	177
G2. Ang karapatan mong sabihin kung ano ang nais mong mangyari kung hindi mo kayang magdesisyon tungkol sa pangangalaga sa kalusugan para sa iyong sarili	178
G3. Ano ang dapat gawin kung hindi sinunod ang iyong mga tagubilin	179
H. Ang karapatan mong magreklamo at hingin sa amin na muling isaalang-alang ang aming mga desisyon	180
H1. Ano ang dapat gawin kung naniniwala ka na hindi patas ang pagtrato sa iyo o nais mo ng karagdagang impormasyon tungkol sa mga karapatan mo	180
I. Ang iyong mga responsibilidad bilang miyembro ng plan	180

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



A. Ang iyong karapatan na makakuha ng impormasyon sa paraang nakatutugon sa iyong mga pangangailangan

We must tell you about the plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has people who can answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio. You can call Member Services and ask to have materials sent to you in Spanish, Chinese, Vietnamese, and Tagalog.
- You can get this document for free in other languages and formats, such as large print, braille, or audio. Call Member Services at the number listed on the bottom of this page. When calling, let us know if you want this to be a standing order. That means we will send the same documents in your requested format and language every year. You can also call us to change or cancel a standing order. You can also find your documents online at duals.anthem.com.
- If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048. You can make a complaint about Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan to the Cal MediConnect Ombuds program by calling 1-855-501-3077 (TTY: 711).

Debemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de manera que usted pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que usted sea parte de nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame a Servicios para los miembros. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder las preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del español y en formatos como letra grande, braille o audio. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir que le envíen los materiales en español, chino, vietnamita y tagalo.
- Puede obtener este documento de forma gratuita en otros idiomas y formatos, como en letra grande, braille o audio. Llame a Servicios para los miembros al número que

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



está en la parte inferior de esta página. Cuando llame, indique si su solicitud es permanente. Eso quiere decir que le enviaremos los mismos documentos en el formato e idioma solicitados todos los años. También puede llamarnos para cambiar o cancelar la solicitud permanente. También puede encontrar los documentos en línea, en duals.anthem.com.

- Si tiene dificultades para recibir información de nuestro plan debido a limitaciones de idioma o una discapacidad, y desea presentar un reclamo, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede hacer un reclamo acerca de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ante el Cal MediConnect Ombuds Program llamando al 1-855-501-3077 (TTY 711).

我們必須以您能夠了解的方式告知您本計劃的福利以及您的權利。在您加入本計劃期間，我們必須每年均將您的權利告知您。

- 如欲以您能夠了解的方式取得資訊，請致電會員服務部。本計劃有精通不同語言的人員可以為您解答疑問。
- 本計劃也給予您英語以外的語言和大型字體印刷、點字或音訊格式的資料。您可致電會員服務部並要求向您寄發西班牙文、中文、越南文和菲律賓文形式的材料。
- 您可以免費取得此檔案的其他語言和格式版本，例如大號字體印刷版、盲文或音訊。致電會員服務部，電話號碼見本頁面底部。致電時，如果您希望這是一個長期訂單，請告訴我們。這意味著我們每年都會以您要求的格式和語言傳送相同的文件。您也可以致電我們變更或取消長期訂單。您也可以從 duals.anthem.com 在線上尋找您的文件。
- 如果您因語言問題或殘疾原因難以獲得本計劃的資訊並希望提出投訴，請致電 Medicare，1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。您可每週 7 天，每天 24 小時撥打該電話。聽障和語障 (TTY) 人士可致電 1-877-486-2048。您可就 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 向 Cal MediConnect Ombuds program 提出投訴，電話號碼為 1-855-501-3077 (TTY: 711)。

Chúng tôi phải cho quý vị biết các quyền lợi của chương trình và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải thông báo về các quyền của quý vị mỗi năm khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để được nhận thông tin theo cách mà quý vị có thể hiểu được, xin gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên. Chương trình của chúng tôi bao gồm những người có thể trả lời thắc mắc bằng các ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng những ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Anh ở các dạng thức như chữ in lớn, chữ nổi Braille, hoặc âm thanh. Quý vị có thể gọi Ban Dịch vụ Hội viên và yêu cầu gửi thông tin này cho quý vị bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Trung, tiếng Việt và tiếng Tagalog.

- Quý vị có thể yêu cầu cung cấp miễn phí tài liệu này ở các ngôn ngữ và dạng thức khác, như chữ in lớn, chữ nổi braille, hoặc âm thanh. Gọi Ban Dịch vụ Hội viên theo số được ghi ở cuối trang này. Khi gọi điện, cho chúng tôi biết nếu quý vị muốn đây là yêu cầu lâu dài. Điều này có nghĩa là chúng tôi sẽ gửi các tài liệu tương tự theo định dạng và ngôn ngữ yêu cầu hàng năm. Quý vị cũng có thể gọi cho chúng tôi để thay đổi hoặc hủy bỏ yêu cầu lâu dài. Quý vị cũng có thể tìm thấy các tài liệu của mình tại duals.anthem.com.
- Nếu quý vị gặp khó khăn khi tiếp nhận thông tin từ chương trình chúng tôi do bất đồng ngôn ngữ hay khuyết tật và quý vị muốn khiếu nại, xin gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi đến vào 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Quý vị có thể gửi đơn khiếu nại về Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan cho Cal MediConnect Ombuds program bằng cách gọi 1-855-501-3077 (TTY: 711).

Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng plan at ang iyong mga karapatan sa paraan na mauunawaan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan bawat taon na ikaw ay nasa aming plan.

- Para makakuha ng impormasyon sa paraang mauunawaan mo, tawagan ang Member Services. Ang aming plan ay may mga tao na makakasagot sa mga katanungan sa iba't ibang wika.
- Maaari ka ring bigyan ng aming plan ng mga babasahin sa mga wika bukod sa Ingles at sa mga format tulad ng malalaking letra, braille, o audio. Maaari kang tumawag sa Member Services at humiling na ipadala ang mga babasahin sa iyo sa wikang Spanish, Chinese, Vietnamese, at Tagalog.
- Makukuha mo ang dokumentong ito nang libre sa iba pang mga wika at format tulad ng malalaking letra, braille, o audio. Tumawag sa Member Services sa numerong nakalista sa ilalim ng pahinang ito. Kapag tumatawag, ipaalam sa amin kung gusto mong ito ay maging regular na order. Nangangahulugan iyon na ipadadala namin ang parehong mga dokumento sa iyong hiniling na format at wika bawat taon. Maaari ka ring tumawag sa amin upang baguhin o kanselahin ang regular na order. Makikita mo rin ang iyong mga dokumento online sa duals.anthem.com.
- Kung nagkakaproblema kang makakuha ng impormasyon mula sa aming plan dahil sa mga problema sa wika o isang kapansanan at nais mong maghain ng reklamo, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Makakatawag ka 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Maaari kang magreklamo tungkol sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa Cal MediConnect Ombuds program sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-855-501-3077 (TTY: 711).

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



B. Ang aming responsibilidad na tiyakin na nakukuha mo sa tamang oras ang mga saklaw na serbisyo at gamot

Kung hindi ka makakuha ng serbisyo sa loob ng makatwirang haba ng panahon, kailangan naming magbayad para sa pangangalagang wala sa network.

Bilang miyembro ng aming plan:

- Mayroon kang karapatang pumili ng isang provider ng pangunahing pangangalaga (PCP) sa aming network. Ang provider na nasa network ay isang provider na nakikipagtulungan sa amin. Makikita mo ang karagdagang impormasyon tungkol sa pagpili ng PCP sa Kabanata 3.
 - Tumawag sa Member Services o hanapin sa *Direktoryo ng Provider at Parmasya* para madagdagan ang nalalaman tungkol sa mga provider ng network at sinong mga doktor ang tumatanggap ng mga bagong pasyente.
- Ang mga kababaihan ay mayroong karapatang pumunta sa isang espesyalista sa kalusugan ng mga kababaihan nang hindi kumukuha ng isang referral. Ang isang referral ay pag-apruba mula sa iyong PCP na maaari kang magpatingin sa ibang hindi mo PCP.
- May karapatan kang makakuha ng mga saklaw na serbisyo mula sa mga provider na nasa network sa loob ng makatwirang dami ng oras.
 - Kasama rito ang karapatang makakuha ng mga nasa oras na serbisyo mula sa mga espesyalista.
- May karapatan kang makakuha ng mga serbisyo o pangangalaga sa emergency na agarang kinakailangan nang walang paunang pag-apruba.
- May karapatan kang punuin ang iyong mga gamot sa alinman sa aming mga parmasya na nasa network nang walang mahabang pagkaantala.
- May karapatan kang malaman kung kailan ka maaaring magpatingin sa isang provider na wala sa network. Para malaman pa ang tungkol sa mga provider na nasa labas ng network, tingnan sa Kabanata 3.
- Kapag unang beses kang sumali sa aming plano, may karapatan kang panatilihin ang iyong mga kasalukuyang provider at mga pahintulot sa serbisyo nang hanggang 12 buwan kung natutugunan ang ilang kondisyon. Upang malaman pa ang tungkol sa pagpapanatili ng iyong mga provider at mga pahintulot sa serbisyo, tingnan sa Kabanata 1.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- May karapatan ka sa pamamahala ng pangangalaga sa sarili sa tulong ng iyong pangkat ng pangangalaga at tagapamahala ng kaso.

Sinasabi ng Kabanata 9 kung ano ang magagawa mo kung sa palagay mo ay hindi mo nakukuha ang iyong mga serbisyo o gamot sa loob ng makatwirang haba ng panahon. Sinasabi rin sa Kabanata 9 kung ano ang maaari mong gawin kung tinanggihan namin ang pagsaklaw para sa iyong mga serbisyo o gamot at hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon.

C. Ang aming responsibilidad na protektahan ang iyong personal na impormasyon ng kalusugan (PHI)

Pinoprotektahan namin ang iyong personal na impormasyon ng kalusugan (PHI) ayon sa iniaatas ng mga batas ng pederal at estado.

Kasama sa iyong personal na impormasyon ng kalusugan ang impormasyon na ibinigay mo sa amin noong nagpatala ka sa planong ito. Kasama rin dito ang iyong mga medikal na talaan at iba pang impormasyong medikal at kalusugan.

May mga karapatan kang makakuha ng impormasyon at kontrolin kung paano gagamitin ang iyong PHI. Binibigyan ka namin ng isang nakasulat na abiso na nagsasabi ng tungkol sa mga karapatan na ito at ipinapaliwanag din kung paano namin pinoprotektahan ang pagkapribado ng iyong PHI. Ang abiso ay tinatawag na “Abiso ng Kasanayan sa Pagkapribado (Notice of Privacy Practice).”

C1. Paano namin pinoprotektahan ang iyong PHI

Tinitiyak namin na hindi makikita o mapapalitan ng mga walang pahintulot na tao ang iyong mga rekord.

Sa karamihang sitwasyon, hindi namin ibinibigay ang iyong PHI sa sinuman na hindi nagbibigay ng pangangalaga sa iyo o nagbabayad para sa pangangalaga sa iyo. Kung gagawin namin ito, kailangan muna naming makakuha ng iyong nakasulat na pahintulot. Maaaring ikaw o ang isang taong may legal na kapangyarihan na gumawa ng mga desisyon para sa iyo ang magbigay ng nakasulat na pahintulot.

Mayroong ilang kaso kapag hindi namin kailangan munang kumuha ng nakasulat na pahintulot mo. Ang mga eksepsiyong ito ay pinapahintulutan o hinihingi ng batas.

- Inaaatasan kaming ilabas ang PHI sa mga ahensya ng pamahalaan na sumusuri sa kalidad ng aming pangangalaga.
- Hinihiling sa amin na ilabas ang PHI ayon sa utos ng hukuman.
- Hinihingi sa amin na ibigay sa Medicare ang iyong PHI. Kung ilalabas ng Medicare ang iyong PHI para sa pananaliksik o iba pang mga paggamit, gagawin ito alinsunod

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



sa mga batas ng pederal. Kung ilalabas ng Medi-Cal ang iyong PHI para sa pananaliksik o iba pang mga paggamit, gagawin ito alinsunod sa mga batas ng estado at pederal.

C2. Mayroon kang karapatan na makita ang iyong mga medikal na record

- May karapatan kang tingnan ang iyong mga medikal na talaan at makakuha ng kopya ng iyong mga talaan. Pinapayagan kaming singilin ka ng bayad para sa paggawa ng kopya ng iyong mga medikal na talaan.
- May karapatan kang hilingin sa amin na i-update o itama ang iyong mga medikal na talaan. Kung hihilingin mo sa amin na gawin ito, makikipagtulungan kami sa nagbibigay sa iyo ng pangangalaga sa kalusugan para magdesisyon kung dapat gawin ang mga pagbabago.
- May karapatan kang malaman kung at paano ibinahagi sa iba ang iyong PHI.

Kung mayroon kang mga tanong o alalahanin tungkol sa pagkapribado ng iyong PHI, tumawag sa Member Services.

Ang Abisong ito ay maaaring magbago. Upang matiyak na pinakabagong bersyon ang tinitingnan mo, maaari kang humiling ng pinakabagong bersyon mula sa Member Services (naka-print ang numero ng telepono sa ilalim ng pahinang ito) o bisitahin ang aming website sa duals.anthem.com.

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) Abiso ng mga Kasanayan sa Pagkapribado ng HIPAA

Ang orihinal na petsa ng pagkabisa ng abisong ito ay Abril 14, 2003. Ang pinakahuling petsa ng rebisyon ay ipinapakita sa dulo ng abisong ito.

Mangyaring basahin nang mabuti ang abisong ito. Sinasabi nito sa iyo kung sino ang makakakita ng iyong protektadong impormasyon sa kalusugan (PHI). Sinasabi nito sa iyo kung kailan namin kailangang hingin ang iyong pagpayag bago namin ito ibahagi. Sinasabi nito sa iyo kung kailan namin ito maibabahagi nang wala ang iyong pagpayag. Sinasabi rin nito sa iyo kung anong mga karapatan ang mayroon ka upang makita at baguhin ang iyong impormasyon.

Ang impormasyon tungkol sa iyong kalusugan at salapi ay pribado Sinasabi ng batas na dapat naming itabi nang ligtas ang uring ito ng impormasyon, tinatawag na PHI, para sa aming mga miyembro. Nangangahulugan iyon na kung ikaw ay miyembro ngayon o kung dati kang miyembro, ligtas ang iyong impormasyon.

Kumukuha kami ng impormasyon tungkol sa iyo mula sa mga ahensya ng estado para sa Medi-Cal at sa Centers for Medicare & Medicaid Services pagkatapos mong maging



Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.

karapat-dapat at lumagda sa aming planong pangkalusugan. Nakukuha rin namin ito mula sa iyong mga doktor, klinika, laboratoryo at ospital kaya maaari naming payagan at magbayad para sa iyong pangangalagang pangkalusugan.

Sinasabi ng batas ng pederal na dapat naming sabihin sa iyo kung ano ang sinasabi ng batas na kailangan naming gawin upang protektahan ang PHI na sinabi mo sa amin, na nakasulat o naka-save sa isang computer. Kailangan din naming sabihin sa iyo kung paano namin ito pinananatiling ligtas. Upang protektahan ang PHI:

- Nasa papel (tinatawag na pisikal), aming:
 - Ikinakandado ang aming mga opisina at mga file
 - Sinisira ang mga papel na may impormasyon ng kalusugan upang hindi ito makuha ng ibang tao
- Naka-save sa isang computer (tinatawag na teknikal), kami ay:
 - Gumagamit ng mga password upang ang mga tamang tao lang ang makakapasok
 - Gumagamit ng mga espesyal na programa upang manmanan ang aming mga system
- Ginamit o ibinahagi ng mga tao na nagtrabaho para sa amin, mga doktor o ang estado, kami ay:
 - Gumagawa ng mga patakaran sa pagpapanatiling ligtas ng mga impormasyon (tinatawag na mga patakaran at pamamaraan)
 - Nagtuturo sa mga tao na nagtatrabaho para sa amin na sundin ang mga patakaran

Kailan maaari para sa amin na gamitin at ibahagi ang iyong PHI?

Maaari naming ibahagi ang iyong PHI sa iyong pamilya o isang tao na pinili mo na tumutulong sa o nagbabayad para sa iyong pangangalagang pangkalusugan kung sinabi mo sa amin na maaari ito. Kung minsan, maaari naming gamitin at ibahagi ito **nang wala** ang iyong pagpayag:

- **Para sa iyong pangangalagang medikal**
 - Upang tulungan ang mga doktor, ospital at iba pa na makuha ang pangangalagang kailangan mo
- **Para sa pagbabayad, operasyon ng pangangalaga sa kalusugan at paggamot**
 - Upang ibahagi ang impormasyon sa mga doktor, klinika at iba pa na sumisingil sa amin para sa pangangalaga sa iyo
 - Kapag sinabi namin na babayaran namin ang pangangalagang pangkalusugan o mga serbisyo bago mo makuha ang mga ito

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- **Para sa mga kadahilanang pang-negosyo sa pangangalaga sa kalusugan**
 - Upang tumulong sa mga audit, mga programa upang maiwasan ang pandaraya at pag-abuso, pagpapalano, at pang-araw-araw na gawain
 - Upang humanap ng mga paraan upang gawing mas mahusay ang aming mga programa
- **Para sa mga kadahilanang kalusugan ng publiko**
 - Upang tulungan ang mga opisyal ng pampublikong kalusugan upang mapanatiling huwag magkasakit o masaktan ang mga tao
- **Sa iba na tumutulong o nagbabayad para sa iyong pangangalaga**
 - Kasama ang iyong pamilya o isang tao na pinili mo na tumutulong sa o nagbabayad para sa iyong pangangalagang pangkalusugan, kapag sinabi mo sa amin na maaari ito
 - Kasama ang isang tao na tumutulong sa o nagbabayad para sa iyong pangangalagang pangkalusugan, kapag hindi ka makapagsalita para sa iyong sarili at makabubuti ito para sa iyo

Dapat naming kuhanin ang iyong pagpayag na nakasulat bago namin gamitin o ibahagi ang iyong PHI para sa lahat maliban sa iyong pangangalaga, bayad, pang-araw-araw na gawain, pananaliksik o iba pang bagay na nakalista sa ibaba. Kailangan naming kuhanin ang iyong nakasulat na pagpayag bago namin ibahagi ang mga tala na psychotherapy mula sa iyong doktor tungkol sa iyo.

Maaari mong sabihin sa amin nang nakasulat na gusto mong bawiin ang iyong nakasulat na pagpayag. Hindi namin mababawi ang kung ano ang aming ginamit o ibinahagi nang mayroon kami ng iyong pagpayag. Ngunit ihihinto namin ang paggamit o pagbabahagi ng iyong PHI sa hinaharap.

Iba pang mga paraan na maaari naming — o sinasabi ng batas na kailangan naming — gamitin ang iyong PHI:

- Upang matulungan ang pulisya at iba pang tao na sinisiguro na sinusunod ng iba ang mga batas
- Upang iulat ang pag-abuso at pagpapabaya
- Upang tulungan ang korte kapag hiningi sa amin
- Upang sagutin ang mga legal na dokumento
- Upang magbigay ng impormasyon sa mga ahensya ng pangangasiwa sa kalusugan para sa mga bagay tulad ng mga audit o eksamin
- Upang tulungan ang mga mediko-legal, medikal na eksaminer o direktor ng punerarya na malaman ang iyong pangalan at sanhi ng pagkamatay
- Upang tumulong kapag hiningi mo na ibigay ang mga bahagi ng iyong katawan sa siyensya
- Para sa pananaliksik

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- Upang panatilihin na ikaw o ang iba na hindi magkasakit o masaktan nang malubha
- Upang tulungan ang mga tao na nagtatrabaho sa gobyerno sa ilang partikular na trabaho
- Upang magbigay ng impormasyon sa kompensasyon ng mga manggagawa kung ikaw ay magkasakit o masaktan sa trabaho

Ano-ano ang iyong mga karapatan?

- Maaari mong hingin na tingnan ang iyong PHI at makakuha ng kopya nito. Bagama't wala kami ng iyong buong medikal na record. **Kung gusto mo ng kopya ng iyong buong medikal na record, hingin sa iyong doktor o klinika ng kalusugan.**
- Maaari mong hingin sa amin na baguhin ang iyong medikal na record na mayroon kami para sa iyo kung sa palagay mo ay may isang bagay na mali o nawawala.
- Kung minsan, maaari mong hingin sa amin na huwag ibahagi ang iyong PHI. Ngunit hindi namin kailangang sumang-ayon sa iyong kahilingan.
- Maaari mong hingin sa amin na ipadala ang PHI sa ibang address kaysa sa kung ano ang mayroon kami para sa iyo o sa ilang iba pang paraan. Maaari naming gawin ito kung ang pagpapadala nito sa address na mayroon kami para sa iyo ay maaaring maglagay sa iyo sa panganib.
- Maaari mong hingin sa amin na sabihin sa iyo ang lahat ng pagkakataon sa nakalipas na anim na taon na ibinahagi namin ang iyong PHI sa isang tao. Hindi nito ililista ang mga pagkakataon na ibinahagi namin ito dahil sa pangangalaga ng kalusugan, bayad, pang-araw-araw na gawain sa pangangalaga ng kalusugan o ilang iba pang dahilan na hindi namin inilista rito.
- Maaari kang humingi ng papel na kopya ng abisong ito anumang oras, kahit na humingi ka nito sa pamamagitan ng email.
- Kung binayaran mo ang bayarin para sa isang serbisyo, maaari mong hingin sa iyong doktor na huwag ibahagi ang impormasyon tungkol sa serbisyong iyon sa amin.

Ano ang dapat nating gawin?

- Sinasabi ng batas na dapat naming itabi nang pribado ang iyong PHI maliban sa kung ano ang sinabi namin sa abisong ito.
- Dapat naming sabihin sa iyo kung ano ang sinasabi ng batas na dapat naming gawin tungkol sa pagkapribado.
- Dapat naming gawin kung ano ang sinasabi sa abisong ito.
- Dapat naming ipadal ang iyong PHI sa ilang iba pang address o sa isang paraan bukod sa regular na koreo kung hingin mo para sa mga dahilan na makatuwiran, tulad ng kung ikaw ay nasa panganib.
- Dapat naming sabihin sa iyo kung kailangan naming ibahagi ang iyong PHI pagkatapos mong hingin sa amin na huwag gawin ito.
- Kung sabihin ng mga batas ng estado na kailangan naming gawin ang higit pa kaysa sa kung ano ang sinabi namin dito, susundin namin ang mga batas na iyon.
- Dapat naming ipaalam sa iyo kung sa palagay namin ay nilalabag ang iyong PHI.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Pakikipag-ugnayan sa iyo

Kami, kasama ang aming mga kaanib at/o vendor, ay maaaring tumawag o mag-text sa iyo gamit ang isang awtomatikong dialing system sa telepono at/o isang artipisyal na boses. Magagawa lang namin ito nang naaayon sa Telephone Consumer Protection Act (TCPA). Maaaring ang mga tawag ay upang ipaalam sa iyo ang tungkol sa mga opsyon sa paggamot o iba pang mga benepisyo o serbisyo na may kaugnayan sa kalusugan. Kung hindi mo gustong makaugnayan sa telepono, sabihin lang sa tumatawag, at hindi ka na namin tatawagan sa paraang ito. O maaari kang tumawag sa 1-844-203-3796 upang idagdag ang iyong numero ng telepono sa aming listahan ng Huwag Tatawagan.

Paano kung ikaw ay may mga tanong?

Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa aming mga patakaran sa pagkapribado o gustong gamitin ang iyong mga karapatan, pakitawagan ang Member Services sa 1-855-817-5785. Kung ikaw ay bingi o hrap makarinig, tumawag sa TTY: 711.

Paano kung mayroon kang reklamo?

Narito kami para tumulong. Kung sa pakiramdam mo na ang iyong PHI ay hindi itinabi nang ligtas, maaari kang tumawag sa Member Services o tumawag sa Department of Health and Human Services. Walang masamang mangyayari sa iyo kung magreklamo ka.

Sumulat sa o tumawag sa Department of Health and Human Services:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 Seventh St., Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Telepono: 1-800-368-1019
TDD: 1-800-537-7697
Fax: 1-415-437-8329

o

Privacy Officer
c/o Office of HIPAA Compliance
Department of Health Care Services (DHCS)
P.O. Box 997413, MS 4722
Sacramento, CA 95899-7413
Email: privacyofficer@dhcs.ca.gov
Telepono: 1-916-445-4646
Fax: 1-916-440-7680

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



o

Information Security Officer
DHCS Information Security Office
P.O. Box 997413, MS 6400
Sacramento, CA 95899-7413
Email: iso@dhcs.ca.gov
Telepono: ITSD Help Desk
1-916-440-7000 o 1-800-579-0874
Fax: 1-916-440-5537

Inilalaan namin ang karapatan na baguhin itong abiso ng Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) at ang mga paraan na pinapanatili namin nang ligtas ang iyong PHI. Kung mangyari iyon, sasabihin namin sa iyo ang tungkol sa mga pagbabago sa isang newsletter. Ipo-post din namin ang mga ito sa Web sa duals.anthem.com.

Lahi, etniko at wika

Tinatanggap namin ang impormasyon tungkol sa lahi, etniko at wika tungkol sa iyo mula sa Medi-Cal ahensya ng estado at ng Centers for Medicare & Medicaid Services. Pinoprotektahan namin ang impormasyong ayon sa inilalarawan sa abisong ito.

Ginagamit namin ang impormasyong ito upang:

- Siguraduhin na natatanggap mo ang pangangalagang kailangan mo
- Lumikha ng mga programa upang mapabuti ang mga resulta ng kalusugan
- Bumuo at magpadala ng impormasyon sa edukasyon sa kalusugan
- Ipaalam sa mga doktor ang tungkol sa iyong mga pangangailangan sa wika
- Magbigay ng mga serbisyo ng pagsasaling-wika

Hindi namin ginagamit ang impormasyong ito upang:

- Mag-issue ng insurance sa kalusugan
- Magpasya kung magkano ang sisingilin para sa mga serbisyo
- Tukuyin ang mga benepisyo
- Isiwalat sa mga hindi aprubadong gumagamit

Ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ay isang planong pangkalusugan na nakikipagkontrata sa parehong Medicare at Medi-Cal upang magbigay ng mga benepisyo ng parehong programa sa mga nagpatala. Ang Anthem Blue Cross ay ang pangalang pangkalakal para sa Blue Cross of California. Ang Anthem Blue Cross at Blue Cross of California Partnership Plan, Inc. ay mga malayaang nabigyan ng lisensya ng Blue Cross Association. Ang ANTHEM ay isang nakarehistrong tatak-pangkalakal ng Anthem Insurance Companies, Inc.

Binago 08/10/2018



Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.

D. Ang aming responsibilidad na ibigay sa iyo ang impormasyon tungkol sa aming plan, aming mga provider sa network, at ang iyong mga saklaw na serbisyo

Bilang miyembro ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, may karapatan kang makakuha ng impormasyon mula sa amin. Kung hindi ka nagsasalita ng Ingles, mayroon kaming mga serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang tanong na maaaring mayroon ka tungkol sa aming planong pangkalusugan. Upang kumuha ng isang interpreter, tumawag lang sa amin sa 1-855-817-5785 (TTY: 711). Ito ay isang libreng serbisyo para sa iyo. Maaari kang makakuha ng mga nakasulat na babasahin sa halos anumang wika, kabilang ang Spanish, Vietnamese, Tagalog, Chinese, at marami pa — humingi lang sa kinatawan ng Member Services. Maaari din kaming magbigay sa iyo ng impormasyon sa malalaking letra, braille, or audio.

Kung nais mo ng impormasyon tungkol sa alinman sa sumusunod, tumawag sa Member Services:

- Paano pipili o papalitan ang mga plan
- Ang aming plan, kabilang ang:
 - Pinansyal na impormasyon
 - Paano kami ni-rate ng mga miyembro ng plan
 - Ang bilang ng mga apela na ginawa ng mga miyembro
 - Paano umalis sa aming plan
- Ang aming mga provider na nasa network at ang aming mga parmasya na nasa network, kasama ang:
 - Paano pumili o magpalit ng mga provider ng pangunahing pangangalaga
 - Ang mga kwalipikasyon ng aming mga provider at parmasya na nasa network
 - Paano namin binabayaran ang mga provider na nasa network namin
- Mga saklaw na serbisyo at gamot at tungkol sa mga patakaran na dapat mong sundin, kasama ang:
 - Mga serbisyo at gamot na saklaw ng aming plan
 - Mga limitasyon sa iyong pagsaklaw at mga gamot
 - Mga patakaran na dapat mong sundin para makakuha ng mga saklaw na serbisyo at gamot
- Bakit hindi sinasaklaw ang isang bagay at kung ano ang magagawa mo tungkol dito, kasama ang paghiling sa amin na:
 - Isulat kung bakit hindi sinasaklaw ang isang bagay

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- Palitan ang ginawa naming desisyon
- Bayaran ang isang bayarin na natanggap mo

E. Kawalang-kakayahan ng mga provider sa network na singilin ka nang direkta

Hindi ka maaaring pagbayarin ng mga doktor, ospital at provider na nasa network namin para sa mga saklaw na serbisyo. Hindi ka rin nila masingil kung mas mababa ang ibinabayad namin kaysa sa siniling ng provider. Para malaman kung anong dapat gawin kung ang isang provider sa network ay sinusubukan kang singilin para sa iyong mga saklaw na serbisyo, tingnan sa Kabanata 7.

F. Ang iyong karapatan na umalis sa aming Cal MediConnect Plan

Walang makakapigil sa iyo na manatili sa plan namin kung ayaw mo.

- May karapatan kang makuha ang karamihan sa iyong mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan sa pamamagitan ng Original Medicare o isang Medicare Advantage plan.
- Maaari mong makuha ang iyong mga benepisyo sa inireresetang gamot sa Medicare Part D mula sa isang plano ng inireresetang gamot o mula sa isang Medicare Advantage plan.
- Tingnan sa Kabanata 10 para sa karagdagang impormasyon tungkol sa kung kailan ka maaaring sumali sa bagong Medicare Advantage o plan ng benepisyo sa inireresetang gamot.
- Patuloy na iaalok ang iyong mga benepisyo sa Medi-Cal sa pamamagitan ng Anthem Blue Cross maliban kung pumili ka ng ibang plan na magagamit sa county na ito.

G. Mayroon kang karapatan na gumawa ng mga desisyon tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan

G1. Ang karapatan mong malaman kung ano ang iyong mga pagpipiliang paggamot at magdesisyon tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan

May karapatan kang makakuha ng kumpletong impormasyon mula sa iyong mga doktor at iba pang mga provider ng pangangalaga sa kalusugan kapag nakakakuha ka ng mga serbisyo. Dapat na ipaliwanag ng iyong mga provider ang iyong kondisyon at ang iyong mga pagpipiliang paggamot sa paraan na mauunawaan mo. May karapatan kang:

- **Alamin ang iyong mga pagpipilian.** May karapatan kang sabihin sa iyo ang tungkol sa lahat ng uri ng paggamot.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- **Alamin ang mga panganib.** May karapatan kang sabihin sa iyo ang tungkol sa anumang mga nauugnay na panganib. Dapat sabihan ka nang maaga kung ang anumang serbisyo o paggamot ay bahagi ng isang sinusubukang pananaliksik. May karapatan kang tumanggi sa mga paggamot na sinusubukan pa lang.
- **Humingi ng pangalawang opinyon.** May karapatan kang magpatingin sa ibang doktor bago magdesisyon na magpagamot.
- **Sabihin na “hindi”** May karapatan kang tumanggi sa anumang paggamot. Kasama rito ang karapatang umalis sa isang ospital o iba pang medikal na pasilidad, kahit na pinayuhan ka ng iyong doktor na huwag umalis. May karapatan ka ring itigil na inumin ang isang inireresetang gamot. Kung tinanggihan mo ang paggamot o inihinto ang pag-inom ng resetang gamot, hindi ka tatanggalin mula sa aming plan. Gayunpaman, kung tatanggihan mo ang paggamot o ititigil na inumin ang isang gamot, tinatanggap mo ang buong pananagutan sa mangyayari sa iyo.
- **Hilingin sa amin na ipaliwanag sa iyo kung bakit tumanggi ang provider na bigyan ka ng pangangalaga.** May karapatan kang makakuha ng pagpapaliwanag mula sa amin kung tumanggi ang isang provider na bigyan ka ng pangangalagang sa paniwala mo ay dapat mong matanggap.
- **Hingin sa amin na saklawin ang serbisyo o gamot na tinanggihan o kadalasang hindi sinasaklaw.** Ito ay tinatawag na desisyon sa saklaw. Sinasabi sa Kabanata 9 kung paano humingi sa plan ng desisyon sa saklaw.

G2. Ang karapatan mong sabihin kung ano ang nais mong mangyari kung hindi mo kayang magdesisyon tungkol sa pangangalaga sa kalusugan para sa iyong sarili

Minsan hindi makagawa ng mga desisyon sa pangangalaga ng kalusugan ang mga tao para sa kanilang mga sarili. Bago iyon mangyari sa iyo, maaari mong:

- Punan ang nakasulat na form para **ibigay sa iba ang karapatan na magdesisyon para sa iyo.**
- **Bigyan ang iyong mga doktor ng panuto** tungkol sa kung paano mo gustong pangasiwaan nila ang iyong pangangalagang pangkalusugan kung hindi mo kayang magdesisyon para sa iyong sarili.

Ang legal na dokumento na magagamit mo para ibigay ang iyong mga panuto ay tinatawag na paunang direktiba (advance directive). Mayroong iba't ibang uri ng advance directive at iba't-ibang mga pangalan para sa mga ito. Ang mga halimbawa ay isang habilin ng nabubuhay (living will) at isang power of attorney para sa pangangalagang pangkalusugan.

Hindi mo kailangang gumamit ng isang paunang direktiba, nguni't maaari kang gumamit nito kung gusto mo. Ito ang dapat gawin:

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bisitahin ang duals.anthem.com.



- **Kumuha ng form.** Makakakuha ka ng form mula sa iyong doktor, abogado, ahensya para sa mga serbisyo ng abogado o social worker. Ang mga organisasyon na nagbibigay sa mga tao ng impormasyon tungkol sa Medicare o Medi-Cal tulad ng lokal na Department of Social Services ay maaari ding mayroong mga form ng paunang direktiba. Maaari ka ring tumawag sa Member Services upang humingi ng mga form.
- **Sagutan ito at lagdaan ang form.** Isang legal na dokumento ang form. Dapat mong isaalang-alang na magpatulong sa isang abogado para ihanda ito.
- **Magbigay ng mga kopya sa mga taong kailangang malaman ang tungkol dito.** Dapat kang magbigay ng kopya ng form sa iyong doktor. Dapat ka ring magbigay ng isang kopya sa taong papangalanan mo bilang siyang gagawa ng mga desisyon para sa iyo. Maaaring naisin mo ring gumawa ng mga kopya para sa mga malapit na kaibigan o mga miyembro ng pamilya. Tiyak na magtago ng isang kopya sa bahay.
- Kung ikaw ay maoospital at pumirma ka ng isang paunang direktiba, **dalhin ang kopya nito sa ospital.**
 - Tatanungin sa iyo ng ospital kung may nilagdaan kang isang form ng paunang direktiba at kung dala mo ito.
 - Kung hindi ka pumirma ng isang form ng paunang direktiba, mayroong mga form ang ospital at tatanungin ka kung gusto mong pirmahan ang isa nito.

Tandaan, nasa sa iyo kung sasagutan mo ang isang paunang direktiba o hindi.

G3. Ano ang dapat gawin kung hindi sinunod ang iyong mga tagubilin

Kung lumagda ka sa isang paunang direktiba, at naniniwala ka na hindi sinunod ng doktor o ospital ang mga tagubilin na nakasulat dito, maaari kang magsampa ng reklamo sa:

Doctor complaint:

Medical Board of California
Central Complaint Unit
2005 Evergreen Street, Suite 1200
Sacramento, CA 95815
Toll Free: 1-800-633-2322 (TTY: 711)

Reklamo sa ospital:

California Department of Public Health
Consumer Information System
San Jose District Office
100 Paseo de San Antonio, Suite 235
San Jose, CA 95113
Toll Free: 1-800-554-0348 (TTY: 711)
Fax: 1-408-277-1032

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bisitahin ang duals.anthem.com.



H. Ang karapatan mong magreklamo at hingin sa amin na muling isaalang-alang ang aming mga desisyon

Sinasabi sa Kabanata 9 kung ano ang maaari mong gawin kung mayroon kang anumang problema o alalahanin tungkol sa iyong mga saklaw na serbisyo o pangangalaga. Halimbawa, maaari mong hilingin sa amin na gumawa ng isang desisyon sa saklaw, gumawa ng isang apela para palitan ang desisyon sa saklaw, o magreklamo.

May karapatan kang makakuha ng impormasyon tungkol sa mga apela at reklamo na isinampa ng iba pang mga miyembro laban sa amin. Para makuha ang impormasyong ito, tawagan ang Member Services.

H1. Ano ang dapat gawin kung naniniwala ka na hindi patas ang pagtrato sa iyo o nais mo ng karagdagang impormasyon tungkol sa mga karapatan mo

Kung naniniwala ka na tinrato ka nang hindi patas – at ito ay **hindi** tungkol sa diskriminasyon para sa mga dahilang nakalista sa pahina 261 – o nais mo ng karagdagang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan, maaari kang makahingi ng tulong sa pamamagitan ng pagtawag sa:

- Member Services.
- Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) program. Para sa mga detalye tungkol sa organisasyon na ito at kung paano makatawag dito, tingnan sa Kabanata 2.
- Ang Cal MediConnect Ombuds Program. Para sa mga detalye tungkol sa organisasyon na ito at kung paano makatawag dito, tingnan sa Kabanata 2.
- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Libre ang tawag. (Maaari mo ring basahin o i-download ang “Medicare Mga Karapatan at Proteksyon,” na matatagpuan sa website ng Medicare sa <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf>.)

I. Ang iyong mga responsibilidad bilang miyembro ng plan

Bilang miyembro ng plan, may responsibilidad kang gawin ang mga bagay na nakalista sa ibaba. Kung mayroon kang anumang tanong, tumawag sa Member Services.

- **Basahin ang *Handbook ng Miyembro*** upang malaman kung ano ang saklaw at kung anong mga patakaran ang kailangan mong sundin upang makakuha ng mga saklaw na serbisyo at gamot. Para sa mga detalye tungkol sa iyong:

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- Mga saklaw na serbisyo, tingnan sa Kabanata 3 at 4. Malalaman mo mula sa mga kabanatang iyon kung ano ang nasasaklawan, ano ang mga hindi saklaw, kung anong mga patakaran ang dapat mong sundin, at kung ano ang babayaran mo.
- Mga saklaw na gamot, tingnan sa Kabanata 5 at 6.
- **Sabihin sa amin ang iba pang sinasaklaw na pangkalusugan o inireresetang gamot** na mayroon ka. Hinihiling sa amin na tiyakin na ginagamit mo ang lahat ng iyong opsyon sa pagsaklaw kapag nakakatanggap ka ng pangangalaga sa kalusugan. Pakitawagan ang Member Services kung mayroon kang ibang coverage.
- **Sabihin sa iyong doktor at iba pang provider ng pangagalagang pangkalusugan** na ikaw ay nakatala sa aming plan. Ipakita ang iyong ID Card ng Miyembro kapag kumukuha ka ng mga serbisyo o gamot.
- **Tulongan ang iyong mga doktor** at iba pang mga provider ng pangagalagang pangkalusugan na ibigay sa iyo ang pinakamahusay na pangangalaga.
 - Bigyan sila ng impormasyon na kailangan nila tungkol sa iyo at sa iyong kalusugan. Alamin ang tungkol sa iyong mga problemang pangkalusugan hangga't maaari. Sundin ang mga plan at tagubilin ng paggamot na sinasang-ayunan mo at ng iyong mga provider.
 - Tiyakin na alam ng iyong mga doktor at ibang mga provider ang tungkol sa lahat ng iniinom mong gamot. Kasama rito ang mga inireresetang gamot, mga over-the-counter na gamot, bitamina, at suplemento.
 - Kung mayroon kang anumang tanong, siguruhing magtanong. Dapat ipaliwanag sa iyo ng iyong mga doktor at ibang mga provider ang mga bagay sa isang paraan na maiintindihan mo. Kung magtatanong ka at hindi mo maiintindihan ang sagot, magtanong muli.
- **Isaalang-alang ang damdamin ng iba.** Inaasahan namin na irerespeto ng lahat ng aming miyembro ang mga karapatan ng iba pang mga pasyente. Inaasahan ka rin naming kumilos nang may paggalang sa opisina ng iyong doktor, mga ospital, at iba pang mga opisina ng mga provider.
- **Bayaran ang utang mo.** Bilang miyembro ng plan, responsable ka sa mga pagbabayad na ito:
 - Mga premium ng Medicare Part A at Medicare Part B. Para sa karamihang miyembro ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, babayaran ng Medi-Cal ang iyong premium ng Part A at ang iyong premium ng Part B.



- Para sa ilan sa iyong mga gamot na saklaw ng plan, dapat mong bayaran ang iyong bahagi ng gastos kapag kinuha mo ang gamot. Ito ay magiging isang copay (hindi nagbabagong halaga). Sinasabi sa Kabanata 6 kung ano ang dapat mong bayaran para sa iyong mga gamot.
- **Kung nakatanggap ka ng anumang serbisyo o gamot na hindi saklaw ng aming plan, dapat mong bayaran ang kabuuang gastos.**
- Kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon para saklawin ang isang serbisyo o gamot, maaari kang umapela. Pakitingnan sa Kabanata 9 upang malaman kung paano umapela.
- **Sabihin sa amin kung lilipat ka.** Kung lilipat ka, mahalagang sabihin ito agad sa amin. Tumawag sa Member Services.
 - **Kung ikaw ay lilipat sa labas ng aming lugar na sineserbisyuhan, hindi ka maaaring manatili sa plan na ito.** Tanging mga taong naninirahan sa aming lugar na sineserbisyuhan ang makakakuha ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Sinasabi sa Kabanata 1 ang tungkol sa aming lugar na sineserbisyuhan.
 - Matutulungan ka naming malaman kung lilipat ka sa labas ng aming lugar na sineserbisyuhan. Sa panahon ng isang espesyal na panahon ng pagpapatala, maaari kang lumipat sa Original Medicare o magpatala sa isang planong pangkalusugan o plano ng inireresetang gamot ng Medicare sa iyong bagong lugar. Maaari naming ipaalam sa iyo kung mayroon kaming plan sa iyong bagong lugar.
 - Gayundin, tiyakin na ipaalam sa Medicare at Medi-Cal ang bago mong tirahan kapag lumipat ka. Tingnan ang Kabanata 2 para sa mga numero ng telepono para sa Medicare at Medi-Cal.
 - **Kung ikaw ay lumipat sa loob ng aming lugar na sineserbisyuhan, kailangan pa rin naming malaman.** Kailangan naming panatilihin ang rekord ng iyong pagiging miyembro at malaman kung paano makikipag-ugnayan sa iyo.
- Tawagan ang Member Services para sa tulong kung mayroon kang mga tanong o alalahanin.



Kabanata 9: Ano ang dapat gawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, at reklamo)

Ano ang nasa kabanatang ito?

Nakasaad sa kabanatang ito ang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan. Basahin ang kabanatang ito upang malaman kung ano ang dapat gawin kung:

- Mayroon kang problema o reklamo sa iyong plano.
- Mayroon kang kailangang serbisyo, item, o gamot na ayon sa iyong plano ay hindi nito babayaran.
- Hindi ka sang-ayon sa isang desisyon na ginawa ng iyong plano kaugnay ng iyong pangangalaga.
- Sa tingin mo ay masyadong maagang magwawakas ang mga saklaw na serbisyo.
- Mayroon kang problema o reklamo sa mga pangmatagalang serbisyo at suporta mo, kung saan kasama ang mga serbisyo mula sa Multipurpose Senior Services Program (MSSP), Community-Based Adult Services (CBAS), at Nursing Facility (NF).

Kung mayroon kang problema o ikinababahala, kailangan mo lamang basahin ang mga bahagi ng kabanatang ito na tumutukoy sa iyong sitwasyon. Hinati ang kabanatang ito sa iba't ibang seksyon upang matulungan kang makita kaagad ang hinahanap mo.

Kung ikaw ay may problema sa iyong kalusugan o mga pangmatagalang serbisyo at suporta

Dapat mong matanggap ang pangangalagang pangkalusugan, mga gamot, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta na napagpasyahan ng iyong doktor at iba pang mga provider bilang kinakailangan para sa iyong pangangalaga bilang bahagi ng iyong plano sa pangangalaga. **Kung mayroon kang problema sa iyong pangangalaga, maaari kang tumawag sa Cal MediConnect Ombuds Program sa 1-855-501-3077 para sa tulong.** Ipinapaliwanag sa kabanatang ito ang iba't ibang opsyon mo para sa iba't ibang problema at reklamo, ngunit maaari kang laging tumawag sa Cal MediConnect Ombuds Program upang matulungan kang gabayan sa iyong problema. Para sa karagdagang mapagkukunan upang asikasuhin ang iyong mga alalahanin at mga paraan upang makaugnayan sila, tingnan sa Kabanata 2 para sa karagdagang impormasyon sa mga programa ng ombudsman.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bisitahin ang duals.anthem.com.



Talaan ng mga Nilalaman

Ano ang nasa kabanatang ito?.....	183
Kung ikaw ay may problema sa iyong kalusugan o mga pangmatagalang serbisyo at suporta	183
Seksyon 1: Panimula	186
• Seksyon 1.1: Ano ang dapat gawin kung mayroon kang problema	186
• Seksyon 1.2: Paano naman ang mga legal na termino?	186
Seksyon 2: Saan tatawag para sa tulong	187
• Seksyon 2.1: Saan makakakuha ng karagdagang impormasyon at tulong.....	187
Seksyon 3: Ang mga problema sa iyong mga benepisyo	189
• Seksyon 3.1: Dapat mo bang gamitin ang proseso para sa mga desisyon sa saklaw at apela? O nais mong magreklamo?	189
Seksyon 4: Mga desisyon sa saklaw at apela	190
• Seksyon 4.1: Pangkalahatang ideya tungkol sa mga desisyon sa saklaw at apela	190
• Seksyon 4.2: Paghingi ng tulong tungkol sa mga desisyon sa saklaw at apela	190
• Seksyon 4.3: Aling seksyon ng kabanatang ito ang makakatulong sa iyo?	192
Seksyon 5: Mga problema tungkol sa mga serbisyo, item, at gamot (hindi mga gamot na Part D).....	194
• Seksyon 5.1: Kailan gagamitin ang seksyon na ito.....	194
• Seksyon 5.2: Paghingi ng desisyon sa saklaw	195
• Seksyon 5.3: Antas 1 na Apela para sa mga serbisyo, item, at gamot (hindi mga gamot ng Part D).....	199
• Seksyon 5.4: Antas 2 na Apela para sa mga serbisyo, item, at gamot (hindi mga gamot ng Part D).....	203
• Seksyon 5.5: Mga problema sa pagbabayad	210
Seksyon 6: Mga Part D na gamot.....	212
• Seksyon 6.1: Ano ang dapat gawin kung may mga problema ka sa pagkuha ng Part D na gamot o gusto mong bayaran ka namin para sa isang Part D na gamot	212
• Seksyon 6.2: Ano ang pagbubukod?	214



• Seksyon 6.3: Mahahalagang bagay na dapat malaman tungkol sa paghingi ng mga pagbubukod	215
• Seksyon 6.4: Paano humingi ng desisyon sa saklaw sa isang Part D na gamot o pagbabalik ng bayad sa Part D na gamot, kabilang ang pagbubukod.....	216
• Seksyon 6.5: Antas 1 na Apela para sa mga Part D na gamot.....	220
• Seksyon 6.6: Antas 2 na Apela para sa mga Part D na gamot.....	223
Seksyon 7: Paghingi sa amin na saklawin ang mas matagal na pananatili sa ospital.....	225
• Seksyon 7.1: Pag-aaral tungkol sa iyong mga karapatan sa Medicare.....	225
• Seksyon 7.2: Antas 1 na Apela upang baguhin ang petsa ng iyong paglabas sa ospital.....	226
• Seksyon 7.3: Antas 2 na Apela upang baguhin ang petsa ng iyong paglabas sa ospital.....	229
• Seksyon 7.4: Ano ang mangyayari kung malampasan ko ang takdang araw sa pag-apela?	230
Seksyon 8: Ano ang dapat gawin kung sa palagay mo na ang iyong mga serbisyong pangangalaga sa kalusugan sa tahanan, bihasang pangangalaga ng nurse, o Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) ay magtatapos sa lalong madaling panahon.....	234
• Seksyon 8.1: Sasabihin namin sa iyo nang maaga kapag magtatapos na ang iyong saklaw	234
• Seksyon 8.2: Antas 1 na Apela upang ipagpatuloy ang iyong pangangalaga.....	235
• Seksyon 8.3: Antas 2 na Apela upang ipagpatuloy ang iyong pangangalaga.....	237
• Seksyon 8.4: Paano kung malampasan mo ang takdang araw sa paggawa ng iyong Antas 1 na Apela?	239
Seksyon 9: Pagkuha ng iyong apela na lampas sa Antas 2	242
• Seksyon 9.1: Mga susunod na hakbang para sa mga serbisyo at item ng Medicare.....	242
• Seksyon 9.2: Mga susunod na hakbang para sa mga serbisyo at item ng Medi-Cal	242
Seksyon 10: Paano magrereklamo	244
• Seksyon 10.1: Mga internal na reklamo	246
• Seksyon 10.2: Mga external na reklamo	247



Seksyon 1: Panimula

• Seksyon 1.1: Ano ang dapat gawin kung mayroon kang problema

Nakasaad sa kabanatang ito ang dapat gawin kung mayroon kang problema sa iyong plano o sa mga natatanggap mong serbisyo o sa pagbabayad mo. Inaprubahan ng Medicare at Medi-Cal ang mga prosesong ito. May iba't ibang alituntunin, pamamaraan, at takdang araw ang bawat proseso na dapat nating sundin.

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

May mahihirap na legal na termino ang ilan sa mga alituntunin at takdang araw sa kabanatang ito. Marami sa mga terminong ito ang mahirap maunawaan, kaya gumamit kami ng mga mas simpleng salita kapalit ng ilang partikular na legal na termino. Hindi kami masyadong gumagamit ng mga daglat hangga't maaari.

Halimbawa, sasabihin namin ang:

- “Pagrereklamo” sa halip na “paghahain ng karaingan”
- “Desisyon sa saklaw” sa halip na “pagpapasya ng organisasyon,” “pagtukoy ng benepisyo,” “pagpapasya na nasa peligro,” o “pagpapasya ng saklaw”
- “Mabilis na pagpapasya sa saklaw” sa halip na “pinabilis na pagpapasya”

Kapag alam mo ang mga wastong legal na salita, maaari ka nitong matulungan na makipag-ugnayan nang mas maayos, kaya rin namin ibinigay ang mga iyon.



Seksyon 2: Saan tatawag para sa tulong

• Seksyon 2.1: Saan makakakuha ng karagdagang impormasyon at tulong

Maaaring nakakalito kung minsan na simulan o sundin ang proseso para sa pagresolba ng problema. Lalo na itong mahalaga kapag hindi maayos ang pakiramdam mo o limitado ang lakas mo. Sa ibang pagkakataon, maaaring hindi mo alam ang kailangang gawin para sa susunod na hakbang.

Maaari kang makahingi ng tulong mula sa Cal MediConnect Ombuds Program

Kung kailangan mo ng tulong, maaari kang laging tumawag sa Cal MediConnect Ombuds Program. Ang Cal MediConnect Ombuds Program ay isang programa ng ombudsman na makakasagot sa iyong mga tanong at tutulungan kang maintindihan kung ano ang dapat gawin para pamahalaan ang iyong problema. Hindi konektado sa amin o sa alinmang kompanya ng insurance o planong pangkalusugan ang Cal MediConnect Ombuds Program. Matutulungan ka nilang maintindihan kung aling proseso ang gagamitin. Ang numero ng telepono para sa Cal MediConnect Ombuds Program ay 1-855-501-3077. Libre ang mga serbisyo. Tingnan ang Kabanata 2, para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga programa ng ombudsman.

Paghingi ng tulong mula sa Health Insurance Counseling and Advocacy Program

Maaari mo rin tawagan ang Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP). Masasagot ng mga tagapayo sa HICAP ang iyong mga tanong at tutulungan kang maintindihan kung ano ang dapat gawin para pamahalaan ang iyong problema. Hindi konektado sa amin o sa alinmang kompanya ng insurance o planong pangkalusugan ang HICAP. Mayroong mga sinanay na tagapayo ang HICAP sa bawat county, at libre ang mga serbisyo. Ang numero ng telepono ng HICAP ay 1-800-434-0222.

Paghingi ng tulong mula sa Medicare

Maaari mong direktang tawagan ang Medicare para humingi ng tulong sa mga problema. Narito ang dalawang paraan upang makahingi ng tulong mula sa Medicare:

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

Maaari kang makahingi ng tulong mula sa California Department of Managed Health Care

Sa talatang ito, ang ibig sabihin ng salitang “karaingan” ay isang apela o reklamo tungkol sa mga serbisyo mula sa Medi-Cal, iyong planong pangkalusugan, o isa sa iyong mga provider.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Ang California Department of Managed Health Care ay responsable sa pag-regulate ng mga plano sa serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Kung ikaw ay may karaingan laban sa iyong planong pangkalusugan, dapat mo munang tawagan ang iyong planong pangkalusugan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. at gamitin ang proseso ng karaingan ng iyong planong pangkalusugan bago makipag-ugnayan sa departamento. Ang paggamit sa pamamaraan ng karaingan na ito ay hindi pinagbabawalan ang anumang mga posibleng legal na karapatan o mga remedyong iyong magagamit. Kung kailangan mo ng tulong kaugnay ng isang karaingan na may kinalaman sa isang emergency, isang karaingan na hindi kasiya-siyang naresolba ng iyong planong pangkalusugan, o isang karaingan na mahigit 30 araw nang hindi nareresolba, maaari kang tumawag sa departamento para sa tulong. Maaari ka ring maging karapat-dapat para sa isang Malayang Medikal na Pagrepaso (IMR). Kung karapat-dapat ka para sa IMR, magbibigay ang proseso ng IMR ng walang kinikilingang pagsusuri ng mga desisyong medikal na ginawa ng isang planong pangkalusugan na may kaugnayan sa pagiging kailangan dahil sa medikal na dahilan ng isang panukalang serbisyo o paggamot, mga desisyon sa saklaw para sa mga paggamot na pang-eksperimento o pagsisiyasat ang katangian at mga pagtatalo sa bayad para sa mga serbisyong medikal na pang-emergency o agaran. Ang departamento ay mayroon ding isang toll-free na numero ng telepono **(1-888-HMO-2219)** at TTY line **(1-877-688-9891)** para sa may kapansanan sa pandinig at pagsasalita. Ang Internet Web site ng departamento <http://www.hmohelp.ca.gov> ay may mga form ng reklamo, form ng aplikasyon para sa IMR at mga tagubilin online.

Maaari kang makahingi ng tulong mula sa Quality Improvement Organization

Ang Quality Improvement Organization ay isang grupo ng mga naglilingkod na doktor at ibang mga eksperto sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng pederal na pamahalaan upang tingnan at pahusayin ang ibinibigay na pangangalaga sa mga pasyente ng Medicare.

Ang numero ng telepono para sa Quality Improvement Organization ay 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).

Seksyon 3: Ang mga problema sa iyong mga benepisyo

- **Seksyon 3.1: Dapat mo bang gamitin ang proseso para sa mga desisyon sa saklaw at apela? O nais mong magreklamo?**

Kung mayroon kang problema o ikinababahala, kailangan mo lamang basahin ang mga bahagi ng kabanatang ito na tumutukoy sa iyong sitwasyon. Tutulungan ka ng tsart na nasa ibaba na mahanap ang tamang seksyon ng kabanatang ito para sa mga problema o reklamo.

Tungkol ba sa mga benepisyo o saklaw ang iyong problema o ikinababahala?

(Kasama dito ang mga problema tungkol sa kung sasaklawin o hindi ang pangangalagang medikal, mga serbisyo at suporta na pangmatagalan, o mga iniresetang gamot, ang paraan ng pagsaklaw sa mga ito, at ang mga problema na may kaugnayan sa pagbabayad para sa pangangalagang medikal o mga iniresetang gamot.)

Oo.

Ang problema ko ay tungkol sa mga benepisyo o saklaw.

Pumunta sa **Seksyon 4: “Mga desisyon sa saklaw at apela”** sa pahina 190.

Hindi.

Ang problema ko ay hindi tungkol sa mga benepisyo o saklaw.

Lumaktaw papunta sa **Seksyon 10: “Paano magreklamo”** sa pahina 244.



Seksyon 4: Mga desisyon sa saklaw at apela

• Seksyon 4.1: Pangkalahatang ideya tungkol sa mga desisyon sa saklaw at apela

Ang proseso para sa paghiling ng mga desisyon sa saklaw at pag-apela ay namamahala sa mga problema na may kaugnayan sa iyong mga benepisyo at pagsaklaw. Kasama rin dito ang mga problema sa pagbabayad. Hindi ka responsable para sa mga gastos ng Medicare maliban sa mga copay ng Part D.

Ano ang desisyon sa saklaw?

Ang desisyon sa saklaw ay isang inisyal na desisyon na ginagawa namin tungkol sa iyong mga benepisyo at pagsaklaw o tungkol sa halaga na babayaran namin para sa mga medikal na serbisyo, gamit, o gamot. Gumagawa kami ng desisyon sa saklaw kapag nagdedesisyon kami kung ano ang sasaklawin para sa iyo at kung magkano ang babayaran namin.

Kung ikaw o ang iyong doktor ay hindi sigurado kung ang isang serbisyo, item, o gamot ay saklaw ng Medicare o Medi-Cal, ang sinuman sa inyo ay maaaring humiling ng isang desisyon sa saklaw bago ibigay ng doktor ang serbisyo, item, o gamot.

Ano ang isang apela?

Ang isang apela ay pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin ang aming desisyon at palitan ito kung sa palagay namin nagkamali kami. Halimbawa, maaaring magdedesisyon kami na ang isang serbisyo, item, o gamot na iyong gusto ay hindi saklaw o hindi na saklaw ng Medicare o Medi-Cal. Kung ikaw o ang iyong doktor ay hindi sumasang-ayon sa aming desisyon, maaari kang umapela.

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

Sino ang maaari kong tawagan para humingi ng desisyon sa saklaw o gumawa ng apela?

Maaari kang humingi ng tulong sa alinman sa mga taong ito:

- Tawagan ang **Member Services** sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag na ito.
- Tawagan ang Cal MediConnect Ombuds Program para sa libreng tulong. Tinutulungan ng Cal MediConnect Ombuds Program ang mga tao na nakatala sa Cal MediConnect sa mga problema sa serbisyo o bayarin. Ang numero ng telepono ay 1-855-501-3077.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- Tumawag sa **Health Insurance Counseling and Advocacy Program** para sa libreng tulong. Ang HICAP ay isang nagsasariling organisasyon. Wala itong koneksyon sa plan na ito. Ang numero ng telepono ay 1-800-434-0222.
- Tumawag sa **Help Center ng Department of Managed Health Care (DMHC)** para sa libreng tulong. Ang DMHC ay may pananagutan para sa pamamahala ng mga planong pangkalusugan. Tinutulungan ng DMHC ang mga taong nakatala sa Cal MediConnect sa mga apela tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal o mga problema sa bayarin. Ang numero ng telepono ay 1-888-466-2219. Maaaring gamitin ng mga indibidwal na bingi, may mahinang pandinig, o may kapansanan sa pagsasalita ang toll-free na numero ng TTY, 1-877-688-9891.
- Makipag-usap sa **iyong doktor o ibang provider**. Maaaring humingi ang iyong doktor o ibang provider ng isang desisyon sa saklaw o apela sa ngalan mo.
- Makipag-usap sa isang **kaibigan o miyembro ng pamilya** at hilingin na siya ang gumanap para sa iyo. Maaari mong pangalanan ang isa pang tao para kumilos para sa iyo bilang iyong “kinatawan” para humiling ng isang desisyon sa saklaw o umapela.
 - Kung gusto mong kinatawan ang isang kaibigan, kamag-anak, o ibang tao, tawagan ang Member Services at humiling ng form ng “Pagtatalaga ng Kinatawan (Appointment of Representative)”. Maaari ka ring makakuha ng form sa pagbisita sa <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>. Binibigyan ng pahintulot ng form ang tao upang kumilos para sa iyo. Dapat mo kaming bigyang ng isang kopya ng pinirmahang form.
- **May karapatan ka rin na hilingin ang isang abogado na gumanap** para sa iyo. Maaari mong tawagan ang sarili mong abogado, o kunin ang pangalan ng isang abogado mula sa lokal na samahan ng mga abogado o iba pang serbisyong referral. Ang ilan sa mga grupo ng abogado ay magbibigay sa iyo ng walang bayad na mga legal na serbisyo kung kuwalipikado ka. Kung gusto mong kumatawan sa iyo ang isang abogado, kakailanganin mong sagutan ang Appointment of Representative form. Maaari kang humingi ng isang legal aid attorney mula sa Health Consumer Alliance sa 1-888-804-3536.
 - Gayunman, **hindi mo kailangang magkaroon ng abogado** para humingi ng anumang desisyon sa saklaw o gumawa ng apela.

• **Seksyon 4.3: Aling seksyon ng kabanatang ito ang makakatulong sa iyo?**

Mayroong apat na iba't-ibang uri ng mga sitwasyon na kinasasangkutan ng mga desisyon sa saklaw at apela. Ang bawat sitwasyon ay mayroong iba't-ibang mga patakaran at takdang araw. Hinati-hati namin ang kabanatang ito sa iba't ibang seksyon para matulungan kang hanapin ang mga patakaran na kailangan mong sundin. **Kailangan mo lamang basahin ang seksyon na nalalapat sa iyong problema:**

- Binibigyan ka ng **Seksyon 5 sa pahina 194** ng impormasyon kung mayroon kang mga problema sa mga serbisyo, item, at gamot (ngunit **hindi** mga gamot ng Part D). Halimbawa, gamitin ang seksyon na ito kung:
 - Hindi mo nakukuha ang gusto mong medikal na pangangalaga, at naniniwala ka na saklaw ng aming plano ang pangangalagang ito.
 - Hindi namin inaprubahan ang mga serbisyo, gamit, o gamot na gustong ibigay sa iyo ng iyong doktor, at naniniwala ka na dapat masaklaw ang pangangalagang ito.
 - **TANDAAN:** Gamitin lamang ang Seksyon 5 kung ang mga gamot na ito ay **hindi** saklaw ng Part D. Ang mga gamot na nasa *Listahan ng mga Saklaw na Gamot*, kilala rin bilang Listahan ng Gamot, na may asterisk (*) ay hindi saklaw ng Part D. Tingnan sa Seksyon 6 sa pahina 212 ang tungkol sa mga apela para sa Part D na gamot.
 - Nakatanggap ka ng medikal na pangangalaga o mga serbisyo na sa tingin mo ay dapat na masaklaw, ngunit hindi namin binabayaran ang pangangalagang ito.
 - Nakakuha ka at binayaran para sa mga serbisyong medikal o gamit na inakala mong nasaklaw, at gusto mong hilingin sa amin na bayaran ka para dito.
 - Sinabihan ka na ang pagsaklaw para sa pangangalagang nakukuha mo ay babawasan o ititigil, at hindi ka sumasang-ayon sa aming pagpapasya.
 - **TANDAAN:** Kung ang pagsaklaw na ititigil ay para sa pangangalaga sa ospital, pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, pangangalaga sa skilled nursing facility, o mga serbisyo ng Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF), kailangan mong basahin ang hiwalay na seksyon ng kabanatang ito dahil mayroong gagamiting mga espesyal na patakaran sa mga uri ng pangangalagang ito. Basahin ang Seksyon 7 at 8 sa pahina 225 at 234.
- Sa Seksyon 6 sa pahina 212 makakakita ka ng impormasyon tungkol sa mga gamot na nasa Part D. Halimbawa, gamitin ang seksyon na ito kung:

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- Gusto mong hilingin sa amin na magkaroon ng eksepsyon na saklawin ang isang gamot na Part D na wala sa aming Listahan ng mga Gamot.
- Gusto mong hilingin sa amin na alisin ang mga limitasyon sa dami ng gamot na makukuha mo.
- Gusto mong hilingin sa amin na saklawin ang isang gamot na nangangailangan ng paunang pag-apruba.
- Hindi namin inaprubahan ang iyong kahilingan o pagbubukod, at sa palagay mo o ng iyong doktor o ibang tagapagreseta na dapat namin ito aprubahan.
- Gusto mong hilingin sa amin na bayaran ang isang iniresetang gamot na nabili na mo. (Ito ay paghiling ng isang pagpapasya sa pagsaklaw tungkol sa pagbabayad.)
- Binibigyan ka ng impormasyon sa **Seksyon 7 sa pahina 225** kung paano hingin sa amin na masaklaw ang isang mas matagal na pananatili sa ospital bilang inpatient kung sa palagay mo ay agad kang palalabasin ng doktor. Gamitin ang seksyon na ito kung:
 - Ikaw ay nasa ospital at sa palagay mo masyado kang maagang pinapaalis ng doktor sa ospital.
- **Sa Seksyon 8 sa pahina 234** makakakita ka ng impormasyon kung sa palagay mo ay masyado pang maaga para matapos ang mga natatanggap mong serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, serbisyo sa pangangalaga sa skilled nursing facility, at serbisyo ng Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF).

Kung hindi ka sigurado sa seksyon na dapat mong gamitin, pakitawagan ang Member Services sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m.

Kung kailangan mo ng iba pang tulong o impormasyon, mangyaring tawagan ang Cal MediConnect Ombuds Program sa 1-855-501-3077.



Seksyon 5: Mga problema tungkol sa mga serbisyo, item, at gamot (hindi mga gamot na Part D)

• Seksyon 5.1: Kailan gagamitin ang seksyon na ito

Ang seksyon na ito ay tungkol sa kung ano ang dapat gawin kung mayroon kang mga problema sa iyong mga benepisyo para sa medikal, kalusugan ng pag-uugali, at mga serbisyo at suporta na pangmatagalan (long-term services and supports, LTSS). Magagamit mo rin ang seksyon na ito para sa mga problema sa mga gamot na **hindi** saklaw ng Part D, kabilang ang mga Medicare Part B na Gamot. Ang mga gamot sa Listahan ng Gamot na may asterisk (*) ay **hindi** saklaw ng Part D. Gamitin ang Seksyon 6 para sa mga Apela para sa Part D na gamot.

Sinasabi ng seksyon na ito kung ano ang magagawa mo kung ikaw ay nasa alinman sa mga sumusunod na sitwasyon:

1. Sa palagay mo ay saklaw namin ang mga medikal na serbisyo, mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali, o mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS) na kailangan mo ngunit hindi mo nakukuha.

Ano ang maaari mong gawin: Maaari mong hilingin sa amin na gumawa ng desisyon sa saklaw. Pumunta sa Seksyon 5.2 sa pahina 195 ara sa impormasyon tungkol sa paghiling ng desisyon sa saklaw.

2. Hindi namin inaprubahan ang pangangalaga na nais ibigay ng doktor mo sa iyo, at sa palagay mo ay dapat naming ibinigay.

Ano ang maaari mong gawin: Maaari mong iapela ang aming desisyon na hindi aprubahan ang pangangalaga. Pumunta sa Seksyon 5.3 sa pahina 199 para sa impormasyon tungkol sa paghiling ng desisyon sa saklaw.

3. Nakakuha ka ng mga serbisyo o item na sa palagay mo ay sinasakop namin, ngunit hindi namin babayaran.

Ano ang maaari mong gawin: Maaari mong iapela ang aming desisyon na hindi magbayad. Pumunta sa Seksyon 5.3 sa pahina 199 para sa impormasyon tungkol sa paghiling ng desisyon sa saklaw.

4. Nakatanggap at nagbayad ka ng mga serbisyo o gamit na akala mo ay saklaw, at gusto mong bayaran ka namin para sa mga serbisyo o gamit.

Ano ang maaari mong gawin: Maaari mong hilingin sa aming bayaran ka. Pumunta sa Seksyon 5.5 sa pahina 210 para sa impormasyon tungkol sa paghiling ng desisyon sa saklaw.

5. Binawasan o inihinto namin ang iyong saklaw para sa isang tiyak na serbisyo, at hindi ka sumang-ayon sa aming desisyon.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bisitahin ang duals.anthem.com.



Ano ang maaari mong gawin: Maaari mong iapela ang aming desisyon na bawasan o itigil ang serbisyo. Pumunta sa Seksyon 5.3 sa pahina 199 para sa impormasyon tungkol sa paghiling ng desisyon sa saklaw.

TANDAAN: Kung ang pagsaklaw na ititigil ay para sa pangangalaga sa ospital, pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, pangangalaga sa skilled nursing facility, o mga serbisyo ng Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF), may mga espesyal na patakaran na ilalapat. Basahin ang Seksiyon 7 o 8 sa mga pahina 225 at 234 upang madagdagan ang nalalaman.

• Seksyon 5.2: Paghingi ng desisyon sa saklaw

Paano humingi ng desisyon sa saklaw para makakuha ng medikal, kalusugan ng pag-uugali, o partikular na mga pangmatagalang serbisyo at suporta (mga serbisyong MSSP, CBAS, o NF)

Upang humingi ng saklaw na desisyon, tumawag, sumulat, o mag-fax sa amin, o hilingin sa iyong kinatawan o doktor na hingin ang aming desisyon.

- Makakatawag ka sa amin sa: 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m.
- Maaari kang mag-fax sa amin sa: 1-888-426-5087
- Makakasulat ka sa amin sa: MMP Utilization Management
12900 Park Plaza Drive, Suite 150, Mailstop: 6151, Cerritos, CA 90703-9329

Gaano katagal bago makakuha ng desisyon sa saklaw?

Pagkatapos mong humingi at nakuha namin ang lahat ng impormasyong kailangan namin, kadalasang umaabot ito ng 5 araw ng trabaho upang magdesisyon kami maliban kung ang iyong kahilingan ay para sa Medicare Part B na inireresetang gamot. Kung ang iyong kahilingan ay para sa isang Medicare Part B na inireresetang gamot, bibigyan ka namin ng desisyon nang hindi bababa sa 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan. Kung hindi namin ibibigay sa iyo ang aming desisyon sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo (o 72 oras para sa Medicare Part B na inireresetang gamot), maaari kang umapela.

Kailangan namin kung minsan ng mas mahabang panahon, at padadalhan ka namin ng sulat kung saan nakasaad na kailangan naming gumamit ng hanggang 14 pang araw sa kalendaryo. Ipapaliwanag sa sulat kung bakit kailangan ng mas mahabang panahon. Hindi kami makapaglalaan ng karagdagang oras upang bigyan ka ng desisyon kung ang iyong kahilingan ay para sa isang Medicare Part B na inireresetang gamot.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bisitahin ang duals.anthem.com.



Maaari ba akong makakuha ng desisyon sa saklaw nang mas mabilis?

Oo. Kung kailangan mo ng mabilis na pagtugon dahil sa iyong kalusugan, hingin sa amin na gumawa ng “mabilis na desisyon sa saklaw.” Kung inaprubahan namin ang kahilingan, aabisuhan ka namin tungkol sa aming desisyon sa loob ng 72 oras (o sa loob ng 24 na oras para sa isang Medicare Part B na inireresetang gamot).

Gayunpaman, minsan kailangan pa namin ng mas maraming oras, at magpapadala kami sa iyo ng sulat na magpapabatid sa iyo na kailangan naming magtagal nang hanggang 14 pang araw sa kalendaryo. Ipapaliwanag sa sulat kung bakit kailangan ng mas mahabang panahon. Hindi kami makapaglalaan ng karagdagang oras upang bigyan ka ng desisyon kung ang iyong kahilingan ay para sa isang Medicare Part B na inireresetang gamot.

Ang legal na termino para sa "mabilis na desisyon sa saklaw" ay **"pinabilis na pagpapasya."**

Paghingi ng mabilis na desisyon sa saklaw:

- Magsimula sa pagtawag o pag-fax sa amin para hingin na saklawin ang pangangalagang gusto mo.
- Tumawag sa 1-855-817-5785, (TTY: 711) Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. o mag-fax sa amin sa 1-888-426-5087.
- Hanapin ang iba pang detalye sa kung paano makikipag-ugnayan sa amin sa Kabanata 2.

Maaari mo ring hilingin sa iyong provider o iyong kinatawan na humiling ng isang mabilis na desisyon sa saklaw para sa iyo.

Narito ang mga panuntunan sa paghingi ng mabilis desisyon sa saklaw:

Dapat mo matugunan ang sumusunod na dalawang kinakailangan upang makakuha ng isang mabilis na desisyon sa saklaw:



1. Makakakuha ka ng mabilis na desisyon sa saklaw **kung hihingi ka lang ng saklaw para sa pangangalaga o isang item na hindi mo pa natanggap.** (Hindi ka makakahingi ng mabilis na desisyon sa saklaw kung ang iyong hiling ay tungkol sa bayad para sa pangangalaga o isang item na natanggap mo na.)
2. Makakakuha ka ng mabilis na desisyon sa saklaw **kung ang karaniwang 14 na araw sa kalendaryo na takdang araw (o ang 72 oras na palugit para sa Medicare Part B na mga inireresetang gamot) ay maaaring magdulot ng malubhang pinsala sa iyong kalusugan o maapektuhan ang iyong kakayahang gumana.**
 - Kung sasabihin sa iyo ng iyong doktor na kailangan mo ng isang mabilis na desisyon sa saklaw, awtomatiko ka naming bibigyan ng isa nito.
 - Kung hihiling ka ng mabilis na desisyon sa saklaw, nang walang suporta mula sa iyong doktor, kami ang magdedesisyon kung makakakuha ka ng mabilis na desisyon sa saklaw.
 - Kung magdedesisyon kami na hindi natutugunan ng iyong kalusugan ang mga kinakailangan para sa isang mabilis na desisyon sa saklaw, magpapadala kami sa iyo ng isang sulat. Gagamitin din namin ang karaniwang 14 na araw sa kalendaryo na takdang araw (o ang 72 oras na palugit para sa Medicare Part B na mga inireresetang gamot) sa halip.
 - Sasabihin sa iyo ng sulat na ito na kung hihiling ang iyong doktor ng mabilis na desisyon sa saklaw, awtomatiko kaming magbibigay ng isang mabilis na desisyon sa saklaw.
 - Isasaad din sa sulat kung paano ka makakapaghain ng “mabilis na reklamo” tungkol sa aming desisyon na bigyan ka ng karaniwang desisyon sa saklaw sa halip na mabilis na desisyon sa saklaw. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa proseso ng pagrereklamo, kabilang ang mabibilis na reklamo, tingnan sa Seksyon 10 sa pahina 244.

Kung ang desisyon sa saklaw ay Oo, kailan ko makukuha ang serbisyo o item?

Aaprubahan ka (pre-authorized) upang makuha ang serbisyo o item sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo (para sa karaniwang desisyon sa saklaw) o 72 oras (para sa mabilis na desisyon sa saklaw) kung kailan mo hiningi maliban kung ang iyong kahilingan ay para sa isang Medicare Part B na inireresetang gamot.

- Kung ang iyong kahilingan ay para sa isang Medicare Part B na inireresetang gamot, maaaprubahan (paunang pahintulot) ka na makakuha ng gamot sa loob ng 72 oras (para sa karaniwang desisyon sa saklaw) o 24 na oras (para sa isang mabilis na desisyon sa saklaw).

- Kung pinalawig namin ang panahon na kailangan upang gumawa ng aming desisyon sa saklaw, ibibigay namin ang pagsaklaw sa pagtatapos ng pinalawig na panahon na iyon. Hindi kami makapaglalaan ng karagdagang oras upang gawin ang aming desisyon sa saklaw para sa isang Medicare Part B na inireresetang gamot.

Kung ang desisyon sa saklaw ay Hindi, paano ko ito malalaman?

Kung ang sagot ay **Hindi**, magpapadala kami sa iyo ng sulat na magsasabi sa iyo kung ano ang aming mga dahilan sa pagsagot ng **Hindi**.

- Kung sinabi namin na **Hindi**, mayroon kang karapatan na hilingin sa amin na palitan ang desisyong ito sa pamamagitan ng pag-aapela. Ang pag-apela ay nangangahulugan na hinihiling mo sa amin na suriin ang aming desisyon na tanggihan ang pagsaklaw.
- Kung magdedesisyon kang umapela, nangangahulugan ito na pupunta ka sa Antas 1 ng proseso ng pag-apela (basahin ang susunod na seksyon para sa karagdagang impormasyon).



• Seksyon 5.3: Antas 1 na Apela para sa mga serbisyo, item, at gamot (hindi mga gamot ng Part D)

Ano ang isang Apela?

Ang isang apela ay pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin ang aming desisyon at palitan ito kung sa palagay namin nagkamali kami. Kung hindi ka sasang-ayon, o ang iyong doktor o iba pang provider, sa aming desisyon, maaari kang umapela.

Sa karamihang kaso, dapat mong simulan ang iyong apela sa Antas 1. Kung ayaw mo munang mag-apela sa plan para sa isang Medi-Cal na serbisyo, kung agaran ang iyong problema sa kalusugan o nagsasangkot ng isang agaran at malubhang banta sa iyong kalusugan, o kung mayroon kang matinding pananakit at kailangan ng agarang pagpapasya, maaari kang humingi ng Malayang Medikal na Pagrepaso mula sa Department of Managed Health Care sa www.hmohelp.ca.gov. Pumunta sa pahina 203 para sa karagdagang impormasyon. Kung kailangan mo ng tulong sa panahon ng pagproseso ng apela, maaari kang tumawag sa Cal MediConnect Ombuds Program sa 1-855-501-3077. Hindi konektado sa amin o sa alinmang kompanya ng insurance o mga planong pangkalusugan ang Cal MediConnect Ombuds Program.

Ano ang Antas 1 na Apela?

Ang isang Antas 1 na Apela ay ang unang apela sa aming plan. Susuriin namin ang aming desisyon sa saklaw upang makita kung tama ito. Ang tagarepaso ay isang tao na hindi gumawa ng orihinal na desisyon sa saklaw. Kapag nakumpleto namin ang pagsusuri, ibibigay namin sa iyo ang aming desisyon sa sulat.

Kung sasabihin namin sa iyo pagkatapos ng aming pagsusuri na hindi saklaw ang serbisyo o gamit, maaaring pumunta ang iyong kaso sa isang Antas 2 na Apela.

Sa isang sulyap: Paano gumawa ng Antas 1 na Apela

Maaari mong isulat, o ng iyong doktor o kinatawan, ang iyong kahilingan at ipadala ito sa amin sa pamamagitan ng mail o fax. Maaari ka ring humingi ng apela sa pamamagitan ng pagtawag sa amin.

- Humingi **sa loob ng 60 araw** ng desisyon na iyong inaapela. Kung may wastong dahilan kang dahilan para makaligtaan ang deadline, maaari ka pa ring umapela (pumunta sa pahina 201).
- Kung ikaw ay nag-apela dahil sinabi namin sa iyo na ang serbisyong iyong kasalukuyang natatanggap ay papalitan o ititigil, **mayroon kang mas kaunting araw para umapela** kung gusto mong manatiling makuha ang serbisyo habang ang iyong apela ay pinoproseso (tingnan sa pahina 203).
- Patuloy lang na basahin ang seksyong ito upang malaman kung anong mga takdang araw ang nalalapat sa iyong apela.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Paano ako gagawa ng isang Antas 1 na Apela?

- Para simulan ang iyong apela, dapat makipag-ugnayan ka, ang iyong doktor o ibang provider, o kinatawan mo sa amin. Matatawagan mo kami sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Para sa karagdagang detalye kung paano makipag-ugnayan sa amin tungkol sa mga apela, tingnan sa Kabanata 2.
- Maaari kang humiling sa amin ng isang “karaniwang apela” o isang “mabilis na apela.”
- Kung humihiling ka ng isang karaniwang apela o mabilis na apela, umapela ka sa sulat o tumawag sa amin.
 - Maaari kang magsumite ng nakasulat na hiling sa sumusunod na address: Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan - Complaints, Appeals & Grievances 4361 Irwin Simpson Road, Mailstop: OH0102-B325, Mason, OH 45040
 - Maaari kang magsumite ng iyong kahilingan online sa: duals.anthem.com
 - Maaari ka ring humingi ng apela sa pamamagitan ng pagtawag sa amin sa 1-855-817-5785 (TTY: 711) Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m.
- Magpapadala kami sa iyo ng sulat sa loob ng 5 araw sa kalendaryo nang pagtanggap ng iyong apela na ipinaalam sa iyo na natanggap namin ito.

Ang legal na termino para sa "mabilis na apela" ay "pinabilis na reconsiderasyon."

Maaari bang umapela ang ibang tao para sa akin?

Oo. Maaaring umapela ang iyong doktor o ibang provider para sa iyo. At saka, ang isang tao bukod sa iyong doktor o ibang provider ay maaaring umapela para sa iyo, nguni't dapat mo munang kumpletuhin ang isang Appointment of Representative form. Binibigyan ng pahintulot ng form ang ibang tao upang kumilos para sa iyo.

Upang kumuha ng form ng Pagtatalaga ng Kinatawan, tumawag sa Member Services at humingi ng isa, o bisitahin ang <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>.

Kung ang apela ay nagmula sa isang tao maliban sa iyo o sa iyong doktor o sa ibang provider, dapat naming makuha ang kumpletong form ng Appointment of Representative bago namin suriin ang apela.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bisitahin ang duals.anthem.com.



Ilang araw ang mayroon ako para mag-apela?

Dapat kang umapela **sa loob ng 60 araw sa kalendaryo** mula sa petsa na nasa sulat na aming ipinadala upang sabihin sa iyo ang aming desisyon.

Kung nalampasan mo ang takdang araw na ito at mayroong mabuting dahilan para malampasan ito, maaari ka naming bigyan ng karagdagang panahon upang umapela. Ang mga halimbawa ng mabuting dahilan ay: nagkaroon ka ng malubhang karamdaman, o mali ang ibinigay naming impormasyon sa iyo tungkol sa takdang araw para sa paghingi ng apela.

TANDAAN: Kung ikaw ay umapela dahil sinabi namin sa iyo na ang serbisyong kasalukuyang mong natatanggap ay papalitan o aalisin, **mayroon kang mas kaunting araw para umapela** kung gusto mong patuloy na makuha ang serbisyo habang ang iyong apela ay pinoproseso. Basahin ang “Magpapatuloy ba ang aking mga benepisyo sa panahon ng mga pag-apela na Antas 1” sa pahina 203 para sa karagdagang impormasyon.

Maaari ba akong makakuha ng isang kopya ng aking file ng kaso?

Oo. Humingi ng kopya sa amin sa pamamagitan ng pagtawag sa Member Services sa 1-855-817-5785 (TTY: 711) Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m.

Makakapagbigay ba ang aking doktor ng karagdagang impormasyon tungkol sa aking apela?

Oo, ikaw at ang iyong doktor ay maaaring magbigay sa amin ng karagdagang impormasyon upang suportahan ang iyong apela.

Paano namin gagawin ang desisyon sa apela?

Maingat naming titingnan ang lahat ng impormasyon tungkol sa iyong kahilingan para sa pagsaklaw ng pangangalagang medikal. Tapos, susuriin namin upang makita kung sinusunod namin ang lahat ng patakaran kapag sinabi namin ang **Hindi** sa iyong kahilingan. Ang tagasuri ay isang tao na hindi gumawa ng orihinal na desisyon.

Kung kailangan namin ng karagdagang impormasyon, maaari namin ito hilingin sa iyo o sa iyong doktor.

Kailan ko maririnig ang desisyon sa “karaniwang” apela?

Dapat kang bigyan ng sagot ng IRE sa loob ng 30 araw sa kalendaryo mula sa petsa kung kailan namin matatanggap ang iyong apela (o sa loob ng 7 araw sa kalendaryo mula sa petsa kung kailan namin matatanggap ang iyong apela para sa Medicare Part B na inireresetang gamot). Ibibigay namin sa iyo nang mas maaga ang aming desisyon kung hinihiling ng kondisyon ng iyong kalusugan na gawin namin ito.

- Kung hindi ka namin bigyan ng sagot sa iyong apela sa loob ng 30 araw sa kalendaryo (o sa loob ng 7 araw sa kalendaryo matapos naming matanggap ang

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bisitahin ang duals.anthem.com.



iyong apela para sa Medicare Part B na inireresetang gamot), awtomatiko naming ipadadala ang iyong kaso sa Antas 2 ng proseso ng apela kung ang iyong problema ay tungkol sa saklaw sa serbisyo o item ng Medicare. Aabisuhan ka kapag nangyari ito.

- Kung ang iyong problema ay tungkol sa saklaw sa isang serbisyo o item ng Medi-Cal, kakailanganin mong maghain mismo ng Antas 2 na Apela. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa proseso ng Antas 2 na Apela, pumunta sa Seksyon 5.4 sa pahina 203.

Kung ang sagot namin ay Oo sa bahagi o lahat ng iyong hiningi, dapat naming aprubahan o ibigay ang saklaw sa loob ng 30 araw sa kalendaryo matapos naming matanggap ang iyong apela (o sa loob ng 7 araw sa kalendaryo matapos naming matanggap ang iyong apela para sa isang Medicare Part B na inireresetang gamot).

Kung ang sagot namin ay Hindi sa bahagi o lahat ng hiningi mo, padadalhan ka namin ng sulat. Kung ang iyong problema ay tungkol sa saklaw sa isang serbisyo o item ng Medicare, isasaad sa sulat na ipinadala namin ang iyong kaso sa Entidad ng Malayang Pagrepaso para sa Antas 2 na Apela. Kung ang iyong problema ay tungkol sa saklaw sa isang serbisyo item ng Medi-Cal, isasaad sa sulat kung paano ka mismo makakapaghain ng Antas 2 na Apela. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa proseso ng Antas 2 na Apela, pumunta sa Seksyon 5.4 sa pahina 203.

Kailan ko maririnig ang tungkol sa desisyon sa “mabilis” na apela?

Kung hihingi ka ng isang mabilis na apela, ibibigay namin sa iyo ang aming sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong apela. Mas maaga naming ibibigay sa iyo ang aming sagot kung hinihiling ng kondisyon ng iyong kalusugan na gawin namin ito.

- Kung hindi ka namin bigyan ng sagot sa iyong apela sa loob ng 72 oras, awtomatiko naming ipadadala ang iyong kaso sa Antas 2 ng proseso ng apela kung ang iyong problema ay tungkol sa saklaw sa serbisyo o item ng Medicare. Aabisuhan ka kapag nangyari ito.
- Kung ang iyong problema ay tungkol sa saklaw sa isang serbisyo o item ng Medi-Cal, kakailanganin mong maghain mismo ng Antas 2 na Apela. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa proseso ng Antas 2 na Apela, pumunta sa Seksyon 5.4 sa pahina 203.

Kung ang sagot namin ay Oo sa bahagi o lahat ng iyong hiningi, dapat naming pahintulutan o ibigay ang saklaw sa loob ng 72 oras matapos naming matanggap ang iyong apela.

Kung ang sagot namin ay Hindi sa bahagi o lahat ng hiningi mo, padadalhan ka namin ng sulat. Kung ang iyong problema ay tungkol sa saklaw sa isang serbisyo o item ng **Medicare**, isasaad sa sulat na ipinadala namin ang iyong kaso sa Entidad ng Malayang Pagrepaso para sa Antas 2 na

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Apela. Kung ang iyong problema ay tungkol sa saklaw sa isang serbisyo item ng Medi-Cal, isasaad sa sulat kung paano ka mismo makakapaghain ng Antas 2 na Apela. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa proseso ng Antas 2 na Apela, pumunta sa Seksyon 5.4 sa pahina 203.

Magpapatuloy ba ang aking mga benepisyo sa panahon ng Antas 1 na mga apela?

Kung magdedesisyon kami na baguhin o itigil ang saklaw para sa isang serbisyo o item na dati nang inaprubahan, padadalhan ka namin ng abiso bago gumawa ng aksyon. Kung hindi ka sang-ayon sa aksyon, maaari kang maghain ng Antas 1 na Apela at hilingin na ipagpatuloy namin ang iyong mga benepisyo para sa serbisyo o gamit. Dapat kang **gumawa ng kahilingan sa o bago ang mas huli sa sumusunod** upang ipagpatuloy ang iyong mga benepisyo:

- Sa loob ng 10 araw mula sa petsa ng pagpapadala sa aming abiso tungkol sa aksyon; o
- Sa nilalayong petsa ng pagpapatupad sa aksyon.

Kung matutugunan mo ang takdang araw na ito, maaari mong patuloy na matanggap ang pinagtatalunang serbisyo o item habang pinoproseso ang iyong apela.

• **Seksyon 5.4: Antas 2 na Apela para sa mga serbisyo, item, at gamot (hindi mga gamot ng Part D)**

Kung sinabi ng plan ang Hindi sa Antas 1, ano ang susunod na mangyayari?

Kung sabihin namin ang **Hindi** sa bahagi o lahat ng iyong Antas 1 na Apela, padadalhan ka namin ng sulat. Sasabihin sa iyo ng sulat na ito kung karaniwang sinasaklaw ng Medicare o Medi-Cal ang serbisyo o item.

- Kung ang problema mo ay tungkol sa isang Medicare na serbisyo o item, awtomatiko naming ipadadala ang iyong kaso sa Antas 2 ng proseso ng apela sa sandaling matapos ang Antas 1 na Apela.
- Kung ang problema mo ay tungkol sa isang serbisyo o item ng Medi-Cal, maaaring ikaw mismo ang magsampa ng isang Antas 2 na Apela. Sasabihin sa iyo ng sulat kung paano ito gagawin. Nasa ibaba rin ang impormasyon.

Ano ang Antas 2 na Apela?

Ang Antas 2 na Apela ay pangalawang apela, na ginagawa ng isang nagsasariliing organisasyon na walang koneksyon sa aming plan.

Ang problema ko ay tungkol sa isang serbisyo o item na Medi-Cal. Paano ako gagawa ng Antas 2 na Apela?

Mayroong dalawang paraan upang gumawa ng isang Antas 2 na apela para sa mga serbisyo at item ng Medi-Cal: (1) Pagsasampa ng reklamo o Malayang Medikal na Pagrepaso o (2) Pagdinig ng Estado.

(1) Malayang Medikal na Pagrepaso

Maaari kang magsampa ng reklamo sa o humingi ng isang Malayang Medikal na Pagrepaso (IMR) mula sa Help Center sa California Department of Managed Health Care (DMHC). Sa pagsasampa ng reklamo, rerepasuhin ng DMHC ang aming desisyon at gagawa ng pagpapasya. Makukuha ang isang IMR para sa anumang serbisyo o gamit na saklaw ng Medi-Cal na may katangiang medikal. Ang IMR ay isang pagrepaso ng iyong kaso ng mga doktor na hindi bahagi ng aming plan o bahagi ng DMHC. Kung papanig sa iyo ang desisyon ng IMR, dapat namin ibigay sa iyo ang hiniling mong serbisyo o gamit. Wala kang babayaran para sa isang IMR.

Maaari kang magsampa ng reklamo o mag-apply para sa isang IMR kung ang aming plan ay:

- Tatanggihan, babaguhin, o aantalahin ang isang serbisyo o paggamot ng Medi-Cal dahil natukoy ng aming plan na hindi ito kinakailangan dala ng medikal na dahilan.
- Hindi namin sasaklawin ang paggamot ng Medi-Cal na pang-eksperimentla o pagsisiyasat pa lamang para sa isang malubhang medikal na kondisyon.
- Hindi babayaran ang mga natanggap mo nang pang-emergency o agarang serbisyo ng Medi-Cal.
- Hindi nalutas ang iyong Antas 1 na Apela sa isang serbisyo ng Medi-Cal sa loob ng 30 araw sa kalendaryo para sa isang karaniwang apela o 72 oras para sa isang mabilis na apela.

TANDAAN: Kung nagsampa ang iyong provider ng isang apela para sa iyo, ngunit hindi namin natanggap ang iyong form ng Pagtatalaga ng Kinatawan, kakailanganin mong muling magsampa ng iyong apela sa amin bago ka makapagsampa ng isang Antas 2 na IMR sa Department of Managed Health Care.

May karapatan ka sa parehong IMR at Pagdinig ng Estado, ngunit hindi kung nagkaroon ka na ng Pagdinig ng Estado para sa parehong problema.

Sa karamihan ng mga kaso, kailangan mong magsampa ng apela sa amin bago humiling ng IMR. Tingnan sa pahina 199 para sa impormasyon tungkol sa aming Antas 1 na proseso ng apela. Kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon, maaari kang magsampa ng reklamo sa DMHC o humingi sa DMHC Help Center ng isang IMR.

Kung tinanggihan ang paggamot sa iyo dahil sinusubukan o sinisiyasat pa lang ito, hindi mo kailangang lumahok sa aming proseso ng pag-apela bago ka mag-apply para sa isang IMR.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Kung agaran ang iyong problema o sangkot ang isang agaran at malubhang banta sa iyong kalusugan o kung matindi ang iyong pananakit, maaari mo itong dalhin kaagad sa pagpansin ng DMHC nang hindi muna sumasailalim sa aming proseso ng apela.

Dapat kang **mag-apply para sa isang IMR sa loob ng 6 na buwan** pagkatapos naming ipadala sa iyo ang isang nakasulat na desisyon tungkol sa iyong apela. Maaaring tanggapin ng DMHC ang iyong aplikasyon pagkatapos ng 6 na buwan na may mabuting dahilan, tulad ng nagkaroon ka ng medikal na kondisyon na pumigil sa iyo na humingi ng IMR sa loob ng 6 na buwan o hindi ka nakatanggap ng sapat na abiso mula sa amin tungkol sa proseso ng IMR.

Upang humingi ng IMR:

- Sagutan ang Aplikasyon para sa Malayang Medikal na Pagrepaso/Form ng Reklamo na makukuha sa:
<https://www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx> o tumawag sa DMHC Help Center sa 1-888-466-2219. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-688-9891.
- Kung mayroon ka nito, ilakip ang mga kopya ng mga sulat o ibang dokumento tungkol sa serbisyo o gamit na tinanggihan. Maaari nitong pabilisin ang proseso ng IMR. Ipadala ang mga kopya ng mga dokumento, hindi ang mga orihinal. Hindi maibabalik ng Help Center ang anumang mga dokumento.
- Sagutan ang Form ng Awtorisadong Katulong (Authorized Assistant Form) kung mayroong tumutulong sa iyo sa iyong IMR. Maaari mong makuha ang form sa <https://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx> o tumawag sa Help Center ng Departamento sa 1-888-466-2219. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-688-9891.
- Ipadala sa koreo o i-fax ang iyong mga form at anumang mga kalakip sa:
Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
Fax: 1-916-255-5241

Kung kuwalipikado ka para sa isang IMR, rerepasuhin ng DMHC ang iyong kaso at padadalhan ka ng sulat sa loob ng 7 araw sa kalendaryo na sinasabi sa iyo na kuwalipikado ka para sa isang IMR. Pagkatapos matanggap ang iyong aplikasyon at mga suportang dokumento mula sa iyong plan, gagawin ang desisyon ng IMR sa loob ng 30 araw sa kalendaryo. Dapat mong matanggap ang desisyon ng IMR sa loob ng 45 araw sa kalendaryo ng pagsusumite ng kumpletong aplikasyon.

Kung ang iyong kaso ay agaran at kuwalipikado ka para sa isang IMR, rerepasuhin ng DMHC ang iyong kaso at padadalhan ka ng sulat sa loob ng 2 araw sa kalendaryo na sinasabi sa iyo na kuwalipikado ka para sa isang IMR. Pagkatapos matanggap ang iyong aplikasyon at mga suportang

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



dokumento mula sa iyong plan, gagawin ang desisyon ng IMR sa loob ng 3 araw sa kalendaryo. Dapat mong matanggap ang desisyon ng IMR sa loob ng 7 araw sa kalendaryo ng pagsusumite ng kumpletong aplikasyon. Kung hindi ka masaya sa resulta ng IMR, maaari ka pa ring humiling ng isang Patas na Pagdinig ng Estado.

Kung magdedesisyon ang DMHC na hindi karapat-dapat ang iyong kaso para sa IMR, susuriin ng DMHC ang iyong kaso sa pamamagitan ng regular na proseso. Dapat malutas ang iyong reklamo sa loob ng 30 araw sa kalendaryo ng pagsusumite ng kumpletong aplikasyon. Kung agaran ang iyong reklamo, lulutasin ito sa lalong madaling panahon.

(2) Pagdinig ng Estado

Maaari kang humingi ng Pagdinig ng Estado para sa mga saklaw na serbisyo at item ng Medi-Cal. Kung humingi sa amin ang iyong doktor o ibang provider ng serbisyo o item na hindi namin inaprubahan, o hindi namin itutuloy na bayaran ang serbisyo o item na mayroon ka na at sinabi namin na hindi sa iyong apela na Antas 1, may karapatan kang humiling ng Pagdinig ng Estado.

Kadalasan **mayroon kang 120 araw upang humingi ng Pagdinig ng Estado** pagkatapos maipadala sa iyo sa koreo ang abiso na “Ang Iyong mga Karapatan sa Pagdinig”.

TANDAAN: Kung humingi ka ng Pagdinig ng Estado dahil sinabi namin sa iyo na babaguin o ihihinto ang isang serbisyong kasalukuyan mong natatanggap, **ikaw ay mayroong ilang araw upang isumite ang iyong kahilingan** kung gusto mong panatilihin nakukuha ang serbisyong iyon habang nakabinbin ang iyong Pagdinig ng Estado. Basahin ang “Magpapatuloy ba ang aking mga benepisyo sa panahon ng mga pag-apela na Antas 2” sa pahina 208 para sa karagdagang impormasyon.

Mayroong dalawang paraan upang humiling ng isang Patas na Pagdinig ng Estado:

1. Maaari mong kumpletuhin ang “Kahilingan para sa Pagdinig ng Estado” sa likuran ng abiso ng aksyon. Dapat mong ibigay ang lahat ng hiniling na impormasyon tulad ng iyong buong pangalan, tirahan, numero ng telepono, ang pangalan ng plano o county na gumawa ng pagkilos laban sa iyo, ang (mga) sangkot na programa sa tulong, at isang detalyadong dahilan kung bakit gusto mo ng isang pagdinig. Pagkatapos maaari mong isumite ang iyong kahilingan sa isa sa mga paraan na ito:
 - 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 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430
 - Sa State Hearings Division sa numero ng fax na 1-916-651-5210 o 1-916-651-2789.
2. O maaari kang tumawag sa California Department of Social Services sa 1-800-952-5253. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-952-8349. Kung magdedesisyon

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



kang humiling ng Patas na Pagdinig ng Estado sa pamamagitan ng pagtawag, dapat mong malaman na napakaraming tumatawag sa mga linya ng telepono.

Ang problema ko ay tungkol sa isang serbisyo o item na Medicare. Ano ang mangyayari sa Antas 2 na Apela?

Susuriin nang mabuti ng isang Entidad ng Malayang Pagrepaso (IRE) ang desisyon sa Antas 1 at magpapasya ito kung dapat ba itong baguhin.

- Hindi mo kailangang humiling ng Antas 2 na Apela. Awtomatiko naming ipapadala ang anumang mga pagtanggig (nang buo o bahagi lang) sa IRE. Aabisuhan ka kapag nangyari ito.
- Ang IRE ay inuupahan ng Medicare at wala itong koneksyon sa plan na ito.
- Maaari kang humingi ng kopya ng iyong file sa pamamagitan ng pagtawag sa Member Services sa 1-855-817-5785 (TTY: 711) Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m.

Dapat kang bigyan ng sagot ng IRE sa iyong Antas 2 na Apela sa loob ng 30 araw sa kalendaryo mula sa petsa kung kailan nito matatanggap ang iyong apela (o sa loob ng 7 araw sa kalendaryo mula sa petsa kung kailan nito matatanggap ang iyong apela para sa Medicare Part B na inireresetang gamot). Naaangkop ang patakaran na ito kung ipinadala mo ang iyong apela bago makakuha ng mga serbisyo o gamit na pang-medikal.

- Gayunpaman, kung kailangang mangalap ng karagdagang impormasyon ng IRE na maaaring makabuti sa iyo, maaari itong tumagal nang hanggang 14 pang araw sa kalendaryo. Kung kailangan ng IRE ng dagdag na mga araw upang gumawa ng desisyon, sasabihin nito sa iyo sa sulat. Hindi kami makapaglalaan ng karagdagang oras upang gumawa ng desisyon kung ang iyong apela ay para sa isang Medicare Part B na inireresetang gamot.

Kung nagkaroon ka ng “mabilis na apela” sa Antas 1, awtomatiko kang magkakaroon ng mabilis na apela sa Antas 2. Dapat kang bigyan ng sagot ng IRE sa loob ng 72 oras mula sa petsa kung kailan nito makukuha ang iyong apela.

- Gayunpaman, kung kailangang mangalap ng karagdagang impormasyon ng IRE na maaaring makabuti sa iyo, maaari itong tumagal nang hanggang 14 pang araw sa kalendaryo. Kung kailangan ng IRE ng dagdag na mga araw upang gumawa ng desisyon, sasabihin nito sa iyo sa sulat. Hindi kami makapaglalaan ng karagdagang oras upang gumawa ng desisyon kung ang iyong apela ay para sa isang Medicare Part B na reseta.

Magpapatuloy ba ang aking mga benepisyo sa panahon ng Antas 2 na mga apela?

Kung ang problema mo ay tungkol sa isang serbisyo o item na saklaw ng Medicare, **hindi** magpapatuloy ang iyong mga benepisyo para sa naturang serbisyo o item sa panahon ng proseso ng Antas 2 na apela sa Entidad ng Malayang Pagrepaso.

Kung may problema ka tungkol sa serbisyo o item na saklaw ng Medi-Cal at humingi ka ng Pagdinig ng Estado, maaaring magpapatuloy ang iyong mga benepisyo sa Medi-Cal para sa serbisyo o item na iyon hanggang magawa ang desisyon ng pagdinig. Dapat kang humingi ng pagdinig **sa o bago ang mas huli sa sumusunod** upang maipagpapatuloy ang iyong mga benepisyo:

- Sa loob ng 10 araw ng petsa ng pagpapadala sa koreo ng aming abiso sa iyo na pinagtibay na ang desisyon sa salungat na benepisyo (Antas 1 na desisyon sa apela); o
- Sa nilalayong petsa ng pagpapatupad sa aksyon.

Kung matugunan mo ang takdang araw na ito, maaari mong patuloy na makuha ang pinagtalunang serbisyo o item hanggang sa magawa ang desisyon ng pagdinig.

Paano ko malalaman ang tungkol sa pagpapasya?

Kung ang iyong Antas 2 na Apela ay isang Malayang Medikal na Pagrepaso, padadalhan ka ng sulat ng Department of Managed Health Care na nagpapaliwanag sa ginawang desisyon ng mga doktor na sumuri sa iyong kaso.

- Kung ang desisyon ng Malayang Medikal na Pagrepaso ay **Oo** sa bahagi o lahat ng iyong hiningi, dapat naming ibigay ang serbisyo o paggamot.
- Kung ang desisyon ng Malayang Medikal na Pagrepaso ay **Hindi** sa bahagi o lahat ng iyong hiningi, nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila sa desisyon ng Antas 1. Maaari ka pa ring makakuha ng Patas na Pagdinig ng Estado. Pumunta sa pahina 206 para sa impormasyon tungkol sa paghiling para sa Pagdinig sa Estado.

Kung ang iyong Antas 2 na Apela ay isang Pagdinig ng Estado, padadalhan ka ng California Department of Social Services ng isang sulat na nagpapaliwanag sa desisyon nito.

- Kung ang desisyon ng Pagdinig ng Estado ay **Oo** sa bahagi o lahat ng iyong hiningi, dapat kaming sumunod sa desisyon. Dapat namin kumpletuhin ang inilarawang (mga) pagkilos sa loob ng 30 araw sa kalendaryo ng petsa nang matanggap namin ang isang kopya ng desisyon.
- Kung ang desisyon ng Pagdinig ng Estado ay **Hindi** sa bahagi o lahat ng iyong hiningi, nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila sa desisyon ng Antas 1. Maaari naming itigil ang anumang bayad na nakabinbing matatanggap mo.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Kung sumailalim ang iyong Antas 2 na Apela sa Entidad ng Malayang Pagrepaso (IRE) ng Medicare, magpapadala ito sa iyo ng sulat na nagpapaliwanag sa desisyon nito.

- Kung sinabi ng IRE ang **Oo** sa bahagi o lahat ng hiningi mo sa iyong karaniwang apela, dapat naming pahintulutan ang saklaw sa medikal na pangangalag sa loob ng 72 oras o ibigay sa iyo ang serbisyo o item sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo mula sa petsa na natanggap namin ang desisyon ng IRE. Kung humiling ka ng mabilis na apela, dapat naming pahintulutan ang saklaw sa medikal na pangangalaga o dapat naming ibigay sa iyo ang serbisyo o gamit sa loob ng 72 oras mula sa petsa kung kailan namin natanggap ang desisyon ng IRE.
- Kung sinabi ng IRE ang **Oo** sa bahagi o lahat ng hiningi mo sa iyong karaniwang apela para sa isang Medicare Part B na inireresetang gamot, dapat naming pahintulutan o ibigay ang Medicare Part B na inireresetang gamot sa loob ng 72 oras matapos naming matanggap ang desisyon ng IRE. Kung nagkaroon ka ng mabilis na apela, dapat naming pahintulutan o ibigay ang Medicare Part B na inireresetang gamot sa loob ng 24 na oras mula sa petsa kung kailan namin natanggap ang desisyon ng IRE.
- Kung sinabi ng IRE ang **Hindi** sa bahagi o lahat ng iyong hiningi, nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila sa desisyon ng Antas 1. Tinatawag itong “pagsuporta sa desisyon.” Tinatawag rin itong “pagtanggì sa iyong apela.”

Kung ang desisyon ay Hindi para sa lahat o bahagi ng kung ano ang akin hiningi, maaari ba akong gumawa ng isa pang apela?

Kung ang iyong Antas 2 na Apela ay isang Malayang Medikal na Pagrepaso, maaari kang humiling ng isang Pagdinig ng Estado. Pumunta sa pahina 206 para sa impormasyon tungkol sa paghiling para sa Pagdinig sa Estado.

Kung ang iyong Antas 2 na Apela ay isang Patas na Pagdinig ng Estado, maaari kang humiling ng isang muling pagdinig sa loob ng 30 araw pagkatapos mong matanggap ang desisyon. Maaari ka ring humingi ng pagsusuri ng hukom sa pagtanggì ng Pagdinig ng Estado sa pamamagitan ng pagsampa ng petisyon sa Nakatatasa na Hukuman (sa ilalim ng Code of Civil Procedure Seksyon 1094.5) sa loob ng isang taon pagkatapos mong matanggap ang desisyon. Hindi ka maaaring humiling ng isang IMR kung humiling ka na ng isang Patas na Pagdinig ng Estado sa parehong problema.

Kung sumailalim ang iyong Antas 2 na Apela sa Entidad ng Malayang Pagrepaso (IRE) ng Medicare, maaari ka lang umapela ulit kung ang halaga sa dolyar ng serbisyo o gamit na gusto mo ay nakakatugon sa isang partikular na pinakamababang halaga. Ang makukuha mong sulat mula sa IRE ay ipapaliwanag ang mga karagdagang karapatan na maaaring magkaroon ka.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Pumunta sa Seksyon 9 sa pahina 242 para sa impormasyon tungkol sa karagdagang mga antas ng apela.

• **Seksyon 5.5: Mga problema sa pagbabayad**

Hindi namin pinapayagan ang aming mga provider sa network na singilin ka sa iyong mga saklaw ng serbisyo o item. Totoo ito kahit na mas mababa ang ibinabayad namin sa provider kaysa sa sinisingil ng provider para sa isang saklaw na serbisyo o gamit. Hindi mo kinakailangang bayaran ang balanse ng anumang bill. Ang halaga lamang na dapat kang hingian ng bayad ay ang copay para sa mga tier 2 na gamot na nasa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan Listahan ng Gamot.

Kung makatanggap ka ng bayarin na mas higit pa sa iyong copay para sa mga saklaw na serbisyo at item, ipadala sa amin ang bayarin. **Hindi mo dapat bayaran mismo ang bayarin.** Direkta kaming makikipag-ugnayan sa provider at kami ang bahala sa problema.

Para sa karagdagang impormasyon, magsimula sa pamamagitan ng pagbabasa sa Kabanata 7: “Paghingi sa amin na bayaran ang aming bahagi ng isang bayarin na nakuha mo para sa mga saklaw na serbisyo o gamot.” Inilalarawan sa Kabanata 7 ang mga sitwasyon kung saan maaari mong kailanganing humiling ng bayad o bayaran ang isang bill na natanggap mo mula sa isang provider. Sinasabi rin nito kung paano magpapadala sa amin ng mga dokumento na hinihiling sa aming magbayad.

Maaari ko bang hingin sa inyo na bayaran ako para sa *inyong bahagi ng serbisyo o item na binayaran ko?*

Tandaan, kung ikaw ay makatanggap ng bayarin na higit pa sa iyong copay para sa mga saklaw na serbisyo o item, hindi mo dapat mismong bayaran ang bayarin. Gayunpaman, kung babayaran mo ang bill, maaari kang makakuha ng refund kung sinunod mo ang mga patakaran sa pagkuha ng mga serbisyo at gamit.

Kung hinihiling mong bayaran ka, humihiling ka ng isang pagpapasya sa pagsaklaw. Titingnan namin kung ang serbisyo o gamit na binayaran mo ay isang saklaw na serbisyo o gamit, at titingnan namin upang makita kung sinunod mo ang lahat ng patakaran para sa paggamit ng pagsaklaw sa iyo.

- Kung saklaw ang serbisyo o item na binayaran mo at sumunod ka sa lahat ng panuntunan, ipadadala namin sa ang bayad sa iyong provider para sa serbisyo o item sa loob ng 60 araw sa kalendaryo matapos naming matanggap ang iyong kahilingan. Pagkatapos ay magpapadala ang iyong provider ng bayad sa iyo.
- Kung hindi mo pa nababayaran ang serbisyo o item, ipadadala namin ang bayad nang direkta sa provider. Kapag ipinadala namin ang bayad, kapareho rin ito ng pagsabi ng **Oo** sa iyong kahilingan para sa desisyon sa saklaw.



- Kung hindi saklaw ang serbisyo o gamit, o hindi ka sumunod sa lahat ng patakaran, magpapadala kami sa iyo ng sulat na nagsasabi sa iyo na hindi namin babayaran ang serbisyo o gamit nang may paliwanag kung bakit.

Paano kung sasabihin namin na hindi kami magbabayad?

Kung ikaw ay hindi sumasang-ayon sa aming desisyon, **maaari kang umapela**. Sundin ang proseso ng pag-apela na inilarawan sa Seksyon 5.3 sa pahina 199. Kapag sinunod mo ang mga tagubilin na ito, pakitandaan na:

- Kung gumawa ka ng apela para sa pagbabalik ng bayad, dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot sa loob ng 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang iyong apela.
- Kung hinihiling mo sa amin na bayaran ka para sa isang serbisyo o gamit na natanggap mo na at ikaw mismo ang nagbayad, hindi ka maaaring humiling ng mabilis na apela.

Kung sumagot kami ng **Hindi** sa iyong apela at karaniwang saklaw ng Medicare ang serbisyo o item, awtomatiko naming ipapadala ang iyong kaso sa Entidad ng Malayang Pagrepaso (IRE). Aabisuhan ka namin sa pamamagitan ng sulat kung mangyayari ito.

- Kung babaligtarin ng IRE ang aming desisyon at sasabihin na dapat kang bayaran, dapat naming ipadala sa iyo ang bayad o sa provider sa loob ng 30 araw sa kalendaryo. Kung ang sagot sa iyong apela ay **Oo** sa anumang yugto ng proseso ng apela pagkatapos ng Antas 2, dapat naming ipadala ang bayad na hiningi mo o sa provider sa loob ng 60 araw sa kalendaryo.
- Kung sinabi ng IRE ang **Hindi** sa iyong apela, nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila sa aming desisyon na hindi aprubahan ang iyong kahilingan. (Tinatawag itong “pagsuporta sa desisyon.” Tinatawag rin itong “pagtanggihan sa iyong apela.”) Ang makukuha mong sulat ay magpapaliwanag ng mga karagdagang karapatan na maaaring mayroon ka. Maaari kang umapela muli kung ang dolyar na halaga ng serbisyo o gamit na gusto mo ay natutugunan ang isang partikular na pinakamababang halaga. Pumunta sa Seksyon 9 sa pahina 242 para sa impormasyon tungkol sa karagdagang mga antas ng apela.

Kung sumagot kami ng **Hindi** sa iyong apela at karaniwang saklaw ang serbisyo o item ng Medi-Cal, maaari kang magsampa mismo ng Antas 2 na Apela (tingnan sa Seksyon 5.4 sa pahina 203).

Seksyon 6: Mga Part D na gamot

- **Seksyon 6.1: Ano ang dapat gawin kung may mga problema ka sa pagkuha ng Part D na gamot o gusto mong bayaran ka namin para sa isang Part D na gamot**

Ang iyong mga benepisyo bilang isang miyembro ng aming plan ay may kasamang pagsaklaw para sa maraming mga iniresetang gamot. Karamihan sa mga gamot na ito ay “mga Part D na gamot.” Mayroong ilang gamot na hindi sinasaklaw ng Medicare Part D ngunit maaaring saklawin ng Medi-Cal. **Naaangkop lang ang seksyon na ito sa mga apela sa Part D na gamot.**

Kabilang sa Listahan ng Gamot ang ilang gamot na may asterisk (*). Ang mga gamot na ito ay **hindi** Part D na mga gamot. Ang mga desisyon sa mga apela o saklaw hinggil sa mga gamot na may simbolong asterisk (*) ay sumusunod sa proseso sa Seksyon 5 sa pahina 194.

Maaari ba akong humingi ng desisyon sa saklaw o mag-apela tungkol sa mga Part D na resetang gamot?

Oo. Narito ang mga halimbawa ng mga desisyon sa saklaw na maaari mong hingin sa amin na gawin tungkol sa iyong Mga Part D na gamot:

- Humiling ka sa amin ng pagbubukod tulad ng:
 - Paghingi sa amin na saklawin ang isang Part D na gamot na wala sa Listahan ng Gamot ng plan
 - Paghiling sa amin na alisin ang paghihigpit sa pagsaklaw ng plano sa isang gamot (tulad ng mga limitasyon sa dami ng gamot na maaari mong makuha)
- Itinanong mo sa amin kung ang isang gamot ay saklaw para sa iyo (halimbawa, kapag ang iyong gamot ay nasa Listahan ng Gamot ng plan ngunit kailangan namin na kumuha ka ng pag-apruba mula sa amin bago namin ito sasaklawin para sa iyo).

TANDAAN: Kung sasabihin sa iyo ng iyong parmasya na hindi maaaring punuin ang iyong gamot, makakakuha ka ng isang abiso kung paano makikipag-ugnayan sa amin upang humiling ng isang pagpapasya sa pagsaklaw.

- Hiningi mo sa amin na bayaran ang resetang gamot na binili mo na. Ito ay paghingi ng desisyon sa saklaw tungkol sa pagbabayad.

Ang legal na termino para sa desisyon sa saklaw sa iyong mga Part D na gamot ay “pagpapasya sa saklaw.”

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bisitahin ang duals.anthem.com.



Kung hindi ka sumasang-ayon sa ginawa naming desisyon sa saklaw, maaari kang umapela sa aming desisyon. Sinasabi ng seksyon na ito sa iyo kung paano humingi ng pagpapasya sa saklaw at kung paano humiling ng isang apela.

Gamitin ang chart na nasa ibaba upang matulungan kang makapagpasya kung aling seksyon ang naglalaman ng impormasyon para sa iyong sitwasyon:

Sa aling mga sitwasyon na ito ka naroon?			
Kailangan mo ba ng isang gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot o kailangan mo na alisin namin ang isang patakaran o paghihigpit sa isang gamot na sinasaklaw namin?	Gusto mo bang saklawin namin ang isang gamot na nasa aming Listahan ng Gamot at naniniwala ka na natutugunan mo ang anumang mga restriksyon o patakaran ng plan (tulad ng maagang pagkuha ng pag-apruba) para sa kailangan mong gamot?	Gusto mo bang hilingin sa amin na bayaran ka para sa isang gamot na natanggap at binayaran mo na?	Sinabi na ba namin sa iyo na hindi namin sasaklawin o babayaran ang gamot sa paraan ng pagsaklaw o pagbayad na gusto mo?
Maaari kang humiling sa amin ng isang pagbubukod. (Ito ay isang uri ng desisyon sa saklaw.)	Maaari mong hingin sa amin ang desisyon sa saklaw.	Maaari mong hilingin sa aming bayaran ka. (Ito ay isang uri ng desisyon sa saklaw.)	Maaari kang mag-apela. (Nangangahulugan ito na hinihingi mo sa amin na muling isaalang-alang.)
Magsimula sa Seksyon 6.2 sa pahina 214. Tingnan din ang mga Seksyon 6.3 at 6.4 sa mga pahina 215 at 216.	Lumaktaw papunta sa Seksyon 6.4 sa pahina 216.	Lumaktaw papunta sa Seksyon 6.4 sa pahina 216.	Lumaktaw papunta sa Seksyon 6.5 sa pahina 220.



• Seksyon 6.2: Ano ang pagbubukod?

Ang pagbubukod ay isang pahintulot upang makakuha ng saklaw para sa isang gamot na hindi karaniwang nasa aming Listahan ng Gamot o upang gamitin ang gamot nang walang tiyak na mga patakaran at limitasyon. Kung ang gamot ay wala sa aming Listahan ng Gamot o hindi saklaw sa paraan na gusto mo, maaari mong hingin sa amin na gumawa ng isang “pagbubukod.”

Kapag humiling ka ng isang pagbubukod, kakailanganin ipaliwanag ng iyong doktor o ibang tagapagreseta ang mga medikal na dahilan kung bakit kailangan mo ng pagbubukod.

Narito ang mga halimbawa ng mga pagbubukod na maaaring hilingin mo o ng iyong doktor o isa pang tagapagreseta na gawin namin:

1. Pagsaklaw sa Part D na gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot.
 - Kung sumang-ayon kami na gumawa ng pagbubukod at saklawin ang gamot na wala sa Listahan ng Gamot, kakailanganin mong bayaran ang halaga ng paghahatiang gastos na angkop sa mga gamot sa tier 2.
 - Hindi ka maaaring humiling ng pagbubukod sa halaga ng copay o coinsurance na inaatas namin na bayaran mo para sa gamot.
2. Pag-alis sa paghihigpit sa aming pagsaklaw. Mayroong mga karagdagang patakaran o paghihigpit na ilalapat sa ilang partikular na gamot na nasa aming Listahan ng Gamot (para sa karagdagang impormasyon, pumunta sa Kabanata 5).
 - Kasama sa mga dagdag na patakaran at paghihigpit sa pagsaklaw para sa ilang gamot ang:
 - Inaatasan na gamitin ang generic na bersyon ng isang gamot sa halip na ang branded na gamot.
 - Pagkuha ng pag-apruba ng plano bago kami sumang-ayon na saklawin ang gamot para sa iyo. (Tinatawag ito minsan na “paunang pahintulot.”)
 - Hinihiling na subukan muna ang ibang gamot bago kami sasang-ayon na saklawin ang gamot na hinihiling mo. (Tinatawag ito minsan na “step therapy.”)
 - Mga limitasyon sa dami. Para sa ilang gamot, nililimitahan namin ang damit ng gamot na maaaring magkaroon ka.
 - Kung sumasang-ayon kami sa paggawa ng pagbubukod at iurong ang paghihigpit sa iyo, maaari ka pa ring humingi ng pagbubukod sa halaga ng copay na hiningi namin sa iyo na bayaran ang gamot.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Ang legal na termino para sa paghingi ng pag-alis ng paghihigpit sa saklaw para sa isang gamot ay tinatawag kung minsan na paghingi ng isang **“pagbubukod sa pormularyo.”**

- **Seksyon 6.3: Mahahalagang bagay na dapat malaman tungkol sa paghingi ng mga pagbubukod**

Dapat sabihin sa amin ng iyong doktor o ibang tagapagreseta ang mga medikal na dahilan

Dapat magbigay sa amin ng isang pahayag ang iyong doktor o ibang tagapagreseta na nagpapaliwanag sa mga medikal na dahilan para sa paghiling ng isang pagbubukod. Ang aming desisyon tungkol sa pagbubukod ay magiging mas mabilis kung isasama mo ang impormasyon na ito mula sa iyong doktor o ibang tagapagreseta kapag humiling ka ng pagbubukod.

Karaniwan na, kasama sa aming Listahan ng Gamot ang mahigit sa isang gamot para sa paggamot ng isang partikular na kondisyon. Ang mga ito ang tinatawag na mga “alternatibong” gamot. Kung ang alternatibong gamot ay magiging kasing bisa lang ng gamot na hinihingi mo at hindi magdudulot ng mas maraming side effect o iba pang problema sa kalusugan, karaniwang hindi namin aaprubahan ang iyong kahilingan para sa isang pagbubukod.

Sasabihin namin ang Oo o Hindi sa iyong kahilingan para sa isang pagbubukod

- Kung sabihin namin ang **Oo** sa iyong hiling para sa isang pagbubukod, kadalasang magtatagal ang pagbubukod hanggang sa katapusan ng taon sa kalendaryo. Totoo ito hangga’t patuloy na magrerese sa iyo ng gamot ang iyong doktor at patuloy na magiging ligtas at mabisa ang gamot sa paggamot ng iyong kondisyon.
- Kung sabihin namin ang **Hindi** sa iyong hiling para sa isang pagbubukod, makahihingi ka ng isang pagrerepaso ng aming desisyon sa pamamagitan ng pag-aapela. Sinasabi sa Seksyon 6.5 sa pahina 220 kung paano mag-aapela kung sasabihin namin ang **Hindi**.

Sinasabi ng susunod na seksyon kung paano hihiling ng desisyon sa saklaw, kasama ang eksepsyon.

• **Seksyon 6.4: Paano humingi ng desisyon sa saklaw sa isang Part D na gamot o pagbabalik ng bayad sa Part D na gamot, kabilang ang pagbubukod**

Ano ang dapat gawin

- Humingi ng uri ng desisyon sa saklaw na gusto mo. Tumawag, sumulat, o mag-fax sa amin upang humiling. Ikaw, ang iyong kinatawan, o ang iyong doktor (o ibang tagapagreseta) ay makagagawa nito. Matatawagan mo kami sa 1-833-370-7466 (TTY: 711), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo.
- Ikaw o ang iyong doktor (o ibang tagapagreseta) o ibang tao na kumikilos sa ngalan mo ay maaaring humiling ng isang pagpapasya sa pagsaklaw. Maaari din na ang iyong abogado ang kumilos para sa iyo.
- Basahin ang Seksyon 4 sa pahina 190 upang malaman kung paano magbigay ng pahintulot sa ibang tao na kikilos bilang iyong kinatawan.
- Hindi mo kailangang bigyan ng nakasulat na pahintulot ang iyong doktor o ibang tagapagreseta upang humiling sa amin ng isang pagpapasya sa pagsaklaw sa ngalan mo.
- Kung gusto mong hilingin sa amin na bayaran ka para sa isang gamot, basahin ang Kabanata 7 ng handbook na ito. Inilalarawan ng Kabanata 7 ang mga panahon na maaari kang humiling ng bayad. Sinasabi rin nito kung paano ipapadala sa amin ng mga dokumento na humihiling sa amin na bayaran ka para sa aming bahagi sa gastos ng gamot na binayaran mo.

Sa isang sulyap: Paano humingi ng desisyon sa saklaw tungkol sa isang gamot o pagbabayad

Tumawag, sumulat, o mag-fax sa amin upang humiling, o hilingin sa iyong kinatawan o doktor o ibang tagapagreseta na magtanong. Bibigyan ka namin ng isang sagot sa isang karaniwang desisyon sa saklaw sa loob ng 72 oras. Bibigyan ka namin ng isang sagot sa pagbabayad sa iyo para sa Gamot sa Part D na binayaran na mo sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo.

- Kung humihiling ka ng isang pagbubukod, isama ang sumusuportang pahayag mula sa iyong doktor o ibang tagapagreseta.
- Ikaw o ang iyong doktor o ibang tagapagreseta ay maaaring humiling ng isang mabilis na pagpapasya. (Ang mga mabilis na pagpapasya ay karaniwang dumadating sa loob ng 24 oras.)
- Basahin ang seksyong ito upang matiyak na kuwalipikado ka para sa mabilis na desisyon! Basahin rin ito upang maghanap ng impormasyon tungkol sa mga takdang araw ng desisyon.

- Kung humihiling ka ng pagbubukod, ibigay ang “sumusuportang pahayag.” Dapat ibigay sa amin ng iyong doktor o ibang tagapagreseta ang mga medikal na dahilan para sa pagbubukod sa gamot. Tinatawag namin itong “sumusuportang pahayag.”
- Maaaring i-fax o ipadala sa amin sa koreo ng iyong doktor o ibang tagapagreseta ang pahayag. O maaaring sabihin sa amin ng iyong doktor o ibang tagapagreseta sa telepono, at pagkatapos i-fax o ipadala ang pahayag sa koreo.

Kung kailangan ito ng kalusugan mo, hingin sa amin na bigyan ka ng isang “mabilis na desisyon sa saklaw”

Gagamitin namin ang “mga karaniwang takdang araw” maliban kung sumang-ayon kaming gamitin ang “mabilis na mga takdang araw.”

- Ang ibig sabihin ng **mabilis na desisyon sa saklaw** ay magbibigay kami sa iyo ng sagot sa loob ng 72 na oras matapos naming makuha ang pahayag ng iyong doktor.
- Ang ibig sabihin ng **mabilis na desisyon sa saklaw** ay magbibigay kami sa iyo ng sagot sa loob ng 24 na oras matapos naming makuha ang pahayag ng iyong doktor.

Ang legal na termino para sa “mabilis na desisyon sa saklaw” ay “**pinabilis na pagpapasya sa saklaw.**”

Makakakuha ka lang ng isang mabilis na desisyon sa saklaw kung humihiling ka ng pagsaklaw para sa gamot na hindi mo pa natatanggap. (Hindi ka maaaring kumuha ng mabilis na desisyon sa saklaw kung hinihiling mo sa amin na bayaran ka namin para sa isang gamot na nabili mo na.)

Maaari ka lang makakuha ng isang mabilis na desisyon sa saklaw kung ang paggamit sa mga karaniwang takdang araw ay magdudulot ng malubhang panganib sa iyong kalusugan o mahahadlangan ang kakayahang kumilos.

Kung sasabihin sa amin ng iyong doktor o ibang tagapagreseta na kinakailangan ng iyong kalusugan ang isang “mabilis na pagpapasya sa pagsaklaw,” awtomatiko kaming sasang-ayon upang bigyan ka ng isang mabilis na desisyon sa saklaw, at sasabihin ito sa iyo ng sulat.

- Kung humiling ka mismo ng isang mabilis na desisyon sa saklaw (nang walang tulong mula sa iyong doktor o ibang tagapagreseta), magpapasya kami kung makakakuha ka ng isang mabilis na desisyon sa saklaw.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- Kung mapagpasyahan namin na hindi nakakatugon ang iyong medikal na kundisyon sa mga kinakailangan para sa mabilis na desisyon sa saklaw, gagamitin na lang namin ang mga karaniwang takdang araw.
 - Padadalhan ka namin ng sulat na mag-aabiso sa iyo tungkol doon. Sasabihin sa iyo ng sulat kung paano magrereklamo tungkol sa aming pagpapasya upang bigyan ka ng isang karaniwang pagpapasya.
 - Maaari kang maghain ng isang “mabilis na reklamo” at makakuha ng tugon sa iyong reklamo sa loob ng 24 oras. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa proseso ng pagrereklamo, kabilang ang mabibilis na reklamo, tingnan sa Seksyon 10 sa pahina 244.

Mga takdang araw para sa isang “mabilis na desisyon sa saklaw”

- Kung gumagamit kami ng mga mabilis na takdang araw, dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot saloob ng 24 na oras. Nangangahulugan itong 24 oras pagkatapos namin makuha ang iyong kahilingan. O, kung humihiling ka ng isang pagbubukod, 24 oras pagkatapos naming makuha ang pahayag ng iyong doktor o tagapagreseta na sumusuporta sa iyong kahilingan. Mas maaga naming ibibigay sa iyo ang aming sagot kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan.
- Kung hindi namin matutugunan ang takdang araw na ito, ipapadala namin ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Sa Antas 2, susuriin ng Entidad ng Malayang Pagrepaso ang iyong kahilingan.
- **Kung ang sagot namin ay Oo** sa bahagi o lahat ng iyong hiningi, dapat naming ibigay sa iyo ang saklaw sa loob ng 24 na oras matapos naming matanggap ang iyong hiling o ang pahayag na sumusuporta sa iyong hiling mula sa iyong doktor o tagapagreseta.
- **Kung ang sagot namin ay Hindi** sa bahagi o lahat ng hiningi mo, padadalhan ka namin ng sulat na nagpapaliwanag kung bakit sinabi namin ang **Hindi**. Ipaliwanag din ng sulat kung paano mo maaaring iapela ang aming desisyon.

Mga deadline para sa isang “karaniwang desisyon ng pagsaklaw” tungkol sa isang gamot na hindi mo pa natatanggap

- Kung ginagamit namin ang mga karaniwang takdang araw, dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan. O kaya, kung humihiling ka ng pagbubukod, pagkatapos naming makuha ang sumusuportang pahayag ng iyong doktor o ng tagapagreseta sa iyo. Mas maaga naming ibibigay sa iyo ang aming sagot kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan.
- Kung hindi namin matutugunan ang takdang araw na ito, ipapadala namin ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Sa Antas 2, susuriin ng Entidad ng Malayang Pagrepaso ang iyong kahilingan.



- **Kung ang sagot namin ay Oo** sa bahagi o lahat ng iyong hiningi, dapat naming aprubahan o ibigay ang saklaw sa loob ng 72 oras matapos naming matanggap ang iyong hiling o, kung humihingi ka ng pagbubukod, ang sumusuportang pahayag ng iyong doktor o tagapagreseta.
- **Kung ang sagot namin ay Hindi** sa bahagi o lahat ng hiningi mo, padadalhan ka namin ng sulat na nagpapaliwanag kung bakit sinabi namin ang **Hindi**. Ipaliliwanag din ng sulat kung paano mo maaaring iapela ang aming desisyon.

Mga takdang araw para sa “karaniwang desisyon sa saklaw” tungkol sa pagbabayad sa isang gamot na nabili mo na

- Dapat namin ibigay sa iyo ang aming sagot sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo pagkatapos namin makuha ang iyong kahilingan.
- Kung hindi namin matutugunan ang takdang araw na ito, ipapadala namin ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Sa Antas 2, susuriin ng Entidad ng Malayang Pagrepaso ang iyong kahilingan.
- **Kung ang sagot namin ay Oo** sa bahagi o lahat ng hiningi mo, babayaran ka namin sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo.
- **Kung ang sagot namin ay Hindi** sa bahagi o lahat ng hiningi mo, padadalhan ka namin ng sulat na nagpapaliwanag kung bakit sinabi namin ang **Hindi**. Ipaliliwanag din ng sulat kung paano mo maaaring iapela ang aming desisyon.



• Seksyon 6.5: Antas 1 na Apela para sa mga Part D na gamot

- Para magsimul sa iyong apela, ikaw, ang iyong doktor o ang tagapagreseta, o ang iyong kinatawan ay dapat na makipag-ugnayan sa amin.
- Kung ikaw ay humihingi ng karaniwang apela, maaari kang mag-apela sa pamamagitan ng pagpapadala ng nakasulat na kahilingan. Maaari ka ring humingi ng apela sa pamamagitan ng pagtawag sa amin sa 1-833-370-7466 (TTY: 711), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo.
- Kung gusto mo ng isang mabilis na apela, maaari kang umapela sa sulat o maaari mo kaming tawagan.
- Gawin ang iyong hiling na apela **sa loob ng 60 araw sa kalendaryo** mula sa petsa na nasa abiso na ipinadala namin upang sabihin sa iyo ang aming desisyon. Kung nalampasan mo ang takdang araw na ito at mayroong magandang dahilan para malampasan ito, maaari ka naming bigyan ng karagdagang oras upang umapela. Halimbawa, ang mga magandang dahilan kung malalampasan mo ang takdang araw ay kung mayroon kang malubhang karamdaman na pumipigil sa iyong makipag-ugnayan sa amin o kung binigyan ka namin ng mali o kulang na impormasyon tungkol sa takdang araw para sa paghiling ng isang apela.
- Mayroon kang karapatan na humingi sa amin ng kopya ng impormasyon tungkol sa iyong apela. Upang humingi ng isang kopya, tumawag sa Pharmacy Member Services sa 1-833-370-7466 (TTY: 711) 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo.

Sa isang sulyap: Paano gumawa ng Antas 1 na Apela

Ikaw, ang iyong doktor o tagapagreseta, o ang iyong kinatawan ay maaaring isulat ang iyong kahilingan at ipadala ito sa amin sa koreo o ipadala ito sa amin sa fax. Maaari ka ring humingi ng apela sa pamamagitan ng pagtawag sa amin.

- Humingi **sa loob ng 60 araw** ng desisyon na iyong inaapela. Kung nalampasan mo ang takdang araw nang may magandang dahilan, maaari ka pa ring umapela.
- Ikaw, ang iyong doktor o tagapagreseta, o ang iyong kinatawan ay maaari kaming tawagan upang humiling ng isang mabilis na apela.
- Basahin ang seksyong ito upang matiyak na kuwalipikado ka para sa mabilis na desisyon! Basahin rin ito upang maghanap ng impormasyon tungkol sa mga takdang araw ng desisyon.



Ang legal na termino para sa isang apela sa plan tungkol sa isang desisyon sa saklaw sa Part D na gamot ay **“muling pagpapasya”** ng plan.

Kung gusto mo, ikaw at ang iyong doktor o ibang pang tagapagreseta ay maaaring magbigay sa amin ng karagdagang impormasyon upang suportahan ang iyong apela.

Kung kailangan ito ng kalusugan mo, humingi ng isang “mabilis na apela”

- Kung umaapela ka sa isang pagpapasya na ginawa ng aming plan tungkol sa isang gamot na hindi pa mo natatanggap, ikaw at ang iyong doktor o ibang tagapagreseta ay kakailanganing magpasiya kung kailangan mo ng isang “mabilis na apela.”
- Ang mga kailangan sa pagkuha ng “mabilis na apela” ay tulad ng sa pagkuha ng “mabilis na desisyon sa saklaw” sa Seksyon 6.4 sa pahina 216.

Ang legal na termino para sa “mabilis na apela” ay **“pinabilis na muling pagpapasya.”**

Rerepasuhin ng aming plan ang iyong apela at bibigyan ka ng aming desisyon

- Maingat naming titingnan muli ang lahat ng impormasyon tungkol sa iyong kahilingan para sa pagsaklaw. Susuriin namin upang makita kung sinusunod namin ang lahat ng patakaran kapag sinabi namin ang **Hindi** sa iyong kahilingan. Maaari kaming makipag-ugnayan sa iyo o sa iyong doktor o ibang pang tagapagreseta upang makakuha ng higit pang impormasyon. Ang tagarepaso ay isang tao na hindi gumawa ng orihinal na desisyon sa saklaw.

Mga takdang araw para sa isang “mabilis na apela”

- Kung gumagamit kami ng mga mabilis na takdang araw, ibibigay namin sa iyo ang aming sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos namin makuha ang iyong apela, o mas maaga kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan.
- Kung hindi kami magbibigay sa iyo ng sagot sa loob ng 72 oras, ipapadala namin ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng pag-apela. Sa Antas 2, susuriin ng isang Entidad ng Malayang Pagrepaso ang iyong apela.
- **Kung ang sagot namin ay Oo** sa bahagi o lahat ng iyong hiningi, dapat naming ibigay ang saklaw sa loob ng 72 oras matapos naming matanggap ang iyong apela.
- **Kung ang sagot namin ay Hindi** sa bahagi o lahat ng hiningi mo, padadalhan ka namin ng sulat na nagpapaliwanag kung bakit sinabi namin ang **Hindi**.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Mga takdang araw para sa isang “karaniwang apela”

- Kung gumagamit kami ng mga karaniwang takdang araw, ibibigay namin sa iyo ang aming sagot sa loob ng 7 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang iyong apela, o mas maaga kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan. Kung hinihiling mo na bayaran ka namin para sa isang gamot na nabili mo na, dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot sa loob ng 14 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang iyong apela. Kung sa palagay mo kinakailangan ito ng iyong kalusugan, dapat kang humiling ng isang “mabilis na apela.”
- Kung hindi ka namin bigyan ng desisyon sa loob ng 7 araw sa kalendaryo, o 14 na araw kung hiningi mo sa amin na bayaran ka para sa gamot na binili mo na, ipadadala namin ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng apela. Sa Antas 2, susuriin ng isang Entidad ng Malayang Pagrepaso ang iyong apela.
- **Kung ang sagot namin ay Oo** sa bahagi o lahat ng hiningi mo:
 - Kung aprubahan namin ang isang kahilingan para sa pagsaklaw, dapat naming ibigay sa iyo ang saklaw nang kasing bilis ng kinakailangan ng kalusugan mo, ngunit hindi lalampas sa 7 araw sa kalendaryo matapos naming matanggap ang iyong apela_o 14 na araw kung hiningi mo sa amin na bayaran ka para sa isang gamot na nabili mo na.
 - Kung aaprubahan namin ang isang kahilingan na bayaran ka para sa isang gamot na nabili mo na, magpapadala kami sa iyo ng bayad sa loob ng 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming makuha ang iyong paghiling ng apela.
- **Kung ang sagot namin ay Hindi** sa bahagi o lahat ng hiningi mo, padadalhan ka namin ng sulat na nagpapaliwanag kung bakit sinabi namin ang **Hindi** at sasabihin kung paano iapela ang aming desisyon.



• Seksyon 6.6: Antas 2 na Apela para sa mga Part D na gamot

Kung sabihin naming **Hindi** sa bahagi o sa lahat ng iyong apela, maaari kang pumili kung tatanggapin ang desisyong ito o gagawa ng isa pang apela. Kung magpasya kang magpatuloy sa Antas 2 na Apela, susuriin ng Entidad ng Malayang Pagrepaso (IRE) ang aming desisyon.

- Kung gusto mong suriin ng IRE ang iyong kaso, dapat mong isulat ang iyong kahilingan sa pag-apela. Ang ipapadala naming sulat tungkol sa aming pagpapasya sa Antas 1 na Apela ay ipapaliwanag kung paano humiling ng Antas 2 na Apela.
- Kapag umapela ka sa IRE, ipapadala namin sa kanila ang file ng iyong kaso. May karapatan ka na humingi sa amin ng kopya ng file ng iyong kaso sa pamamagitan ng pagtawag sa Pharmacy Member Services sa 1-833-370-7466- 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo.
- Mayroon kang karapatan na magbigay sa IRE ng iba pang impormasyon upang suportahan ang iyong apela.
- Ang IRE ay isang hiwalay na organisasyon na inuupahan ng Medicare. Hindi ito konektado sa aming plano at hindi ito isang ahensiya ng pamahalaan.
- Maingat na rerepasuhin ng mga tagasuri sa IRE ang lahat ng impormasyon kaugnay ng iyong apela. Padadalhan ka ng sulat ng organisasyon na nagpapaliwanag sa mga desisyon nito.

Sa isang sulyap: Paano gumawa ng Antas 2 na Apela

Kung gusto mong suriin ng Entidad ng Malayang Pagrepaso ang iyong kaso, nakasulat dapat ang iyong kahilingan sa pag-apela.

- Humingi **sa loob ng 60 araw** ng desisyon na iyong inaapela. Kung nalampasan mo ang takdang araw nang may magandang dahilan, maaari ka pa ring umapela.
- Ikaw, ang iyong doktor o ibang tagapagreseta, o ang iyong kinatawan ay maaaring humiling ng Antas 2 na Apela.
- Basahin ang seksyong ito upang matiyak na kuwalipikado ka para sa mabilis na desisyon! Basahin rin ito upang maghanap ng impormasyon tungkol sa mga takdang araw ng desisyon.

Ang legal na termino para sa isang apela sa IRE tungkol sa isang Part D na gamot ay “muling pagpapasya.”

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Mga takdang araw para “mabilis na apela” sa Antas 2

- Kung kinakailangan ito para sa iyong kalusugan, humiling ng “mabilis na apela” sa Entidad ng Malayang Pagrepaso (IRE).
- Kung papayag ang IRE na bigyan ka ng “mabilis na apela,” dapat itong magbigay sa iyo ng sagot sa iyong Antas 2 na Apela sa loob ng 72 oras pagkatapos matanggap ang iyong kahilingan sa pag-apela.
- Kung sinasabi ng IRE ang **Oo** sa bahagi o lahat ng iyong hiningi, dapat naming pahintulutan o ibigay sa iyo ang saklaw sa gamot sa loob ng 24 na oras matapos naming matanggap ang desisyon.

Mga takdang araw para sa “karaniwang apela” sa Antas 2

- Kung mayroon kang karaniwang apela sa Antas 2, dapat magbigay sa iyo ang Entidad ng Malayang Pagrepaso (IRE) ng sagot sa iyong Antas 2 na Apela sa loob ng 7 araw sa kalendaryo pagkatapos nitong matanggap ang iyong apela, o 14 na araw kung hiningi mo sa amin na bayaran ka para sa isang gamot na binili mo na.
- Kung sinasabi ng IRE ang **Oo** sa bahagi o lahat ng iyong hiningi, dapat naming pahintulutan o ibigay sa iyo ang saklaw sa gamot sa loob ng 72 oras matapos naming matanggap ang desisyon.
- Kung aaprubahan ng IRE ang isang kahilingan na bayaran ka para sa isang gamot na nabili mo na, magpapadala kami ng bayad sa iyo sa loob ng 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang desisyon.

Paano kung sabihin ng Entidad ng Malayang Pagrepaso ang Hindi sa iyong Antas 2 na Apela?

Ang ibig sabihin ng **Hindi** ay sumasang-ayon ang Entidad ng Malayang Pagrepaso (IRE) sa aming desisyon na hindi aprubahan ang iyong kahilingan. Tinatawag itong “pagsuporta sa desisyon.” Tinatawag rin itong “pagtanggì sa iyong apela.”

Kung gusto mong sumailalim sa proseso ng Antas 3 na pag-apela, dapat ay nakakatugon ang mga gamot na hinihiling mo sa isang pinakamababang halaga sa dolyar. Kung mas mababa sa pinakamababang antas ang halaga sa dolyar, hindi ka na maaaring umapela pa. Kung sapat ang taas ng halaga sa dolyar, maaari kang humiling ng Antas 3 na apela. Nakasaad sa sulat na matatanggap mo mula sa IRE ang halaga sa dolyar na kinakailangan upang magpatuloy sa proseso ng pag-apela.



Seksyon 7: Paghingi sa amin na saklawin ang mas matagal na pananatili sa ospital

Kapag ipinasok ka sa isang ospital, mayroon kang karapatan na makakuha ng lahat ng serbisyo sa ospital na sinasaklaw namin na kinakailangan upang masuri at magamot ang iyong karamdaman o pinsala.

Sa saklaw na pamamalagi mo sa ospital, makikipagtulungan sa iyo ang iyong doktor at mga tauhan ng ospital upang maghanda para sa araw ng pag-alis mo sa ospital. Tutulong rin silang mag-ayos para sa anumang pangangalaga na maaaring kailanganin mo pagkatapos mong umalis.

- Ang araw ng pag-alis mo sa ospital ay tinatawag na iyong “petsa ng paglabas.”
- Sasabihin sa iyo ng iyong doktor o ospital kung ano ang petsa ng paglabas mo.

Kung sa palagay mo na masyadong maaga ang paghiling sa iyong umalis sa ospital, maaari kang humiling ng mas mahabang pamamalagi sa ospital. Sasabihin sa iyo ng seksyong ito kung paano hihiling.

• Seksyon 7.1: Pag-aaral tungkol sa iyong mga karapatan sa Medicare

Sa loob ng dalawang araw pagkatapos kang maipasok sa ospital, bibigyan ka ng isang caseworker o nurse ng isang abiso na tinatawag na “Isang Mahalagang Mensahe mula sa Medicare tungkol sa mga Karapatan Mo.” Kung hindi ka makakakuha ng abisong ito, humingi nito sa sinumang empleyado ng ospital. Kung kailangan mo ng tulong, pakitawagan ang Member Services sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Maaari ka ring tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Libre ang tawag na ito.

Basahin nang maingat ang abisong ito at magtanong kung hindi mo ito maintindihan. Sa “Mahalagang Mensahe”, malalaman mo ang iyong mga karapatan bilang pasyente sa ospital, kabilang ang iyong mga karapatan na:

- Makatanggap ng mga serbisyong saklaw ng Medicare sa panahon at pagkatapos ng pananatili mo sa ospital. Mayroon kang karapatang malaman kung anu-ano ang mga serbisyong ito, sino ang mababayad sa mga ito, at saan mo makukuha ang mga ito.
- Maging bahagi ng anumang pagpapasya hinggil sa tagal ng pamamalagi mo sa ospital.
- Malaman kung saan iuulat ang mga alalahanin mo hinggil sa kalidad ng natatanggap mong pangangalaga sa ospital.
- Umapela kung sa palagay mo ay masyado pang maaga para palabasin ka ng ospital.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Dapat mong pirmahan ang abiso ng Medicare upang ipakita na nakuha mo ito at nauunawan ang mga karapatan mo. Ang paglagda sa abiso ay **hindi** nangangahulugan na sumasang-ayon ka sa petsa ng paglabas na maaaring sinabi sa iyo ng iyong doktor o kawani ng ospital.

Itago ang kopya mo ng pinirmahang abiso para mayroon kang impormasyon kung kailangan mo ito.

- Upang tingnan nang maaga ang isang kopya ng abisong ito, maaari kang tumawag sa Member Services sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Maaari ka ring tumawag sa 1 -800 MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Libre ang tawag.
- Makikita mo rin ang abiso online sa <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.
- Kung kailangan mo ng tulong, mangyaring tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro o Medicare sa mga numerong nakalista sa itaas.

• Seksyon 7.2: Antas 1 na Apela upang baguhin ang petsa ng iyong paglabas sa ospital

Kung gusto mong saklawin namin ang mga serbisyo sa iyo sa pamamalagi sa ospital para sa mas mahabang panahon, dapat kang humiling ng isang apela. Ang Quality Improvement Organization ang gagawa ng isang Antas 1 na pagsusuri sa Apela upang makita kung ang naplanong petsa ng paglabas mo ay medikal na naaangkop para sa iyo. Sa California, ang Quality Improvement Organization ay tinatawag na Livanta.

Upang gumawa ng apela para baguhin ang petsa ng iyong paglabas tumawag sa Livanta sa: 1-877-588-1123.

Tumawag kaagad!

Tumawag sa Quality Improvement Organization **bago** ka umalis sa ospital at hindi lalampas sa petsa ng iyong nakaplanong paglabas. Ang “Isang Importantanteng Mensahe mula sa Medicare tungkol sa Iyong mga Karapatan” ay naglalaman ng impormasyon kung paano makipag-ugnayan sa Quality Improvement Organization.

- **Kung tumawag ka bago umalis,** pinapayagan ka na manatili sa ospital pagkatapos ng iyong planong petsa ng paglabas nang hindi ito binabayaran habang naghihintay ka na makuha ang desisyon sa iyong apela mula sa Quality Improvement Organization.
 - **Kung hindi ka tumawag upang mag-apela,** at nagpasya kang manatili sa ospital pagkatapos ng iyong naka-planong petsa ng paglabas, maaaring kailanganin mong bayaran ang lahat ng gastos para sa pangangalag ng ospital na natanggap mo matapos ang iyong nakaplanong petsa ng paglabas.
 - **Kung nalampasan mo ang takdang araw** para makipag-ugnayan sa Quality Improvement Organization tungkol sa iyong apela, maaari mong gawin ang iyong apela nang direkta sa aming plan sa halip. Para sa mga detalye, tignan ang Seksyon 7.4 sa pahina 230.
 - Dahil ang mga pananatili sa ospital ay saklaw ng parehong Medicare at Medi-Cal, kung hindi diringgin ng Quality Improvement Organization ang iyong kahilingan na ituloy ang iyong pananatili sa ospital, o naniniwala ka na agaran ang iyong sitwasyon, nagsasangkot ng agaran at malubhang banta sa iyong kalusugan, o mayroon kang matinding pananakit, maaari ka ring magsampa ng reklamo sa o humingi sa California Department of Managed Health Care (DMHC) ng isang Malayang Medikal na Pagrepaso. Mangyaring pumunta sa Seksyon 5.4 sa pahina 203 upang malaman kung paano magsampa ng reklamo at humingi sa DMHC ng Malayang Medikal na Pagrepaso.
- Gusto naming makatiyak na naiintindihan mo kung ano ang dapat mong gawin at kung anu-ano ang mga takdang araw.
- **Humingi ng tulong kung kailangan mo ito.** Kung may mga tanong ka o kailangan mo ng tulong sa anumang oras, mangyaring tumawag sa Member Services sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Maaari ka ring tumawag sa Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) sa 1-800-434-0222. O maaari kang tumawag sa Cal MediConnect Ombuds Program sa 1-855-501-3077.

Sa isang sulyap: Paano gumawa ng isang Antas 1 na Apela upang baguhin ang petsa ng iyong paglabas sa ospital

Tumawag sa Quality Improvement Organization para sa inyong estado sa 1-877-588-1123 at humingi ng isang “mabilis na pagrepaso.”

Tumawag bago ka umalis ng ospital at bago ang nakaplanong petsa ng paglabas mo.

Ano ang Quality Improvement Organization?

Ito ay isang grupo ng mga doktor at ibang mga propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng pederal na pamahalaan. Ang mga ekspertong ito ay hindi bahagi ng aming plan. Binabayaran ang mga ito ng Medicare upang suriin at tulungang pahusayin ang kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare.

Humingi ng “mabilis na pagrepaso”

Dapat kang humingi sa Quality Improvement Organization ng **“mabilis na pagrepaso”** ng iyong paglabas. Nangangahulugan ang paghingi ng “mabilis na pagrepaso” na humihingi ka sa organisasyon na gamitin ang mabilis na mga takdang araw sa apela sa halip na gamitin ang karaniwang takdang araw.

Ang legal na termino para sa “mabilis na pagrepaso” ay “agarang pagrepaso.”

Ano ang nangyayari sa panahon ng mabilis na pagrepaso?

- Tatanungin ka o ang iyong kinatawan ng mga tagasuri sa Quality Improvement Organization kung bakit sa palagay mo dapat magpatuloy ang pagsaklaw pagkatapos ng naplanong petsa ng paglabas. Hindi mo kailangang maghanda ng kahit anong nakasulat, nguni't maaari mo itong gawin kung gusto mo.
- Titingnan ng mga tagasuri ang iyong medikal na talaan, kakausapin ang iyong doktor, at susuriin ang lahat ng impormasyon na may kaugnayan sa iyong pamamalagi sa ospital.
- Sa tanghali ng araw matapos sabihin sa amin ng mga nagrepaso ang tungkol sa iyong apela, makakatanggap ka ng sulat na nagbibigay ng iyong planong petsa ng paglabas. Ipinapaliwang sa sulat ang mga dahilan kung bakit ang iyong doktor, ang ospital, at sa palagay namin ay tama ito para sa iyong paglabas sa petsang iyon.

Ang legal na termino para sa nakasulat na paliwanag na ito ay tinatawag na **“Detalyadong Abiso ng Paglabas.”** Makukuha mo ang sample na kopya sa pamamagitan ng pagtawag sa Member Services sa **1-855-817-5785 (TTY: 711) Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m.** Maaari ka ring tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Libre ang tawag na ito. O makikita mo rin ang sampol na abiso online sa <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Paano kung ang sagot ay Oo?

- Kung sinabi ng Quality Improvement Organization ang **Oo** sa iyong apela, dapat naming patuloy na saklawin ang iyong mga serbisyo sa ospital hangga't ang mga ito ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan.

Paano kung ang sagot ay Hindi?

- Kung sinabi ng Quality Improvement Organization ang **Hindi** sa iyong apela, sinasabi nila na ang iyong nakaplanong petsa ng paglabas ay hindi medikal na naaangkop. Kung mangyayari ito, ang aming pagsaklaw para sa mga serbisyo sa iyo sa pananatili sa ospital ay matatapos sa tanghali sa araw pagkatapos ibigay sa iyo ng Quality Improvement Organization ang sagot nito.
- Kung sinabi ng Quality Improvement Organization ang **Hindi** at magpasya ka na manatili sa ospital, maaaring kailanganin mong bayaran ang iyong patuloy na pananatili sa ospital. Ang gastos sa pangangalaga sa ospital na maaari mong kailanganing bayaran ay magsisimula sa tanghali sa araw pagkatapos ibigay sa iyo ng Quality Improvement Organization ang sagot nito.
- Kung tinanggihan ng Quality Improvement Organization ang iyong apela at nanatili ka sa ospital pagkatapos ng iyong planong petsa ng paglabas, maaari kang gumawa ng Antas 2 na apela ayon sa inilalarawan sa susunod na Seksyon.

• Seksyon 7.3: Antas 2 na Apela upang baguhin ang petsa ng iyong paglabas sa ospital

Kung tinanggihan ng Quality Improvement Organization ang iyong apela at mananatili ka sa ospital pagkalipas ng takdang petsa ng paglabas mo, maaari kang maghain ng Antas 2 na Apela. Kakailanganin mong makipag-ugnayan muli sa Quality Improvement Organization at humiling ng isa pang pagsusuri.

Hingin ang Antas 2 na pagrepaso **sa loob ng 60 araw sa kalendaryo** matapos ang araw na sinabi ng Quality Improvement Organization ang **Hindi** sa iyong Antas 1 na Apela. Maaari ka lang humiling ng ganitong pagsusuri kung nanatili ka sa ospital pagkatapos ng petsa nang matapos ang pagsaklaw sa iyo para sa pangangalaga.

Sa California, ang Quality Improvement Organization ay tinatawag na Livanta. Matatawagan mo ang Livanta sa: 1-877-588-1123.

- Gagawin ng mga tagarepaso ng Quality Improvement Organization ang isa pang maingat na pagrerepaso sa lahat ng impormasyon kaugnay ng iyong apela.
- Sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo sa pagtanggap ng iyong kahilingan para sa pangalawang pagsusuri, magpapasiya ang mga tagasuri ng Quality Improvement Organization.

Sa isang sulyap: Paano gumawa ng isang Antas 2 na Apela upang baguhin ang petsa ng iyong paglabas sa ospital

Tawagan ang Quality Improvement Organization para sa inyong estado sa 1-877-588-1123 at humingi ng isa pang pagrerepaso.

Ano ang mangyayari kung ang sagot ay Oo?

- Dapat ka naming bayaran para sa aming bahagi sa mga gastos sa pangangalaga sa ospital na natanggap mo simula sa tanghali ng araw pagkalipas ng petsa ng desisyon sa unang apela mo. Dapat kaming patuloy na magbigay ng pagsaklaw para sa iyong pangangalaga sa ospital bilang inpatient hangga't ito ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan.
- Dapat mong patuloy na bayaran ang iyong bahagi sa mga gastos at maaaring gumamit ng mga limitasyon sa pagsaklaw.

Ano ang mangyayari kung ang sagot ay Hindi?

Nangangahulugan ito na sumasang-ayon ang Quality Improvement Organization sa desisyon sa Antas 1 at hindi ito babaguhin. Sasabihin sa iyo ng makukuha mong sulat kung ano ang dapat mong gawin kung nais mong ipagpatuloy ang proseso ng apela.

Kung hindi pinaboran ng Quality Improvement Organization ang iyong Level 2 Appeal, maaaring kailanganin mong bayaran ang buong halaga para sa iyong pananatili pagkatapos ng iyong nakatakdang petsa ng paglabas.

Maaari ka ring magsampa ng reklamo o humingi sa DMHC ng Malayang Medikal na Pagrepaso upang ituloy ang pananatili mo sa ospital. Mangyaring pumunta sa Seksyon 5.4 sa pahina 203 upang malaman kung paano magsampa ng reklamo sa at humingi sa DMHC ng Malayang Medikal na Pagrepaso.

• Seksyon 7.4: Ano ang mangyayari kung malampasan ko ang takdang araw sa pag-apela?

Kung nalampasan mo ang mga huling araw ng pag-apela, mayroong isa pang paraan upang gumawa ng Antas 1 at Antas 2 na mga Apela, na tinatawag na Mga Alternatibong Apela. Ngunit ang unang dalawang antas ng apela ay magkaiba.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Antas 1 na Kahaliling Apela upang baguhin ang petsa ng iyong paglabas sa ospital

Kung hindi mo inabot ang takdang araw para makipag-ugnayan sa Quality Improvement Organization, maaari kang umapela sa amin, humihiling ng isang “mabilis na pagsusuri.” Ang isang mabilis na pagsusuri ay isang apela na gumagamit ng mabilis na mga huling araw sa halip na mga karaniwang huling araw.

- Sa pagrerepaso na ito, titingnan namin ang lahat ng impormasyon tungkol sa pananatili mo sa ospital. Sinusuri namin kung ang desisyon tungkol sa kung kailan ka dapat lumabas ng ospital ay patas at sinunod ang lahat ng patakaran.
- Gagamitin namin ang mabilis na mga takdang araw kaysa sa mga karaniwang takdang araw para magbigay sa iyo ng sagot sa pagsusuring ito. Ang ibig sabihin nito, ibibigay namin sa iyo ang aming desisyon sa loob ng 72 oras pagkatapos mong humiling ng “mabilis na pagsusuri.”
- **Kung sabihin namin ang Oo sa iyong mabilis na pagrepaso,** nangangahulugan ito na sumasang-ayon kami na kailangan mo pang maging nasa ospital pagkatapos ng petsa ng paglabas. Patuloy naming sasaklawin ang mga serbisyo sa ospital hangga't ito ay medikal na kinakailangan.
- Nangangahulugan din ito na sumasang-ayon kami na bayaran ka para sa aming bahagi sa mga gastos sa pangangalagang natanggap mo simula sa petsa kung kailan namin sinabi na wawakasan ang iyong saklaw.
- **Kung sabihin namin ang hindi sa iyong mabilis na pagrepaso,** sinasabi namin na ang iyong nakaplanong petsa ng paglabas ay hindi medikal na naaangkop. Matatapos ang aming pagsaklaw sa mga serbisyo sa iyo sa pananatili sa ospital sa araw na sinabi namin na dapat matapos ang pagsaklaw.
 - Kung nanatili ka sa ospital pagkatapos ng iyong nakaplanong petsa ng paglabas, **maaaring kailanganin mong bayaran ang buong gastos** ng pangangalaga sa ospital na natanggap mo pagkatapos ng nakaplanong petsa ng paglabas.

Sa isang sulyap: Paano gumawa ng Antas 1 na Kahaliling Apela

Tawagan ang numero ng aming Member Services at humiling ng isang “mabilis na pagsusuri” ng petsa ng paglabas mo sa ospital.

Ibibigay namin sa iyo ang aming desisyon sa loob ng 72 oras.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bisitahin ang duals.anthem.com.



- Upang makasiguro na kami ay sumusunod sa mga patakaran kapag sinabi namin ang **Hindi** sa iyong mabilis na apela, ipadadala namin ang iyong apela sa Entidad ng Malayang Pagrepaso. Kapag ginawa namin ito, nangangahulugan ito na ang kaso mo ay awtomatikong pupunta sa Antas 2 ng proseso ng apela.

Ang legal na termino para sa “mabilis na pagrepaso” o “mabilis na apela” ay “**pinabilis na apela.**”

Antas 2 na Kahaliling Apela upang baguhin ang petsa ng iyong paglabas sa ospital

Ipapadala namin ang impormasyon para sa iyong Antas 2 na Apela sa Entidad ng Malayang Pagrepaso (IRE) sa loob ng 24 na oras simula sa petsa kung kailan namin ibibigay sa iyo ang desisyon namin sa Antas 1. Kung sa palagay mo hindi namin natutugunan ang takdang araw na ito o ibang mga takdang araw, maaari kang magreklamo. Ang Seksyon 10 sa pahina 244 ay nagsasabi kung paano gumawa ng reklamo.

Sa Antas 2 na Apela, nirerepaso ng IRE ang desisyon na ginawa namin kapag sinabi namin na **Hindi** sa iyong “mabilis na pagrepaso.” Ipinapasya ng organisasyon na ito kung ang desisyong ginawa namin ay dapat baguhin.

- Isinasagawa ng IRE ang “mabilis na pagsusuri” ng iyong apela. Madalas na tumutugon ang mga tagasuri sa loob ng 72 oras.
- Ang IRE ay isang hiwalay na organisasyon na inuupahan ng Medicare. Hindi konektado sa aming plan ang organisasyong ito at hindi ito isang ahensiya ng pamahalaan.

Sa isang sulyap: Paano gumawa ng Antas 2 na Kahaliling Apela

Wala kang kailangan gawin. Awtomatikong ipapadala ng plano ang iyong apela sa Entidad ng Malayang Pagrepaso.

- Susuriin nang mabuti ng mga tagasuri sa IRE ang lahat ng impormasyong nauugnay sa iyong apela hinggil sa paglabas mo ng ospital.
- Kung sabihin ng IRE ang **Oo** sa iyong apela, dapat ka naming bayaran para sa aming bahagi ng mga gastos ng pangangalaga sa ospital na natanggap mo mula sa petsa ng iyong nakaplanong paglabas. Dapat din naming ipagpatuloy ang aming saklaw sa mga natatanggap mong serbisyo sa ospital hangga’t medikal na kinakailangan ang mga ito.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- Kung sabihin ng IRE ang **Hindi** sa iyong apela, nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila sa amin na ang iyong nakaplanong petsa ng paglabas sa ospital ay medikal na naaangkop.
- Sa sulat na matatanggap mo mula sa IRE, malalaman mo kung ano ang magagawa mo kung gusto mong magpatuloy sa proseso ng pagsusuri. Magbibigay ito sa iyo ng mga detalye tungkol sa kung paano magpapatuloy sa isang Level 3 Appeal, na hinahawakan ng isang hukom.

Maaari ka ring magsampa ng reklamo at humingi sa DMHC ng Malayang Medikal na Pagrepaso upang ituloy ang pananatili mo sa ospital. Mangyaring pumunta sa Seksyon 5.4 sa pahina 203 upang malaman kung paano magsampa ng reklamo sa at humingi sa DMHC ng Malayang Medikal na Pagrepaso. Maaari kang humingi ng Malayang Medikal na Pagrepaso bilang karagdagan sa o sa halip na Antas 3 na Apela.



Seksyon 8: Ano ang dapat gawin kung sa palagay mo na ang iyong mga serbisyong pangangalaga sa kalusugan sa tahanan, bihasang pangangalaga ng nurse, o Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) ay magtatapos sa lalong madaling panahon

Ang seksyong ito ay tungkol lang sa mga sumusunod na uri ng pangangalaga:

- Mga serbisyo ng pangangalaga ng kalusugan sa tahanan.
- May kakayahang pangangalaga sa isang skilled nursing facility.
- Pangangalagang rehabilitasyon na natatanggap mo bilang outpatient sa isang Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) na aprubado ng Medicare. Karaniwan na, nangangahulugan ito na nakakakuha ka ng paggamot para sa isang karamdaman o aksidente o ikaw ay gumagaling mula sa isang malaking operasyon.
 - Sa alinman sa tatlong uri ng pangangalaga na ito, mayroon kang karapatang makakuha ng mga saklaw na serbisyo hangga't sasabihin ng doktor na kailangan mo ito.
 - Kapag nagpasiya kaming itigil ang pagsaklaw sa alinman sa mga ito, dapat namin ito sabihin sa iyo bago matapos ang iyong mga serbisyo. Kapag natapos ang iyong pagsaklaw para sa pangangalagang iyon, ititigil namin ang pagbabayad ng iyong pangangalaga.

Kung sa palagay mo ay ititigil namin ang saklaw ng iyong pangangalaga sa lalong madaling panahon, **maaari mong iapela ang aming desisyon**. Sinasabi sa Seksyon na ito kung paano ka makakahingi ng apela.

• Seksyon 8.1: Sasabihin namin sa iyo nang maaga kapag magtatapos na ang iyong saklaw

Makakatanggap ka ng abiso nang hindi bababa sa dalawang araw bago kami tumigil sa pagbabayad para sa iyong pangangalaga. Tinatawag ito na “Abiso ng Medicare Hindi Pagsaklaw.”

- Sasabihin sa iyo ng nakasulat na petsa kung kailan ititigil ang pagsaklaw sa pangangalaga sa iyo.
- Sasabihin rin ng nakasulat na abiso kung paano mag-aapela sa pagpapasya na ito.

Dapat pirmahan mo o ng iyong kinatawan ang nakasulat na abiso upang ipakita na nakuha mo ito. Ang paglagda dito ay **hindi** nangangahulugan na sumasang-ayon ka sa plan na panahon na upang ihinto ang pagkuha ng pangangalaga.

Kapag natapos ang iyong saklaw, hihinto kami sa pagbabayad.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



• Seksyon 8.2: Antas 1 na Apela upang ipagpatuloy ang iyong pangangalaga

Kung sa palagay mo ay ititigil namin ang saklaw ng iyong pangangalaga sa lalong madaling panahon, maaari mong i-apela ang aming desisyon. Sinasabi sa Seksyon na ito kung paano ka makakahingi ng apela.

Bago mo simulan ang iyong apela, unawain kung ano ang kailangan mong gawin at kung ano ang mga takdang araw.

- **Matugunan ang mga takdang araw.** Mahalaga ang mga takdang araw. Siguraduhin lamang na naiintindihan mo at susunod sa mga takdang araw na naaangkop sa mga bagay na dapat mong gawin. Mayroon ding mga takdang araw na dapat sundin ng aming plan. (Kung sa palagay mo ay hindi kami sumusunod sa aming mga takdang araw, maaari kang magsampa ng isang reklamo. Ang Seksyon 10 sa pahina 244 ay nagsasabi kung paano maghain reklamo.)
- **Humingi ng tulong kung kailangan mo ito.** Kung may mga tanong ka o kailangan mo ng tulong sa anumang oras, mangyaring tumawag sa Member Services sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. O tumawag sa iyong State Health Insurance Assistance Program sa 1-800-434-0222.

Sa Antas 1 ng Apela, rerepasuhin ng Quality Improvement Organization ang iyong apela at magpapasya kung babaguhin ang desisyon na ginawa namin. Sa California, ang Quality Improvement Organization ay tinatawag na Livanta. Matatawagan mo ang Livanta sa: 1-877-588-1123. Makikita rin ang impormasyon tungkol sa pag-apela sa Quality Improvement Organization sa “Abiso sa Hindi Pagsaklaw ng Medicare”. Ito ay ang paunawa na natatanggap mo nang sinabihan ka na ititigil namin ang pagsaklaw sa iyong pangangalaga.

Ano ang Quality Improvement Organization?

Ito ay isang grupo ng mga doktor at ibang mga propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng pederal na pamahalaan. Ang mga ekspertong ito ay hindi bahagi ng aming plan. Binabayaran ang mga ito ng Medicare upang suriin at tulungang pahasayin ang kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare.

Sa isang sulyap: Paano gumawa ng Antas 1 na Apela upang hingin sa plan na ituloy ang iyong pangangalaga

Tumawag sa Quality Improvement Organization para sa inyong estado sa 1-877-588-1123 at humingi ng isang “mabilis na apela.”

Tumawag bago ka umalis sa ahensiya o pasilidad na nagbibigay ng pangangalaga mo at bago ang iyong binabalak na petsa ng paglabas.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Ano ang dapat mong hingin?

Humiling sa kanila ng “mabilis na apela.” Isa itong malayang pagsusuri ng kung ito ay medikal na naaangkop para sa amin na itigil ang iyong pagsaklaw para sa iyong mga serbisyo.

Ano ang iyong takdang araw para makipag-ugnayan sa organisasyon na ito?

- Dapat kang makipag-ugnayan sa Quality Improvement Organization nang hindi lalampas sa tanghali ng araw nang makuha mo ang nakasulat na abiso na nagsasabi sa iyo kung kailan namin ititigil ang pagsaklaw sa iyong pangangalaga.
- Kung nalampasan mo ang takdang araw para kontakin ang Quality Improvement Organization tungkol sa iyong apela, maaari kang direktang umapela sa amin. Para sa mga detalye tungkol sa iba pang paraan na ito upang maghain ng apela, basahin ang Seksyon 8.4 sa pahina 239.
- Kung hindi diringgin ng Quality Improvement Organization ang iyong kahilingan na ituloy ang saklaw sa iyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan o naniniwala ka na agaran ang iyong sitwasyon o nagsasangkot ng agaran at malubhang banta sa iyong kalusugan o mayroon kang matinding pananakit, maaari ka ring magsampa ng reklamo sa at humingi sa California Department of Managed Health Care (DMHC) ng isang Malayang Medikal na Pagrepaso. Mangyaring pumunta sa Seksyon 5.4 sa pahina 203 upang malaman kung paano magsampa ng reklamo sa at humingi sa DMHC ng Malayang Medikal na Pagrepaso.

Ang legal na termino para sa nakasulat na abiso ay “**Abiso ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare.**” Upang kumuha ng sample na kopya, tumawag sa Member Services sa 1-855-817-5785 (TTY: 711) **Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m.** o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Libre ang tawag na ito. O tingnan ang isang kopya online sa <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>.

Ano ang mangyayari sa pagrerepaso ng Quality Improvement Organization?

- Tatanungin ka o ang iyong kinatawan ng mga tagasuri sa Quality Improvement Organization kung bakit sa palagay mo ay dapat ipagpatuloy ang pagsaklaw sa mga serbisyo. Hindi mo kailangang maghanda ng kahit anong nakasulat, nguni’t maaari mo itong gawin kung gusto mo.
- Kapag humiling ka ng apela, dapat sumulat ang plan sa iyo at sa Quality Improvement Organization na nagpapaliwanag kung bakit dapat wakasan ang iyong mga serbisyo.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- Titingnan rin ng mga tagsuri ang iyong mga medikal na record, kakausapin ang iyong doktor, at susuriin ang impormasyon na ibinigay ng aming plan sa kanila.
- **Sa loob ng isang buong araw pagkatapos na mapasakamay ng mga tagarepaso ang lahat ng impormasyon na kailangan nila, sasabihin nila sa iyo ang kanilang desisyon.** Makakakuha ka ng isang sulat na nagpapaliwanag ng desisyon.

Ang legal na termino para sa sulat na nagpapaliwanag kung bakit dapat magwakas ang iyong mga serbisyo ay **“Detalyadong Paliwanag ng Hindi Pagsaklaw.”**

Ano ang mangyayari kung sinabi ng mga tagarepaso ang Oo?

- Kung sinabi ng mga tagarepaso ang **Oo** sa iyong apela, dapat naming patuloy na ibigay ang iyong mga saklaw na serbisyo hangga't ang mga ito ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan.

Ano ang mangyayari kung sinabi ng mga tagarepaso ang Hindi?

- Kung sinabi ng mga tagarepaso ang **Hindi** sa iyong apela, magwawakas ang iyong saklaw sa petsa na sinabi namin sa iyo. Ititigil namin ang pagbabayad ng aming bahagi sa mga halaga ng pangangalagang ito.
- Kung magpasya kang patuloy na makuha ang mga serbisyong pangangalaga ng kalusugan sa tahanan, pangangalaga sa skilled nursing facility, o Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) pagkatapos ng petsa na magwakas ang iyong saklaw, kailangan mong bayaran mismo ang buong halaga ng pangangalagang ito.

• Seksyon 8.3: Antas 2 na Apela upang ipagpatuloy ang iyong pangangalaga

Kung sinabi ng Quality Improvement Organization ang **Hindi** sa apela **at** pinili mong ituloy ang pagkuha ng pangangalaga matapos magwakas ang iyong saklaw para sa pangangalaga, makakagawa ka ng Antas 2 na Apela.

Sa Antas 2 na Apela, susuriing muli ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ang naging desisyon nila sa Antas 1. Kung sasabihin nila na sumasang-ayon sila sa desisyon sa Antas 1, maaaring kailanganin mong bayaran ang buong gastos para sa iyong pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, pangangalaga sa skilled nursing facility, o mga serbisyo sa Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) pagkatapos ng petsa nang sinabi namin na matatapos ang iyong pagsaklaw.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Sa California, ang Quality Improvement Organization ay tinatawag na Livanta. Matatawagan mo ang Livanta sa: 1-877-588-1123. Hingin ang Antas 2 na pagrepaso **sa loob ng 60 araw sa kalendaryo** matapos ang araw na sinabi ng Quality Improvement Organization ang **Hindi** sa iyong Antas 1 na Apela. Maaari kang makahingi ng pagrerepasong ito kung ikaw ay patuloy na nakakatanggap ng pangangalaga pagkatapos ng petsa na magwakas ang iyong saklaw sa pangangalaga.

- Gagawin ng mga tagarepaso ng Quality Improvement Organization ang isa pang maingat na pagrerepaso sa lahat ng impormasyon kaugnay ng iyong apela.
- Gagawa ang Quality Improvement Organization ng pagpapasya nito sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo pagkatapos matanggap ang iyong kahilingan sa pag-apela.

Ano ang mangyayari kung sinabi ng mga nagrerepasong organisasyon ang Oo?

- Dapat ka naming bayaran para sa aming bahagi ng mga gastos ng pangangalaga na natanggap mo mula sa pets kung kailan sinabi namin na magwawakas ang iyong saklaw. Dapat kaming patuloy na magbigay ng pagsaklaw para sa pangangalaga hangga't ito ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan.

Ano ang mangyayari kung sinabi ng nagrerepasong organisasyon ang Hindi?

- Nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila sa ginawa nilang pagpapasya sa Antas 1 na Apela at hindi ito papalitan.
- Sasabihin sa iyo ng makukuha mong sulat kung ano ang dapat gawin kung nanaisin mong ipagpatuloy ang proseso ng pagsusuri. Magbibigay ito sa iyo ng mga detalye tungkol sa kung paano magpapatuloy sa isang Level 3 Appeal, na hinahawakan ng isang hukom.
- Maaari kang magsampa ng reklamo sa at hingin sa DMHC ng Malayang Medikal na Pagrepaso para ituloy ang saklaw ng iyong mga serbisyong pangangalagang pangkalusugan. Mangyaring magpunta sa Seksyon 5.4 sa pahina 203 para malaman kung paano humiling sa DMHC ng Nagsasariling Medikal na Pagrepaso. Maaari kang magsampa ng reklamo sa at humingi sa DMHC ng Malayang Medikal na Pagrepaso bilang karagdagan sa o sa halip na Antas 3 na Apela.

Sa isang sulyap: Paano gumawa ng Antas 2 na Apela upang hingin sa plan na saklawin nang mas matagal ang iyong pangangalaga

Tawagan ang Quality Improvement Organization para sa inyong estado sa 1-877-588-1123 at humingi ng isa pang pagrepaso.

Tumawag bago ka umalis sa ahensiya o pasilidad na nagbibigay ng pangangalaga mo at bago ang iyong binabalak na petsa ng paglabas.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



• Seksyon 8.4: Paano kung malampasan mo ang takdang araw sa paggawa ng iyong Antas 1 na Apela?

Kung nalampasan mo ang mga huling araw ng pag-apela, mayroong isa pang paraan upang gumawa ng Antas 1 at Antas 2 na mga Apela, na tinatawag na Mga Alternatibong Apela. Ngunit ang unang dalawang antas ng apela ay magkaiba.

Antas 1 na Kahaliling Apela upang ipagpatuloy ang iyong pangangalaga nang mas matagal

Kung hindi mo inabot ang takdang araw para makipag-ugnayan sa Quality Improvement Organization, maaari kang umapela sa amin, humihiling ng isang “mabilis na pagsusuri.” Ang isang mabilis na pagsusuri ay isang apela na gumagamit ng mabilis na mga huling araw sa halip na mga karaniwang huling araw.

- Sa pagrerepaso na ito, titingnan namin ang lahat ng impormasyon tungkol sa iyong home health care, skilled nursing facility care, o ang pangangalaga na iyong nakukuha sa Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF). Titingnan namin kung ang desisyon tungkol sa kung kailan dapat magwakas ang mga serbisyo ay patas at sumunod sa lahat ng patakaran.
- Gagamitin namin ang mabilis na mga takdang araw kaysa sa mga karaniwang takdang araw para magbigay sa iyo ng sagot sa pagsusuring ito. Ibibigay namin ang aming desisyon sa loob ng 72 oras pagkatapos mong humingi ng isang “mabilis na pagrepaso.”
- **Kung sabihin namin ang Oo** sa iyong mabilis na pagrepaso, nangangahulugan ito na sumasang-ayon kami na patuloy naming sasaklawin ang iyong mga serbisyo hangga't ito ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan.
- Nangangahulugan din ito na sumasang-ayon kami na bayaran ka para sa aming bahagi sa mga gastos sa pangangalagang natanggap mo simula sa petsa kung kailan namin sinabi na wawakasan ang iyong saklaw.
- **Kung sabihin namin ang Hindi** sa iyong mabilis na pagrepaso, sinasabi namin na ang paghinto sa iyong mga serbisyo ay hindi medikal na naaangkop. Magwawakas ang aming saklaw sa araw na sinabi namin na ang saklaw ay magwawakas.

Sa isang sulyap: Paano gumawa ng Antas 1 na Kahaliling Apela

Tawagan ang numero ng aming Member Services at humiling ng isang “mabilis na pagrepaso”

Ibibigay namin sa iyo ang aming desisyon sa loob ng 72 oras.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Kung patuloy mong kukuhanin ang mga serbisyo matapos ang araw na sinabi namin na ang mga ito ay ihihinto, **maaaring kailangan mong bayaran ang buong halaga** ng mga serbisyo.

Upang makasigurado na sumusunod kami sa lahat ng patakaran kapag sinabi namin na **Hindi** sa iyong mabilis na apela, ipadadala namin ang iyong apela sa “Entidad ng Malayang Pagrepaso.” Kapag ginawa namin ito, nangangahulugan ito na ang kaso mo ay awtomatikong pupunta sa Antas 2 ng proseso ng apela.

Ang legal na termino para sa “mabilis na pagrepaso” o “mabilis na apela” ay **“pinabilis na apela.”**

Antas 2 na Kahaliling Apela upang ipagpatuloy ang iyong pangangalaga nang mas matagal

Ipapadala namin ang impormasyon para sa iyong Antas 2 na Apela sa Entidad ng Malayang Pagrepaso (IRE) sa loob ng 24 na oras simula sa petsa kung kailan namin ibibigay sa iyo ang desisyon namin sa Antas 1. Kung sa palagay mo hindi namin natutugunan ang takdang araw na ito o ibang mga takdang araw, maaari kang magreklamo. Ang Seksyon 10 sa pahina 244 ay nagsasabi kung paano gumawa ng reklamo.

Sa Antas 2 na Apela, nirerepaso ng IRE ang desisyon na ginawa namin kapag sinabi namin na **Hindi** sa iyong “mabilis na pagrepaso.” Ipinapasya ng organisasyon na ito kung ang desisyong ginawa namin ay dapat baguhin.

- Ang IRE ay nagsasagawa ng “mabilis na pagsusuri” ng iyong apela. Madalas na tumutugon ang mga tagasuri sa loob ng 72 oras.
- Ang IRE ay isang hiwalay na organisasyon na inuupahan ng Medicare. Ang organisasyon na ito ay hindi konektado sa aming plan, at hindi ito isang ahensya ng pamahalaan.
- Maingat na rerepasuhin ng mga tagasuri sa IRE ang lahat ng impormasyon kaugnay ng iyong apela.
- **Kung sabihin ng IRE ang Oo** sa iyong apela, dapat ka naming bayaran para sa aming bahagi ng mga gastos sa pangangalaga. Dapat din naming ipagpatuloy ang aming saklaw sa mga natatanggap mong serbisyo hangga’t medikal na kinakailangan ang mga ito.

Sa isang sulyap: Paano gumawa ng Antas 2 na Apela upang iutos sa plan na ituloy ang iyong pangangalaga

Wala kang kailangan gawin. Awtomatikong ipapadala ng plano ang iyong apela sa Entidad ng Malayang Pagrepaso.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- **Kung sabihin ng IRE ang Hindi** sa iyong apela, nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila sa amin na ang paghinto sa pagsaklaw ng mga serbisyo ay medikal na naaangkop.

Sa sulat na matatanggap mo mula sa IRE, malalaman mo kung ano ang magagawa mo kung gusto mong magpatuloy sa proseso ng pagsusuri. Mayroon itong mga detalye tungkol sa kung paano magpatuloy sa Antas 3 na Apela, na pinapangasiwaan ng isang hukom.

Maaari kang magsampa ng reklamo sa at hingin sa DMHC ang Malayang Medikal na Pagrepaso para ituloy ang saklaw ng iyong mga serbisyong pangangalagang pangkalusugan. Mangyaring magpunta sa Seksyon 5.4 sa pahina 203 para malaman kung paano humiling sa DMHC ng Nagsasariling Medikal na Pagrepaso. Maaari kang magsampa ng reklamo sa at humingi ng Malayang Medikal na Pagrepaso bilang karagdagan sa o sa halip na Antas 3 na Apela.



Seksyon 9: Pagkuha ng iyong apela na lampas sa Antas 2

• Seksyon 9.1: Mga susunod na hakbang para sa mga serbisyo at item ng Medicare

Kung gumawa ka ng Antas 1 na Apela at Antas 2 na Apela para sa mga serbisyo o item ng Medicare, at parehong tinanggihan ang iyong mga apela, maaaring mayroon kang karapatan para sa karagdagang mga antas ng apela. Sasabihin sa iyo ng makukuha mong sulat mula sa Entidad ng Malayang Pagrepaso kung ano ang dapat mong gawin kung nanaisin mong ipagpatuloy ang proseso ng apela.

Ang Antas 3 na proseso ng mga apela ay isang pagdinig ng Administrative Law Judge (ALJ). Ang taong gumagawa ng desisyon sa isang Antas 3 na apela ay isang ALJ o isang abogado na tagapagpasya. Kung gusto mong suriin ng isang ALJ ang iyong kaso, dapat makatugon ang hinihiling mong gamit o medikal na serbisyo sa isang pinakamababang halaga sa dolyar. Kung ang halagang dolyar ay mas mababa kaysa sa minimum na antas, hindi ka na maaaring umapela pa. Kung ang halaga ng dolyar ay sapat na mataas, maaari mong hilingin sa isang ALJ na dinggin ang iyong apela.

Kung hindi ka sumasang-ayon sa desisyon ng ALJ o attorney adjudicator, maaari kang pumunta sa Konseho ng mga Apela ng Medicare. Pagkatapos noon, mayroon kang karapatan na hilingin sa isang pederal na hukuham na tingnan ang iyong apela.

Kung kailangan mo ng tulong sa anumang yugto ng proseso ng apela, maaari kang tumawag sa Cal MediConnect Ombuds Program sa 1-855-501-3077.

• Seksyon 9.2: Mga susunod na hakbang para sa mga serbisyo at item ng Medi-Cal

Mayroon ka ring mas maraming karapatan sa pag-apela kung ang iyong apela ay tungkol sa mga serbisyo o item na maaaring saklawin ng Medi-Cal. Kung hindi ka sumasang-ayon sa desisyon ng Pagdinig ng Estado at gusto mong suriin ito ng iba pang hukom, maaari kang humingi ng muling pagdinig at/o humingi ng pagrerepaso ng hukom.

Upang humiling ng muling pagdinig, magpadala ng nakasulat na kahilingan (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 mong matanggap ang desisyon. Maaaring palawigin ang takdang araw na ito hanggang 180 araw kung mayroon kang magandang dahilan sa pagkaantala.

Sa iyong kahilingan para sa muling pagdinig, isaad ang petsa kung kailan mo natanggap ang desisyon at kung bakit dapat magbigay ng muling pagdinig. Kung gusto mong magharap ng karagdagang ebidensiya, ilarawan ang karagdagang ebidensiya at ipaliwanag kung bakit hindi ito

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



ihinarap dati at kung paano nito mababago ang desisyon. Maaari kang makipag-ugnayan sa mga legal na serbisyo para sa tulong.

Para humiling ng panghukumang pagsusuri, dapat kang maghain ng isang petisyon sa Superior Court (sa ilalim ng Alituntunin ng Pamamaraan para sa mga Kasong Sibil Seksyon 1094.5) sa loob ng isang taon pagkatapos matanggap ang iyong desisyon. Isampa ang iyong petisyon sa Superior Court para sa pinangalanang county sa desisyon sa iyo. Maaari mong isampa ang petisyon na ito nang hindi humihiling ng isang muling pagdinig. Hindi kailangan ng mga bayad sa pagsasampa. Mayroon kang karapatan sa mga makatwirang bayad sa abogado at mga halaga kung magbibigay ang Hukuman ng isang pinal na desisyon na papanig sa iyo.

Kung dininig ang muling pagdinig at hindi ka sumasang-ayon sa desisyon mula sa pagdinig, maaari kang humiling ng panghukumang pagsusuri nguni't hindi ka maaaring humiling ng isa pang muling pagdinig.



Seksyon 10: Paano magreklamo

Ano-anong uri ng mga problema ang dapat maging reklamo?

Ginagamit ang proseso ng reklamo para sa ilang partikular na uri ng problema lamang, tulad ng mga problemang may kaugnayan sa kalidad ng pangangalaga, mga oras ng paghihintay, at serbisyo sa customer. Narito ang mga halimbawa ng mga uri ng mga problema na hinahawakan ng proseso ng reklamo.

Mga reklamo tungkol sa kalidad

- Hindi ka masaya sa kalidad ng pangangalaga, tulad ng nakuha mong pangangalaga sa ospital.

Mga reklamo tungkol sa pagkapribado

- Sa palagay mo ay hindi iginalang ng isang tao ang iyong karapatan sa pagkapribado, o ibinahagi ang kumpidensyal na impormasyon tungkol sa iyo.

Mga reklamo tungkol sa masamang serbisyo sa customer

- Isang provider ng pangangalagang pangkalusugan o tauhan na bastos o walang galang sa iyo.
- Masamang pagtrato sa iyo ng kawani ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.
- Sa palagay mo ay inaalis ka sa plano.

Mga reklamo tungkol sa pagiging naa-access

- Hindi ka maka-access sa mga serbisyo at pasilidad ng pangangalagang pangkalusugan sa isang opisina ng doktor o provider.
- Hindi ka binibigyan ng iyong provider ng naaangkop na tulong na kailangan mo gaya ng interpreter ng American Sign Language.

Mga reklamo tungkol sa oras ng paghihintay

- Nagkakaproblema ka sa pagkuha ng isang appointment, o paghihintay nang matagal upang makuha ito.

Sa isang sulyap: Paano magreklamo

Maaari kang maghain ng internal na reklamo sa aming plano at/o external na reklamo sa isang organisasyon na walang koneksyon sa aming plano.

Upang maghain ng internal na reklamo, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro o magpadala sa amin ng sulat.

May iba't ibang organisasyon na nangangasiwa ng mga external na reklamo. Para sa higit pang impormasyon, basahin ang Seksyon 10.2 sa pahina 247.



- Pinaghihintay ka nang matagal ng mga doktor, parmasiyotiko, o ibang mga propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan o ng Member Services o tauhan ng ibang plan.

Mga reklamo tungkol sa kalinisan

- Sa palagay mo hindi malinis ang klinika, ospital o opisina ng doktor.

Mga reklamo tungkol sa pag-access sa wika

- Hindi ka binibigyan ng iyong doktor o provider ng isang interpreter sa panahon ng iyong appointment.

Mga reklamo tungkol sa mga komunikasyon mula sa amin

- Sa palagay mo nabigo kaming magbigay sa iyo ng isang abiso o sulat na dapat mong matanggap.
- Sa palagay mo ang nakasulat na impormasyon na ipinadala namin sa iyo ay masyadong mahirap maintindihan.

Mga reklamo tungkol sa pagiging nasa oras ng aming mga aksyon kaugnay ng mga desisyon sa saklaw o mga apela

- Naniniwala ka na hindi namin natutugunan ang aming mga takdang araw sa paggawa ng desisyon sa saklaw o pagsagot sa iyong apela.
- Naniniwala ka na, pagkatapos makakuha ng desisyon sa isang pagsaklaw o apela na pumanig sa iyo, hindi namin natutugunan ang mga huling araw para sa pag-apruba o pagbibigay sa iyo ng serbisyo o pagbabayad sa iyo para sa ilang mga serbisyong medikal.
- Naniniwala ka na hindi namin naipasa sa tamang oras ang iyong kaso sa Entidad ng Malayang Pagrepaso.

Ang legal na termino para sa isang “reklamo” ay isang “**karaingan.**”

Ang legal na termino para sa “pagrereklamo” ay “**pagsasampa ng karaingan.**”

Mayroon bang iba't ibang uri ng mga reklamo?

Oo. Maaari kang maghain ng internal na reklamo at/o external na reklamo. Ang internal na reklamo ay inihahain sa at sinusuri ng aming plano. Ang external na reklamo ay inihahain sa at sinusuri ng isang organisasyong walang koneksyon sa aming plano. Kung kailangan mo ng tulong sa paghahain ng internal at/o external na reklamo, maaari kang tumawag sa Cal MediConnect Ombuds Program sa 1-855-501-3077.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



• Seksyon 10.1: Mga internal na reklamo

Upang gumawa ng panloob na reklamo, tumawag sa Member Services sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Makakapagreklamo ka anumang oras maliban kung tungkol ito sa Part D na gamot. Kung ang mga reklamo ay tungkol Part D na gamot, dapat mo itong isampa **sa loob ng 60 araw sa kalendaryo** pagkatapos mong magkaroon ng problema na gusto mong ireklamo.

- Kung mayroon ka pang kailangang gawin, sasabihin ito sa iyo ng Member Services.
- Maaari mo ring isulat ang iyong reklamo at ipadala ito sa amin. Kung isusulat mo ang iyong reklamo, tutugon kami sa iyong reklamo sa sulat.
- Ang mga reklamo kaugnay sa Medicare Part D ay dapat magawa sa loob ng 60 araw sa kalendaryo pagkatapos mong magkaroon ng problema na gusto mong ireklamo.
- Walang limit sa pagsasampa para sa mga reklamo na may kaugnayan sa Medicare Part C o tungkol sa kalidad ng pangangalaga.

Ang legal na termino para sa “mabilis na reklamo” ay “pinabilis na karaingan.”

Kung maaari, sasagot kami kaagad sa iyo. Kung tatawagan mo kami dahil sa isang reklamo, maaari ka naming bigyan ng sagot sa mismong tawag na iyon. Kung mangangailangan ng mabilis na sagot ang kondisyon ng iyong kalusugan, gagawin namin iyon.

- Tinutugunan namin ang karamihan ng mga reklamo sa loob ng 30 araw sa kalendaryo. Kung hindi kami makakapagpasya sa loob ng 30 araw sa kalendaryo dahil kailangan namin ng karagdagang impormasyon, aabisuhan ka namin sa pamamagitan ng pagsulat sa iyo. Magbibigay rin kami ng update sa status at tinatantyang panahon bago mo matanggap ang tugon.
- Kung magrereklamo ka dahil tinanggihan namin ang iyong kahilingan para sa “mabilis na desisyon sa saklaw” o “mabilis na apela,” awtomatiko ka naming bibigyan ng “mabilis na reklamo” at tutugunan namin ang iyong reklamo sa loob ng 24 na oras.
- Kung magrereklamo ka dahil gumamit kami ng karagdagang panahon upang magawa ang desisyon sa saklaw, awtomatiko ka naming bibigyan ng “mabilis na reklamo” at tutugunan namin ang iyong reklamo sa loob ng 24 na oras.

Kung hindi kami sumang-ayon sa ilan o sa lahat ng iyong reklamo, sasabihin namin sa iyo at ibibigay sa iyo ang aming mga dahilan. Tutugon kami kung sumasang-ayon kami o hindi sa reklamo.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



• Seksyon 10.2: Mga external na reklamo

Maaari mong sabihin sa Medicare ang iyong reklamo

Maaari mong ipadala ang iyong reklamo sa Medicare. Ang Medicare Form ng Reklamo ay makikita sa: <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>.

Siniseryoso ng Medicare ang iyong mga reklamo at gagamitin ang impormasyong ito upang mapahusay ang kalidad ng programang Medicare.

Kung mayroon kang anumang iba pang feedback o mga alalahanin, o kung sa palagay mo ay hindi natutugunan ng plan ang iyong problema, mangyaring tawagan ang 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Libre ang tawag.

Maaari mong sabihin sa Medi-Cal ang iyong reklamo

Tumutulong din ang Cal MediConnect Ombuds Program sa paglutas ng mga problema nang walang pinapanigan upang matiyak na natatanggap ng aming mga miyembro ang lahat ng saklaw na serbisyo na dapat naming ibigay. Hindi konektado sa amin o sa alinmang kompanya ng insurance o planong pangkalusugan ang Cal MediConnect Ombuds Program.

Ang numero ng telepono para sa Cal MediConnect Ombuds Program ay 1-855-501-3077. Libre ang mga serbisyo.

Maaari mong sabihin sa California Department of Managed Health Care ang iyong reklamo

Ang California Department of Managed Health Care (DMHC) ay may pananagutan para sa pamamahala ng mga planong pangkalusugan. Maaari kang tumawag sa DMHC Help Center para sa tulong sa mga reklamo tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal. Maaari kang makipag-ugnayan sa DMHC kung kailangan mo ng tulong sa isang reklamo sangkot ang isang apurahang problema o isang problema na sangkot ang agaran at malubhang banta sa iyong kalusugan, kung mayroon kang matinding pananakit, kung hindi ka sumasang-ayon sa desisyon ng aming plan tungkol sa iyong reklamo, o hindi pa nalutas ng aming plan ang iyong reklamo pagkatapos ng 30 araw sa kalendaryo.

Narito ang dalawang paraan para makahingi ng tulong mula sa Help Center:

- Tumawag sa 1-888-466-2219. Maaaring gamitin ng mga indibidwal na bingi, may mahinang pandinig, o may kapansanan sa pagsasalita ang toll free na numero ng TTY, 1-877-688-9891. Libre ang tawag.
- Bisitahin ang website ng Department of Managed Health Care (<http://www.hmohelp.ca.gov>).

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Maaari kang magsampa ng reklamo sa Office for Civil Rights

Maaari kang maghain ng reklamo sa Office for Civil Rights ng Department of Health and Human Services kung sa palagay mo ay hindi patas ang naging pagtrato sa iyo. Halimbawa, maaari kang maghain ng reklamo hinggil sa pag-access para sa may kapansanan o tulong sa wika. Ang numero ng telepono para sa Office for Civil Rights ay 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697. Maaari mo ring bisitahin ang <https://www.hhs.gov/ocr/index.html> para sa karagdagang impormasyon.

Maaari ka ring makipag-ugnayan sa lokal na tanggapan ng Office for Civil Rights sa:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Customer Response Center: 1-800-368-1019
Fax: 1-202-619-3818
TTY: 1-800-537-7697
Email: ocrmail@hhs.gov

Maaaring mayroon ka ring mga karapatan sa ilalim ng Americans with Disability Act at sa ilalim ng iba pang batas na naaangkop sa mga organisasyon na tumatanggap ng pagpopondo ng pederal, at anumang iba pang patakaran na naaangkop para sa anumang iba pang dahilan. Maaari kang makipag-ugnayan sa Cal MediConnect Ombuds Program para sa tulong. Ang numero ng telepono ay 1-855-501-3077.

Maaari kang magsampa ng reklamo sa Quality Improvement Organization

Kapag ang iyong reklamo ay tungkol sa kalidad ng pangangalaga, mayroon ka ring dalawang pagpipilian:

- Kung mas gugustuhin mo, maaari kang direktang magreklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga sa Quality Improvement Organization (nang hindi nagrereklamo sa amin).
- O maaari kang magreklamo sa amin at sa Quality Improvement Organization. Kung nagrereklamo ka sa organisasyon na ito, makikipagtulungan kami sa kanila upang lutasin ang iyong reklamo.

Ang Quality Improvement Organization ay isang grupo ng mga naglilingkod na doktor at ibang mga eksperto sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng pederal na pamahalaan upang tingnan at pahasayin ang ibinibigay na pangangalaga sa mga pasyente ng Medicare. Upang malaman ang higit pa tungkol sa Quality Improvement Organization, tingnan sa Kabanata 2.

Sa California, ang Quality Improvement Organization ay tinatawag na Livanta. Ang numero ng telepono para sa Livanta ay 1-877-588-1123.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Kabanata 10: Pagwawakas ng iyong pagiging miyembro sa aming Cal MediConnect Plan

Panimula

Sinasabi sa kabanatang ito ang mga paraan kung paano mo mawawakasan ang pagiging miyembro mo sa aming Cal MediConnect Plan at ang iyong mga opsyon sa saklaw na pangkalusugan pagkatapos mong umalis sa plan. Kung aalis ka sa aming plan, mananatili ka pa rin sa mga programa ng Medicare at Medi-Cal hangga't ikaw ay karapat-dapat. Makikita ang mga mahahalagang termino at ang kanilang mga kahulugan sa pagkakasunud-sunod ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Kailan mo maaaring wakasan ang pagiging miyembro mo sa aming Cal MediConnect Plan.....	250
B. Paano wawakasan ang iyong pagiging miyembro sa aming Cal MediConnect Plan.....	251
C. Paano sumali sa ibang Cal MediConnect Plan	251
D. Aano makuha ang mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal nang magkahiwalay.....	252
D1. Mga paraan upang makuha mo ang mga serbisyo ng Medicare.....	252
D2. Paano makuha ang iyong Medi-Cal na mga serbisyo	255
E. Palaging kuhanin ang iyong mga serbisyong medikal at gamot sa pamamagitan ng aming plan hanggang sa magwakas ang iyong pagiging miyembro	256
F. Iba pang sitwasyon kapag ang iyong pagiging miyembro sa aming plan Cal MediConnect Plan ay magwawakas.....	256
G. Mga patakaran laban sa paghingi sa iyo na umalis ka sa aming Cal MediConnect Plan para sa anumang may kaugnayan sa kalusugan na dahilan.....	258
H. Ang karapatan mong magreklamo kung winakasan namin ang iyong pagiging miyembro sa aming plan.....	258
I. Paano kumuha ng karagdagang impormasyon tungkol sa pagwawakas ng iyong pagiging miyembro sa plan	258



A. Kailan mo maaaring wakasan ang pagiging miyembro mo sa aming Cal MediConnect Plan

Maaari mong wakasan ang iyong pagiging miyembro sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan Medicare-Medicaid Plan sa anumang oras sa buong taon sa pamamagitan ng pagpapatala sa ibang Medicare Advantage Plan, pagpapatala sa ibang Cal MediConnect Plan, o paglipat sa Original Medicare.

Magwawakas ang pagiging miyembro mo sa huling araw ng buwan kung kailan namin matatanggap ang kahilingan mong palitan ang iyong plano. Halimbawa, kung matanggap namin ang iyong kahilingan sa Enero 18, magwawakas ang pagkakasaklaw mo sa aming plan sa Enero 31. Magsisimula ang bagong saklaw mo sa unang araw ng susunod na buwan (Pebrero 1, sa halimbawang ito).

Kapag winakasan mo ang pagiging miyembro mo sa aming plan, patuloy kang nakatala sa Anthem Blue Cross para sa iyong mga serbisyo ng Medi-Cal, maliban kung pinili mo ang ibang Cal MediConnect Plan o ibang Medi-Cal lang na plan. Mapipili mo rin ang iyong mga opsyon sa pagpapatala sa Medicare kapag winakasan mo ang pagiging miyembro mo sa aming plan. Kapag umalis ka sa aming plan, makakakuha ka ng impormasyon tungkol sa iyong:

- Medicare mga opsyon sa talahanayan sa pahina 252.
- Medi-Cal mga serbisyo sa pahina 255.

Makakakuha ka ng karagdagang impormasyon sa kung paano mo mawawakasan ang pagiging miyembro mo sa pamamagitan ng pagtawag sa:

- Member Services sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m.
- Health Care Options sa 1-844-580-7272, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 am hanggang 6:00 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-430-7077.
- State Health Insurance Assistance Program (SHIP), 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 maghanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>.
- Cal MediConnect Ombuds Program sa 1-855-501-3077, Lunes hanggang Biyernes mula 9:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-855-847-7914.
- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



TANDAAN: Kung ikaw ay nasa isang programa ng pangangasiwa ng gamot, maaaring hindi ka makapagpalit ng mga plan. Tingnan sa Kabanata 5 ang impormasyon tungkol sa mga programa sa pangangasiwa ng gamot.

B. Paano wawakasan ang iyong pagiging miyembro sa aming Cal MediConnect Plan

Kung magpasya kang wakasan ang iyong pagiging miyembro, sabihin sa Medi-Cal o Medicare na nais mong umalis sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan:

- Maaari mong tawagan ang Health Care Options sa 1-844-580-7272, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 am hanggang 6:00 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-430-7077; O
- Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY (mga taong nahihirapang makarinig o magsalita) sa 1-877-486-2048. Kapag tumawag ka sa 1-800-MEDICARE, maaari ka ring magpatala sa iba pang planong pangkalusugan o plan ng gamot ng Medicare. Ang karagdagang impormasyon sa pagkuha ng iyong mga serbisyo sa Medicare kapag umalis ka sa aming plan ay nasa tsart sa pahina 252.

C. Paano sumali sa ibang Cal MediConnect Plan

Kung gusto mong patuloy na makuha ang iyong mga benepisyo sa Medicare at Medi-Cal nang magkakasama mula sa iisang plano, maaari kang sumali sa ibang plano ng Cal MediConnect Plan.

Upang magpatala sa ibang Cal MediConnect Plan:

- Maaari mong tawagan ang Health Care Options sa 1-844-580-7272, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 am hanggang 6:00 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-430-7077. Ipaalam sa kanilang gusto mong umalis sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan at sumali sa ibang Cal MediConnect Plan. Kung hindi ka sigurado kung anong plan ang gusto mong salihan, mabibigyan ka nila ng impormasyon tungkol sa iba pang plan sa iyong lugar.

Ang iyong pagsaklaw sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ay matatapos sa huling araw ng buwan na matatanggap namin ang iyong kahilingan.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



D. Aano makuha ang mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal nang magkahiwalay

Kung ayaw mong magpatala sa ibang Cal MediConnect Plan pagkatapos mong umalis sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, babalik ka sa pagkuha ng iyong mga serbisyo sa Medicare at Medi-Cal nang magkakahiwalay.

D1. Mga paraan upang makuha mo ang mga serbisyo ng Medicare

Mapipili mo kung paano ka makakakuha ng iyong mga benepisyo mula sa Medicare.

Mayroon kang tatlong opsyon upang makakuha ng iyong mga serbisyo mula sa Medicare. Sa pamamagitan ng pagpili sa isa sa mga opsyong ito, awtomatiko mong wawakasan ang pagiging miyembro mo sa aming Cal MediConnect Plan.



1. Maaari kang lumipat sa: Isang Medicare na planong pangkalusugan, tulad ng Medicare Advantage Plan o, kung natutugunan mo ang mga kinakailangan sa pagiging karapat-dapat at nakatira sa loob ng lugar na sineserbisuhan, isang Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)	Ito ang dapat gawin: Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Libre ang tawag. Para sa mga tanong tungkol sa PACE, tumawag sa 1-855-921-PACE (7223). Kung kailangan mo ng tulong o mas marami pang impormasyon: • Tawagan ang 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 humanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, mangyaring bisitahin ang http://www.aging.ca.gov/HICAP/. Awtomatiko kang maaalis sa pagkakatala mula sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan kapag mag-uumpisa ang pagsaklaw ng iyong bagong plan.
--	--



2. Maaari kang lumipat sa: Original Medicare na may hiwalay na Medicare plan ng inireresetang gamot	Ito ang dapat gawin: Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Libre ang tawag. Kung kailangan mo ng tulong o mas marami pang impormasyon: • Tawagan ang 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 humanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, mangyaring bisitahin ang http://www.aging.ca.gov/HICAP/. Awtomatiko kang maaalis sa pagkakatala mula sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan kapag mag-uumpisa ang pagsaklaw ng iyong Original Medicare.
---	---



3. Maaari kang lumipat sa:

Original Medicare **na walang hiwalay na Medicare plan ng inireresetang gamot**

TANDAAN: Kung lilipat ka sa Original Medicare at hindi magpapatala sa isang hiwalay na Medicare plan ng inireresetang gamot, maaari kang ipatala ng Medicare sa isang plan ng gamot, maliban kung sasabihin mo sa Medicare na hindi mo gustong sumali.

Dapat mo lang alisin ang saklaw sa resetang gamot kung mayroon kang saklaw sa gamot mula sa ibang pinagkukunan, tulad ng employer o unyon. Kung may mga tanong ka tungkol sa kung kailangan mo ng saklaw sa gamot, tawagan ang 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 humanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, mangyaring bisitahin ang <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>.

Ito ang dapat gawin:

Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Libre ang tawag.

Kung kailangan mo ng tulong o mas marami pang impormasyon:

- Tawagan ang 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 humanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, mangyaring bisitahin ang <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>.

Awtomatiko kang maaalis sa pagkakatala mula sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan kapag mag-uumpisa ang pagsaklaw ng iyong Original Medicare.

D2. Paano makuha ang iyong Medi-Cal na mga serbisyo

Kung aalis ka sa aming Cal MediConnect Plan, patuloy mong makukuha ng mga serbisyo ng iyong Medi-Cal sa pamamagitan ng Anthem Blue Cross maliban lang kung pipili ka ng ibang plan para sa mga serbisyo ng iyong Medi-Cal.

Kasama sa mga serbisyo ng iyong Medi-Cal ang karamihang pangmatagalang serbisyo at suporta at pangangalagang pangkalusugan hinggil sa pag-uugali.

Kung gusto mong pumili ng ibang plan para sa mga serbisyo ng iyong Medi-Cal, kailangan mong ipaalam sa Health Care Options kapag humiling ka na tapusin ang iyong pagiging miyembro sa aming Cal MediConnect Plan.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- Maaari mong tawagan ang Health Care Options sa 1-844-580-7272, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 am hanggang 6:00 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-430-7077. Ipaalam sa kanilang gusto mong umalis sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan at sumali sa ibang Medi-Cal plan. Kung hindi ka sigurado kung anong plan ang gusto mong salihan, mabibigyan ka nila ng impormasyon tungkol sa iba pang plan sa iyong lugar.

Kapag winakasan mo ang iyong pagiging miyembro sa aming Cal MediConnect Plan, makakatanggap ka ng bagong ID Card ng Miyembro, isang bagong *Handbook ng Miyembro*, at isang bagong *Direktoryo ng Provider at Parmasya* para sa iyong saklaw sa Medi-Cal.

E. Palaging kuhanin ang iyong mga serbisyong medikal at gamot sa pamamagitan ng aming plan hanggang sa magwakas ang iyong pagiging miyembro

Kung umalis ka sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, maaaring magtagal bago magwakas ang iyong pagiging miyembro at magsimula ang iyong bagong saklaw sa Medicare at Medi-Cal. Tingnan ang pahina 250 para sa karagdagang impormasyon. Sa loob ng panahong ito, patuloy kang makakatanggap ng pangangalagang pangkalusugan at mga gamot sa pamamagitan ng aming plan.

- **Dapat mong gamitin ang aming mga parmasya sa network upang makuha ang iyong mga resetang gamot.** Kadalasan, saklaw lang ang iyong resetang gamot kung kinuha ang mga ito sa isang parmasya sa network kabilang ang sa pamamagitan ng aming mga serbisyo ng mail-order na parmasya.
- Kung maospital ka sa araw na magwawakas ang iyong pagiging miyembro, karaniwang sasaklawin ang pananatili mo sa ospital ng aming Cal MediConnect Plan hanggang sa lumabas ka. Mangyayari ito kahit na magsimula ang bago mong saklaw na pangkalusugan bago ka pa lumabas ng ospital.

F. Iba pang sitwasyon kapag ang iyong pagiging miyembro sa aming plan Cal MediConnect Plan ay magwawakas

Ito ang mga pangyayari kapag dapat wakasan ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ang iyong pagiging miyembro sa plan:

- Kung mayroong pahinga (break) sa saklaw mo sa Medicare Part A at Part B.
- Kung hindi ka na kuwalipikado para sa Medi-Cal. Ang aming plan ay para sa mga taong kuwalipikado para sa parehong Medicare at Medi-Cal. Kung hindi ka na kuwalipikado para sa Medicare Part A at B at buong benepisyo ng Medi-Cal, mayroon kang ibang mga opsyon para sa iyong pangangalaga. Mangyaring tingnan sa Kabanata 10 Seksyon D.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- Kung aalis ka sa aming lugar na sineserbisyuhan.
- Kung malayo ka sa aming lugar na sineserbisyuhan sa loob ng mahigit sa anim na buwan.
 - Kung lilipat ka o kung bibiyahe ka nang malayo, kailangan mong tumawag sa Member Services upang malaman kung nasa lugar na sineserbisyuhan ng aming plan ang lugar kung saan ka lilipat o bibiyahe.
- Kung makukulong o mabibilanggo ka dahil sa isang krimen.
- Kung magsisinungaling ka o kung hindi ka magbibigay ng impormasyon tungkol sa iba pang insurance na mayroon ka para sa mga inireresetang gamot.
- Kung hindi ka mamamayan ng Estados Unidos o kung hindi legal ang pamamalagi mo sa Estados Unidos.

Upang maging miyembro ka ng aming plan, dapat ay isa kang mamamayan ng Estados Unidos o legal kang namamalagi sa Estados Unidos. Aabisuhan kami ng Centers for Medicare & Medicaid Services kung hindi ka karapat-dapat na manatiling maging miyembro dahil dito. Dapat ka naming alisin kung hindi mo matutugunan ang kinakailangan na ito.

Kung hindi ka na kuwalipikado para sa Medi-Cal o kung nagbago ang kalagayan mo na ginagawa kang hindi karapat-dapat para sa Cal MediConnect, maaari kang patuloy na makatanggap ng mga benepisyo mula sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa loob ng karagdagang dalawang-buwang panahon. Sa loob ng karagdagang panahon na ito, magagawa mong iwasto ang iyong impormasyon kaugnay ng pagiging karapat-dapat kung sa tingin mo ay karapat-dapat ka pa rin. Makatanggap ka ng sulat mula sa amin tungkol sa pagbabago sa pagiging karapat-dapat mo na may mga tagubilin upang iwasto ang iyong impormasyon sa pagiging karapat-dapat.

- Upang manatiling miyembro ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, dapat ay maging karapat-dapat kang muli bago sumapit o pagsapit ng huling araw ng dalawang-buwang panahon.
- Kung hindi ka magiging karapat-dapat bago matapos ang dalawang-buwang panahon, aalisin ka sa pagkakatala sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.

Maaari ka lang naming paalisin sa aming plan batay sa mga sumusunod na dahilan kung pahihintulutan muna kami ng Medicare at Medi-Cal:

- Kung sadya mo kaming bibigyan ng maling impormasyon sa pagpapatala mo sa aming plan at makakaapekto ang impormasyong iyon sa pagiging karapat-dapat mo sa aming plan.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- Kung patuloy kang kikilos sa paraang nakakaabala at nagpapahirap sa amin na makapagbigay ng medikal na pangangalaga para sa iyo at sa iba pang mga miyembro ng aming plan.
- Kung ipapagamit mo sa ibang tao ang iyong ID Card ng Miyembro upang makatanggap siya ng medikal na pangangalaga.
 - Kung tatapusin namin ang pagiging miyembro mo dahil dito, maaaring ipaimbestiga ng Medicare ang iyong kaso sa Inspector General.

G. Mga patakaran laban sa paghingi sa iyo na umalis ka sa aming Cal MediConnect Plan para sa anumang may kaugnayan sa kalusugan na dahilan

Kung nararamdaman mo na pinaalis ka sa aming plan na may kaugnayan sa kalusugan, dapat kang tumawag Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Maaari kang tumawag 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag.

Dapat ka ring **tumawag sa Cal MediConnect Ombuds Program** sa 1-855-501-3077, Lunes hanggang Biyernes mula 9:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-855-847-7914.

H. Ang karapatan mong magreklamo kung winakasan namin ang iyong pagiging miyembro sa aming plan

Kung wawakasan namin ang pagiging miyembro mo sa aming Cal MediConnect Plan, dapat naming sabihin sa iyo sa pamamagitan ng sulat ang mga dahilan namin sa pagwawakas sa pagiging miyembro mo. Dapat din naming ipaliwanag kung paano ka makakapaghain ng karaingan o makakapagreklamo tungkol sa desisyon namin na wakasan ang pagiging miyembro mo. Maaari mo ring tingnan sa Kabanata 9 ang impormasyon tungkol sa kung paano magrereklamo.

I. Paano kumuha ng karagdagang impormasyon tungkol sa pagwawakas ng iyong pagiging miyembro sa plan

Kung mayroon kang mga tanong o kung gusto mo ng karagdagang impormasyon tungkol sa kung kailan namin maaaring wakasan ang pagiging miyembro mo, maaari kang:

- Tawagan ang Member Services sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



- Maaari mong tawagan ang Health Care Options sa 1-844-580-7272, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 am hanggang 6:00 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-430-7077.
- Tawagan ang 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 humanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, mangyaring bisitahin ang <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>.
- Tumawag sa Cal MediConnect Ombuds Program sa 1-855-501-3077, Lunes hanggang Biyernes mula 9:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-855-847-7914.
- Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Libre ang tawag.



Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.

Kabanata 11: Mga legal na abiso

Panimula

Kasama sa kabanatang ito ang mga legal na abiso na nalalapat sa iyong pagiging miyembro sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Makikita ang mga mahahalagang termino at ang kanilang mga kahulugan sa pagkakasunud-sunod ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Abiso tungkol sa mga batas.....	261
B. Abiso tungkol sa walang diskriminasyon.....	261
C. Abiso tungkol sa Medicare bilang ikalawang tagabayad at Medi-Cal bilang huling tagabayad	262



A. Abiso tungkol sa mga batas

Maraming batas ang naaangkop dito sa *Handbook ng Miyembro*. Maaaring makaapekto ang mga batas na ito sa iyong mga karapatan at pananagutan kahit na hindi isinama ang mga batas o ipinaliwanag sa handbook na ito. Ang mga pangunahing batas na gagamitin sa handbook na ito ay mga pederal na batas tungkol sa mga programa ng Medicare at Medi-Cal. Mayroon ding ibang mga batas ng pederal at estado na maaaring gamitin.

B. Abiso tungkol sa walang diskriminasyon

Dapat sumunod ang bawat kompanya o ahensya na nakikipagtulungan sa Medicare at Medi-Cal sa mga batas na pumuprotekta sa iyo mula sa diskriminasyon o hindi patas na pagtrato. Hindi kami nagdidiskrimina o tinatrato ka nang kakaiba dahil sa iyong edad, mga karanasan sa paghahabol, kulay, pagkaetniko, katibayan ng pagiging masasaklaw ng seguro, kasarian, impormasyon ng henetiko, heograpikong lokasyon sa loob ng lugar na sineserbisyuhan, kalagayan ng kalusugan, kasaysayan ng kalusugan, kapansanan sa pag-iisip o katawan, bansang pinagmulan, lahi, relihiyon, o sekso. Hindi ka rin maaaring tratuhin nang kakaiba batay sa iyong oryentasyong seksuwal, katayuan ng kasal, pagbubuntis at katayuan ng saklaw ng beterano. Dapat sumunod ang lahat ng organisasyon sa mga batas ng pederal laban sa diskriminasyon, kabilang ang Title VI of the Civil Rights Act of 1964, ang Rehabilitation Act of 1973, ang Age Discrimination Act of 1975, ang Americans with Disabilities Act, lahat ng iba pang batas na naaangkop sa mga organisasyon na tumatanggap ng pagpopondo ng pederal, at anumang iba pang batas at patakaran na naaangkop para sa anumang iba pang dahilan.

Kung gusto mo ng karagdagang impormasyon o may mga alalahanin tungkol sa diskriminasyon o hindi patas na pagtrato:

- Tumawag sa Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights sa 1-800-368-1019. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697. Maaari mo ring bisitahin ang <http://www.hhs.gov/ocr> para sa karagdagang impormasyon.
- Tumawag sa inyong lokal na Office for Civil rights.

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Customer Response Center: 1-800-368-1019
Fax: 1-202-619-3818
TTY: 1-800-537-7697
Email: ocrmail@hhs.gov

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Kung mayroon kang kapansanan at kailangan ng tulong sa pag-access sa mga serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan o isang provider, tumawag sa Member Services. Kung mayroon kang reklamo, tulad ng isang problema sa pag-access ng wheelchair, makakatulong ang Member Services.

C. Abiso tungkol sa Medicare bilang ikalawang tagabayad at Medi-Cal bilang huling tagabayad

Minsan, dapat ay mayroon munang ibang magbabayad para sa mga serbisyong ibinibigay namin sa iyo. Halimbawa, kung ikaw ay naaksidente sa kotse o kung napinsala ka sa trabaho, dapat munang magbayad ang insurance o Workers Compensation.

May karapatan at responsibilidad kami na maningil para sa mga saklaw na serbisyo ng Medicare kung saan hindi ang Medicare ang unang tagabayad.

Sumusunod ang programa ng Cal MediConnect sa mga batas at regulasyon ng Estado at Pederal na may kaugnayan sa legal na pananagutan ng mga ikatlong partido para sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa mga miyembro. Gagawin namin ang lahat ng makatwirang hakbang para tiyakin na ang programa ng Medi-Cal ang huling magsisilbing tagabayad.



Kabanata 12: Mga kahulugan ng mahahalagang salita

Panimula

Kabilang sa kabanatang ito ang mga mahahalagang termino na ginagamit sa buong *Handbook ng Miyembro* at ang kanilang mga kahulugan. Makikita ang mga salita sa pagkakasunod-sunod na ayon sa alpabeto. Kung hindi mo makita ang salitang hinahanap mo o kung kailangan mo ng higit pang impormasyon bukod sa kasamang depinisyon, makipag-ugnayan sa Member Services.

Agarang pangangalaga: Pangangalagang nakukuha mo para sa biglaang karamdaman, pinsala, o kundisyon na hindi isang emergency ngunit kailangan kaagad ng pangangalaga. Maaari kang makakuha ng agarang kinakailangang pangangalaga mula sa mga provider na wala sa network kapag wala ang mga provider ng network o hindi ka makapupunta sa kanila.

Apela: Isang paraan para sa iyo na hamunin ang aming aksyon kung sa palagay mo ay nagkamali kami. Maaari mong hilingin sa amin na palitan ang isang desisyon sa saklaw sa pamamagitan ng pagsasampa ng isang apela. Ipinaliliwanag sa Kabanata 9 ang mga apela, kabilang ang kung paano mag-apela.

Bahagi sa Gastos: Ang bahagi ng iyong gastos sa pangangalagang pangkalusugan na maaaring kailangan mong bayaran bawat buwan bago magkabisang mga benepisyo ng Cal MediConnect. Ang halaga ng iyong bahagi sa gastos ay nag-iiba depende sa iyong kita at mga pinagkukunan.

Branded na gamot: Isang inireresetang gamot na ginagawa at ibinebenta ng kompanya na orihinal na gumawa ng gamot. Pareho lang ang sangkap ng mga branded na gamot at mga generic na bersyon ng mga gamot. Karaniwang ginagawa at ibinebenta ang mga generic na gamot ng iba pang kompanya ng gamot.

Cal MediConnect: Isang programa na nagbibigay ng parehong benepisyo mo sa Medicare at Medi-Cal nang magkasama sa iisang planong pangkalusugan. Mayroon kang isang ID Card ng Miyembro para sa lahat ng iyong benepisyo.

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS): Ang ahensya ng pederal na nangangasiwa ng Medicare. Ipinaliliwanag sa Kabanata 2 kung paano makipag-ugnayan sa CMS.

Community-Based Adult Services (CBAS): Programa ng serbisyo para sa outpatient na nakabase sa pasilidad na naghahatid ng bihasang pangangalaga ng nurse, mga serbisyong panlipunan, mga therapy, personal na pangangalaga, pagsasanay at suporta sa pamilya/tagapangalaga, mga serbisyo sa nutrisyon, transportasyon, at iba pang serbisyo sa mga karapat-dapat na Nagpatala na nakatugon sa mga angkop na pamantayan ng pagiging karapat-dapat.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bisitahin ang duals.anthem.com.



Copay: Isang nakapirming halaga na binabayaran mo bilang iyong bahagi ng gastos sa tuwing kukuha ka ng mga partikular na resetang gamot. Halimbawa, maaari kang magbayad sa \$2 o \$5 para sa isang resetang gamot.

Department of Health Care Services (DHCS): Ang departamento ng Estado sa California na nangangasiwa sa Medicaid Program (tinutukoy na Medi-Cal sa California), na pangkalahatang tinutukoy bilang “ang Estado” sa handbook na ito.

Department of Managed Health Care (DMHC): Ang departamento ng Estado sa California na responsable sa pangangasiwa sa mga planong pangkalusugan. Tinutulungan ng DMHC ang mga tao sa Cal MediConnect sa mga apela at reklamo tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal. Nagsasagawa rin ang DMHC ng mga Malayang Medikal na Pagrepaso (IMR).

Desisyon sa saklaw: Isang desisyon tungkol sa kung anong mga benepisyo ang sinasaklaw namin. Kabilang dito ang mga pagpapasya tungkol sa mga saklaw na gamot at serbisyo o sa halagang babayaran namin para sa mga serbisyo sa kalusugan mo. Ipinapaliwanag ng Kabanata 9 kung paano humingi sa amin ng desisyon sa saklaw.

Ekstrang Tulong: Ang programa ng Medicare na tumutulong sa mga tao na may limitadong kita at mapagkukunan na bawasan ang mga gastos sa inireresetang gamot ng Medicare Part D tulad ng mga premium, deductible, at copay. Tinatawag din ang Ekstrang Tulong na “Low-Income Subsidy,” o “LIS.”

Emergency: Ang medikal na emergency ay kapag ikaw, o sinumang ibang tao na may karaniwang kaalaman sa kalusugan at medisina, ay naniniwala na mayroon kang mga medikal na sintomas na kailangan ng madaliang medikal na atensyon para maiwasan ang pagkamatay, pagkawala ng bahagi ng katawan, o pagkawala ng paggana ng isang bahagi ng katawan. Ang mga sintomas na medikal ay maaaring malubhang pinsala o matinding pananakit.

Espesyalista: Isang doktor na nagkakaloob ng pangangalagang pangkalusugan para sa isang partikular na sakit o bahagi ng katawan.

Generic na gamot: Isang inireresetang gamot na inaprubahan ng pederal na gobyerno para gamitin bilang panghalili sa isang branded na gamot. Ang generic na gamot ay may parehong mga sangkap gaya ng isang branded na gamot. Karaniwan itong mas mura at gumagana nang kasing bisa ng branded na gamot.

Halaga ng pang-araw-araw na hatian ng gastos: Isang halaga na maaaring gamitin kapag nagreseta ang iyong doktor ng mas mababa sa isang buong buwan na supply ng mga partikular na gamot para sa iyo at kailangan mong magbayad ng copay. Ang pang-araw-araw na hatian ng gastos ay ang copay na hinati sa bilang ng mga araw sa isang buwang supply.

Narito ang isang halimbawa: Sabihin nating ang copay para sa iyong gamot para sa isang buong buwan na supply (isang 30-araw na supply) ay \$1.30. Nangangahulugan ito na ang halaga na babayaran mo para sa iyong gamot ay mahigit nang kaunti sa \$0.04 kada araw. Kung makakuha ka

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bisitahin ang duals.anthem.com.



ng isang 7 araw na supply ng gamot, ang iyong bayad ay medyo mahigit sa \$0.04 kada araw na imu-multiply sa 7 araw, para sa kabuuang bayad na \$0.30.

Handbook ng Miyembro at Impormasyon sa Pagsisiwalat: Ang dokumentong ito, kasama ng iyong form sa pagpapatala at anumang iba pang kalakip, o mga rider, na nagpapaliwanag ng iyong saklaw, kung ano ang dapat naming gawin, ang iyong mga karapatan, at kung ano ang dapat mong gawin bilang miyembro ng aming plan.

Hatian ng gastos: Mga halaga na kailangan mong bayaran kapag kumuha ka ng mga partikular na resetang gamot. Kasama ang mga copay sa hatian ng gastos.

Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP): Isang programa na nagkakaloob ng libre at may nilalayong impormasyon at pagpapayo tungkol sa Medicare. Ipinapaliwanag sa Kabanata 2 kung paano makipag-ugnayan sa HICAP.

Health risk assessment: Isang pagrepaso ng medikal na kasaysayan at kasalukuyang kundisyon ng pasyente. Ginagamit ito upang malaman ang kalusugan ng pasyente at kung paano ito maaaring magbago sa hinaharap.

Hindi tama/hindi angkop na paniningil: Isang sitwasyon kapag sinisingil ka ng isang provider (tulad ng isang doktor o ospital) nang higit sa halaga ng paghahatian ng plan para sa mga serbisyo. Ipakita ang iyong ID Card ng Miyembro ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan kapag kumukuha ka ng anumang serbisyo o reseta. Tumawag sa Member Services kung makatanggap ka ng anumang bayarin na hindi mo naiintindihan.

Bilang miyembro ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, kailangan mo lang bayaran ang mga halaga ng paghahatian ng plan kapag kumuha ka ng mga serbisyo na saklaw ng aming plan. Hindi namin pinapayagan ang mga provider na singilin ka nang mahigit sa halagang ito.

Hospisyo: Isang programa ng pangangalaga at suporta para tulungan ang mga tao na may nakamamatay na sakit na mamuhay nang kumportable. Nangangahulugan ang terminal prognosis na ang isang tao ay may nakamamatay na sakit at inaasahang mabuhay nang anim na buwan o mas maikli.

- Ang isang nakatalang may karamdamang nagtataning ng buhay ay may karapatang piliin ang hospisyo.
- Mayroong isang sinanay sa espesyal na paraan na pangkat ng mga propesyunal at caregiver na magbibigay ng pangangalaga sa tao sa kanyang kabuuan, kabilang ang mga pangangailangang pisikal, emosyonal, panlipunan, at ispiritwal.
- Dapat kang bigyan ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ng listahan ng mga provider ng hospisyo sa inyong heograpikong lugar.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bisitahin ang duals.anthem.com.



Impormasyon ng personal na kalusugan (tinatawag ding Protektadong impormasyon ng kalusugan) (PHI): Impormasyon tungkol sa iyo at sa iyong kalusugan, tulad ng iyong pangalan, address, numero ng social security, mga pagpapatingin sa doktor at mga kasaysayang medikal. Tingnan ang Abiso tungkol sa mga Gawi sa Pagkapribado ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan para sa karagdagang impormasyon tungkol sa kung paano pinoprotektahan, ginagamit, at isinisiwalat ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ang iyong PHI, maging ang iyong mga karapatan na may kaugnayan sa iyong PHI.

Indibidwal na Plano ng Pangangalaga (ICP o Plano ng Pangangalaga): Isang plan para sa kung anong mga serbisyo ang makukuha mo at kung paano mo makukuha ang mga ito. Maaaring kasama sa iyong plan ang mga serbisyong medikal, mga serbisyong pangkalusugan ng pag-uugali, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta.

Inpatient: Isang termino na ginagamit kapag pormal kang ipinasok sa ospital para sa mga bihasang serbisyong medikal. Kung hindi ka pormal na ipinasok, maaari ka pa ring ituring na isang outpatient sa halip na isang inpatient kahit na manatili ka nang magdamag.

Interdisciplinary na Pangkat ng Pangangalaga (ICT o Pangkat ng pangangalaga): Maaaring kabilang sa pangkat ng pangangalaga ang mga doktor, nurse, tagapayo, o iba pang propesyunal sa kalusugan na nariyan para tulungan kang makuha ang pangangalaga na kailangan mo. Tutulungan ka rin ng iyong pangkat ng pangangalaga na gumawa ng plano ng pangangalaga.

Kalusugan ng Pag-uugali: Isang panlahatang termino na tumutukoy sa kalusugan ng pag-iisip at mga sakit sa paggamit ng substansya.

Karaingan: Isang reklamo na gagawin mo tungkol sa amin o isa sa mga provider o parmasya sa aming network. Kabilang dito ang isang reklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga sa iyo o ang kalidad ng serbisyong ibinibigay ng iyong planong pangkalusugan.

Katulong sa kalusugan sa tahanan: Isang tao na nagkakaloob ng mga serbisyo na hindi kailangan ang mga kakayahan ng isang lisensyadong nurse o therapist, tulad ng tulong sa personal na pangangalaga (tulad ng paliligo, paggamit ng palikuran, pagbibihis, o pagsasagawa ng mga iniresetang ehersisyo). Ang mga katulong sa kalusugan sa tahanan ay walang nursing license at hindi rin sila nagbibigay ng therapy.

Kinakailangan dala ng medikal na dahilan: Saklaw lang ang ilan sa mga serbisyo na nakalista sa Tsart ng mga Medikal na Benepisyo kung makakuha nang maaga ang iyong doktor o iba pang provider sa network ng pag-apruba (tinatawag kung minsan na “paunang pahintulot”) mula sa amin. Ang mga saklaw na serbisyo na kailangan ng pag-apruba nang maaga ay minarkahan sa Tsart ng mga Medikal na Benepisyo. Kapag ibinigay namin ang aming desisyon, ibinabatay namin ito sa dalawang bagay. Una may mga panuntuan ang Medicare. Ikalawa mayroong mga pangkalahatang tinatanggap na pamantayan ng medikal na pagsasanay. Napatunayan at tinatanggap ang mga pamantayan na ito ng mga taong nagsasanay at nag-aaral ng medisina. Kailangan din naming matiyak na natatanggap mo ang pinakamurang pangangalaga.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bisitahin ang duals.anthem.com.



Nangangahulugan ito na hindi ito mas mahal sa isa pang opsyon na gagana rin nang kasing husay. Ngunit kailangan din namin itong maging tama para sa iyo. At na nakukuha mo ito sa tamang lugar at tamang bilang ng pagkakataon. Sa huli, hindi namin maaaprubahan ang isang serbisyo dahil lamang sa ito ay mas maginhawa kaysa sa ibang opsyon. Dapat mong makuha ang aming pag-apruba bago kumuha ng pangangalaga mula sa mga provider na wala sa aming plan maliban kung ito ay Agarang pangangalaga, Pangangalagang pang-emergency o Renal dialysis sa labas ng lugar na sineserbisuhan. Upang maghanap ng provider sa aming plan, hanapin ang Direktoryo ng Provider at Parmasya sa online o tumawag sa Member Services. Kung isinangguni ka o sa pakiramdam mo ay kailangan mong gumamit ng isang provider na wala sa aming plan, dapat kang tumawag sa amin upang kumuha ng pag-apruba bago ka makakuha ng pangangalaga.

Listahan ng mga Saklaw na Gamot (Listahan ng Gamot): Isang listahan ng mga inireresetang at over-the-counter (OTC) na mga gamot na saklaw ng plan. Pinipili ng plan ang mga gamot na nasa listahang ito sa tulong ng mga doktor at parmasyutiko. Nakasaad sa Listahan ng Gamot kung mayroong anumang panuntunan na dapat mong sundin para makuha ang mga gamot mo. Ang Listahan ng Gamot ay paminsan-minsang tinatawag na “pormularyo.”

Lugar na sineserbisuhan: Isang heyograpikong lugar kung saan tumatanggap ang planong pangkalusugan ng mga miyembro kung nililimitahan nito ang pagiging miyembro batay sa kung saan naninirahan ang mga tao. Para sa mga planong nililimitahan kung sinong mga doktor at kung aling mga ospital ang maaari mong gamitin, ito rin ang lugar sa pangkalahatan kung saan ka maaaring kumuha ng mga pangkaraniwang (hindi pang-emergency) serbisyo. Tanging mga taong naninirahan sa aming lugar na sineserbisuhan ang makakakuha ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.

Malayang Medikal na Pagrepaso (IMR): Kung tatanggihan namin ang iyong kahilingan para sa mga serbisyong medikal o paggamot, maaari kang maghain ng apela sa amin. Kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon at ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyo ng Medi-Cal, kabilang ang mga DME na supply at gamot, makakahingi ka sa California Department of Managed Health Care ng isang IMR. Ang isang IMR ay isang pagrerepaso ng mga doktor sa iyong kaso na hindi bahagi ng aming plan. Kung papanig sa iyo ang desisyon ng IMR, dapat naming ibigay sa iyo ang hiniling mong serbisyo o paggamot. Wala kang babayaran para sa isang IMR.

Matibay na Kagamitang Medikal (DME): Mga tiyak na bagay na itinagubilin ng iyong doktor para gamitin sa iyong sariling tahanan. Ang mga halimbawa ng mga bagay na ito ay mga wheelchair, saklay, sistema ng pinagaganang kutson, gamit sa diabetes, kamang pang-ospital na inorder ng isang provider para gamitin sa bahay, pump para sa IV infusion, aparato sa pagbuo ng salita, kagamitan sa oxygen at supply, nebulizer, at walker.

Medi-Cal: Ito ang pangalan ng programa ng Medicaid sa California. Medi-Cal ay pinatatakbo ng estado at binabayaran ng estado at ng pederal na gobyerno.

- Tumutulong ito sa mga tao na may mga limitadong kita at mapagkukunan na bayaran ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta at medikal na gastusin.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bisitahin ang duals.anthem.com.



- Saklaw nito ang mga karagdagang serbisyo at ilang gamot na hindi saklaw ng Medicare.
- Ang mga programang Medicaid ay nag-iiba-iba sa bawat estado, ngunit halos lahat ng mga gastos sa pangangalagang pangkalusugan ay sinasaklaw kung ikaw ay kuwalipikado sa parehong Medicare at Medicaid.
- Tingnan sa Kabanata 2 para sa impormasyon tungkol sa kung paano kontakin ang Medi-Cal.

Medi-Cal kinakailangan dala ng medikal na dahilan: o “medikal na kinakailangan” ay nangangahulugan na makatwiran at kinakailangang mga uri ng serbisyo para protektahan ang buhay; iiwas ang pasyente na magkasakit nang malubha o mabalda; o paginhawahin ang malalang pananakit. Ito ay umaalinsunod sa pangkalahatang tinatanggap na mga pamantayan ng medikal na kasanayan na sinusuportahan ng kapani-paniwalang siyentipikong ebidensya at panitikang nirepaso ng kasamahan.

Medicare: Ang programa sa insurance ng kalusugan ng pederal para sa mga taong 65 taong gulang o mas matanda, ilang taong wala pang edad na 65 na may mga tiyak na kapansanan, at mga tao na may sakit na end-stage renal (karaniwang mga may permanenteng pagpalya ng bato na kailangan ng dialysis o ng kidney transplant). Ang mga taong may Medicare ay maaaring makakuha ng kanilang saklaw sa kalusugan ng Medicare sa pamamagitan ng Original Medicare o isang pinamamahalaang plano ng pangangalaga (tingnan ang “Health plan”).

Member Services: Isang departamento sa loob ng aming plan na responsable sa pagsagot sa iyong mga katanungan tungkol sa iyong pagiging miyembro, mga benepisyo, karaingan, at apela. Tingnan sa Kabanata 2 para sa impormasyon tungkol sa kung paano kontakin ang Member Services.

Mga aktibidad ng pang-araw-araw na pamumuhay (ADL): Ang mga bagay na ginagawa ng mga tao sa isang karaniwang araw, tulad ng pagkain, paggamit ng banyo, pagbibihis, paliligo, o pagsesepilyo ng ngipin.

Mga gamot ng Part D: Tingnan ang “mga gamot ng Part D ng Medicare.”

Mga gastos mula sa sariling bulsa: Ang kinakailangang hatian ng gastos upang bayaran ng mga miyembro ang bahagi ng mga serbisyo o gamot na nakukuha nila ay tinatawag ding kinakailangang gastos na “mula sa sariling bulsa”. Tingnan ang kahulugan ng “hatian ng gastos” sa itaas.

Mga limit ng dami: Isang limit sa dami ng isang gamot na maaari mong makuha. Ang mga limitasyon ay maaaring sa dami ng gamot na aming sinasaklaw sa bawat reseta.

Mga Opsyonal na Serbisyo ng Plano ng Pangangalaga (Mga Serbisyong CPO): Mga karagdagang serbisyo na opsyonal sa ilalim ng iyong Indibidwal na Plano ng Pangangalaga (ICP). Hindi nilalayan ng mga serbisyong ito na palitan ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta na may pahintulot kang makuha sa ilalim ng Medi-Cal.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bisitahin ang duals.anthem.com.



Mga over-the-counter (OTC) na gamot: Tinutukoy ng mga over-the-counter na gamot ang anumang gamot o medisina na maaaring bilhin ng isang tao nang walang reseta mula sa isang propesyunal sa pangangalaga ng kalusugan.

Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (LTSS): Ang mga serbisyo at suportang pangmatagalang ay mga serbisyo na tumutulong magpabuti ng pangmatagalang medikal na kundisyon. Ang karamihan sa mga serbisyong ito ay makakatulong na manatili ka na lang sa tahanan para hindi mo na kailangang pumunta sa isang nursing home o ospital. Kabilang sa LTSS ang Multipurpose Senior Services Program (MSSP), Community Based Adult Services (CBAS), and Nursing Facilities/Sub-Acute Care Facilities (NF/SCF).

Mga Plan ng Medi-Cal: Mga plan na sinasaklaw lang ang mga benepisyo ng Medi-Cal, tulad ng mga pangmatagalang serbisyo at suporta, kagamitang medikal, at transportasyon. Medicare hiwalay ang mga benepisyo.

Mga saklaw na gamot: Ang termino na ginagamit namin upang ipakahulugan ang lahat ng inirereseta at over-the-counter (OTC) na gamot na saklaw ng aming plan.

Mga saklaw na serbisyo: Ang pangkalahatang termino na ginagamit namin upang ipakahulugan ang lahat ng pangangalagang pangkalusugan, pangmatagalang serbisyo at suporta, supply, inirereseta at over-the-counter na gamot, kagamitan, at iba pang serbisyo na saklaw ng aming plan.

Mga serbisyong panrehabilitasyon: Paggamot na nakukuha mo para tulungan kang gumaling mula sa isang karamdaman, aksidente o malaking operasyon. Tingnan sa Kabanata 4 para malaman pa ang tungkol sa mga serbisyong panrehabilitasyon.

Mga serbisyong saklaw ng Medicare: Mga serbisyong saklaw ng Medicare Part A at Part B. Lahat ng planong pangkalusugan ng Medicare, kabilang ang aming plan, ay dapat saklawin ang lahat ng serbisyo na saklaw ng Medicare Part A at Part B.

Mga tier ng gamot: Mga grupo ng mga gamot na nasa aming Listahan ng Gamot. Ang mga gamot na generic, branded, o mabibili nang walang reseta (OTC) ay mga halimbawa ng antas ng gamot. Ang bawat gamot na nasa Listahan ng Gamot ay nasa isa sa apat (4) na tier.

Miyembro (miyembro ng aming plan, o miyembro ng plan): Isang tao na may Medicare at Medi-Cal na kuwalipikadong makakuha ng mga saklaw na serbisyo, na nagpatala sa aming plan, at nakumpirma na ang pagpapatala ng Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) at ng estado.

Modelo ng pangangalaga: Ang koordinasyon at mapa ng daan ng mga aktibidad ng pangangalaga sa pasyente na inihahatid sa pamamagitan ng pangkat ng pangangalaga na kasama ang pasyente at ang lahat ng kasangkot sa pangangalaga sa pasyente.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bisitahin ang duals.anthem.com.



Multipurpose Senior Services Program (MSSP): Isang programa na nagbibigay ng Home and Community-Based Services (HCBS) sa mga indibidwal na karapat-dapat para sa Medi-Cal na nasa edad na 65 o mas matanda na may mga kapansanan bilang isang alternatibo sa paglalagay sa pasilidad ng pagkalinga.

Nagpatala sa Medicare-Medi-Cal (Dalawahan ang Pagiging Karapat-dapat): Isang tao na nagiging karapat-dapat para sa pagsaklaw ng Medicare at Medi-Cal. Tinatawag din ang nagpatala sa Medicare-Medi-Cal na “indibidwal na may dalawahang kuwalipikasyon.”

Medicare Part A: Ang programa ng Medicare na sumasaklaw sa karamihan ng kinakailangan dala ng medikal na dahilan na ospital, bihasang pangangalaga ng nurse, kalusugan sa tahanan at pangangalaga sa hospisyo.

Medicare Part B: Ang programa ng Medicare na sumasaklaw sa mga serbisyo (tulad ng mga pagsusuri sa lab, operasyon, at pagpapatingin sa doktor) at mga supply (tulad ng mga wheelchair at walker) na kinakailangan dala ng medikal na dahilan upang gamutin ang isang sakit o kundisyon. Sinasaklaw rin ng Medicare Part B ang maraming serbisyo upang makaiwas sa sakit at pag-screen.

Medicare Part C: Ang programa ng Medicare na nagpapahintulot sa mga pribadong kumpanya ng insurance sa kalusugan na magkaloob ng mga benepisyo ng Medicare sa pamamagitan ng isang Medicare Advantage Plan.

Medicare Part D: Ang programa sa benepisyong inireresetang gamot ng Medicare. (Tinatawag naming “Part D” ang programang ito para maikli.) Sinasaklaw ng Part D ang mga pang-outpatient na inireresetang gamot, bakuna, at ilang supply na hindi saklaw ng Part A o Part B ng Medicare o Medi-Cal. Kasama sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ang Medicare Part D.

Medicare Part D na mga gamot: Mga gamot na maaaring saklawin sa ilalim ng Part D ng Medicare. Partikular na hindi isinama ng Kongreso ang mga tiyak na kategorya ng mga gamot mula sa pagsaklaw bilang mga gamot ng Part D. Medi-Cal maaaring saklawin ang ilan sa mga gamot na ito.

Nakabinbin na bayad na tulong: Makakapagpatuloy kang makakuha ng iyong mga benepisyo habang naghihintay ng desisyon tungkol sa Antas 1 na Apela o isang Pagdinig ng Estado (Tingnan sa Kabanata 9 para sa karagdagang impormasyon). Tinatawag itong nagpapatuloy na saklaw na “nakabinbin na bayad na tulong.”

Network: Isang malaking pangkat ng mga doktor, espesyalista, parmasya, ospital at iba pang mga provider ng pangangalagang pangkalusugan. Tinatawag ang grupong ito na isang “network.”

Ombudsman: Isang opisina sa inyong estado na nagtatrabaho bilang tagataguyod sa ngalan mo. Maaari nilang sagutin ang mga tanong kung mayroon kang problema o reklamo at matutulungan ka na maintindihan kung ano ang dapat gawin. Libre ang mga serbisyo ng ombudsman. Makikita mo ang marami pang impormasyon tungkol sa Cal MediConnect Ombuds Program sa Kabanata 2 at 9 sa handbook na ito.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bisitahin ang duals.anthem.com.



Pag-alis sa pagkakatala: Ang proseso ng pagtatapos ng iyong pagiging miyembro sa aming plan. Maaaring boluntaryo ang pag-alis sa pagkakatala (sarili mong desisyon) o hindi boluntaryo (hindi mo sariling desisyon).

Pagbubukod: Pahintulot upang makakuha ng saklaw para sa isang gamot na hindi karaniwang saklaw o upang gamitin ang gamot nang walang tiyak na mga patakaran at limitasyon.

Pagdinig ng Estado: Kung hihingi ang iyong doktor o ibang provider ng isang serbisyo ng Medi-Cal na hindi namin aaprubahan, o hindi namin patuloy na babayaran para sa isang serbisyo ng Medi-Cal na mayroon ka na, maaari kang humingi ng isang Pagdinig ng Estado. Kung papanig sa iyo ang desisyon ng Pagdinig ng Estado, dapat namin ibigay sa iyo ang hiniling mong serbisyo.

Pagpapasya ng organisasyon: Gumawa ang plan ng pagpapasya ng organisasyon kapag ito, o isa sa mga provider nito, ay gagawa ng desisyon tungkol sa kung saklaw ang mga serbisyo o kung magkano ang kailangan mong bayaran para sa mga saklaw na serbisyo. Ang mga pagpapasya ng organisasyon ay tinatawag na “mga desisyon sa saklaw” sa handbook na ito. Ipinapaliwanag ng Kabanata 9 kung paano humingi sa amin ng desisyon sa saklaw.

Original Medicare (tradisyunal na Medicare o fee-for-service na Medicare): Original Medicare ay inaalok ng gobyerno. Sa ilalim ng Original Medicare, sinasaklaw ang mga serbisyo ng Medicare sa pamamagitan ng pagbabayad ng mga halaga sa mga doktor, ospital, at iba pang mga provider ng pangangalagang pangkalusugan na itinakda ng Kongreso.

- Maaari kang magpatingin sa sinumang doktor, anumang ospital, o iba pang provider ng pangangalaga sa kalusugan na tumatanggap ng Medicare. Ang Original Medicare ay may dalawang bahagi: Ang Part A (insurance sa ospital) at Part B (medikal na insurance).
- Makukuha ang Original Medicare kahit saan sa Estados Unidos.
- Kung hindi mo gustong maging bahagi ng aming plan, maaaring Original Medicare ang iyong piliin.

Pagsasanay sa kakayahan sa kultura: Pagsasanay na nagbibigay ng karagdagang pagtuturo para sa aming mga provider ng pangangalagang pangkalusugan na tumutulong sa kanila upang mas maintindihan ang iyong karanasan, mga pagpapahalaga, at mga paniniwala upang iangkop ang mga serbisyo upang matugunan ang iyong mga pangangailangang panlipunan, pangkultura at wika.



Pagsingil ng Balanse: Isang sitwasyon kapag sinisingil ng isang provider (tulad ng isang doktor o ospital) ang isang tao nang higit sa halaga ng paghahatian ng plan para sa mga serbisyo. Bilang miyembro ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, kailangan mo lang bayaran ang mga halaga ng paghahatian ng plan kapag kumuha ka ng mga serbisyo na saklaw ng aming plan. Hindi namin pinapayagan ang mga provider na “singilin ang balanse” mo Tumawag sa Member Services kung makatanggap ka ng mga bayarin na hindi mo naiintindihan.

Pangangalaga sa pasilidad ng bihasang nurse (SNF): Bihasang pangangalaga ng nurse at mga serbisyong panrehabilitasyon na ipinagkakaloob nang tuloy-tuloy, pang-araw-araw na batayan, sa isang pasilidad ng bihasang nurse. Kabilang sa mga halimbawa ng pangangalaga sa pasilidad ng may kasanayang pagkalinga ang physical therapy o mga iniksyon na intravenous (IV) na maaaring ibigay ng isang rehistradong nurse o doktor.

Pangangalagang pang-emergency: Mga saklaw na serbisyo na ibinibigay ng isang provider na sinanay para magbigay ng mga serbisyong pang-emergency at kailangang gumamot ng medikal o kalusugan ng pag-uugali na emergency.

Pangkat ng pangangalaga: Tingnan ang “Interdisciplinary na Pangkat ng Pangangalaga.”

Parmasya na wala sa network: Ang parmasya na hindi sumang-ayon na makipagtulungan sa aming plan para mag-ugnay o magkaloob ng mga saklaw na gamot sa mga miyembro ng aming plan. Karamihang gamot na kinukuha mo sa mga parmasya na wala sa network ay hindi saklaw ng aming plan maliban kung naaangkop ang ilang partikular na kondisyon.

Parmasya sa network: Isang parmasya (botika) na sumang-ayon na magbigay ng mga inireresetang gamot sa mga miyembro ng aming plan. Tinatawag namin ang mga ito na “mga parmasya na nasa network” dahil sumang-ayon ang mga ito na makipagtulungan sa aming plan. Sa karamihang kaso, sinasaklaw lang ang iyong mga resetang gamot kung ang mga ito ay kinuha sa isa sa aming mga parmasya sa network.

Part A: Tingnan ang “Medicare Part A.”

Part B: Tingnan ang “Medicare Part B.”

Part C: Tingnan ang “Medicare Part C.”

Part D: Tingnan ang “Medicare Part D.”

Pasilidad ng bihasang nurse (SNF): Isang pasilidad ng pagkalinga na may mga kawani at kagamitan para magbigay ng bihasang pangangalaga ng nurse at, kadalasan, mga serbisyo ng bihasang rehabilitasyon at iba pang kaugnay na mga serbisyong pangkalusugan.

Pasilidad ng komprehensibong rehabilitasyon ng outpatient (CORF): Isang pasilidad na pangunahing nagkakaloob ng mga serbisyong panrehabilitasyon pagkatapos ng karamdaman, aksidente, o malaking operasyon. Nagbibigay ng iba't ibang serbisyo, kabilang ang physical therapy,

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bisitahin ang duals.anthem.com.



mga serbisyong panlipunan o psychological, therapy sa baga, occupational therapy, therapy sa pananalita, at mga serbisyong pagsusuri ng kapaligiran ng tahanan.

Paunang pahintulot: Isang pag-apruba mula sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan na dapat mong makuha bago ka makakuha ng partikular na serbisyo o gamot o magpatingin sa isang provider na wala sa network. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan maaaring hindi saklawin ang serbisyo o gamot kung hindi ka makakuha ng pag-apruba.

Masasaklaw lang ang ilan sa mga medikal na serbisyo na nasa network kung hihingi ng paunang pahintulot mula sa aming plan ang iyong doktor o iba pang provider na nasa network.

- Ang mga saklaw na serbisyo na kailangan ang paunang pahintulot ng aming plan ay minarkahan sa Tsart ng mga Benepisyo sa Kabanata 4.

Sasaklawin lamang ang ilang gamot kung ikaw ay makakakuha ng paunang pahintulot sa amin.

- Ang mga saklaw na gamot na kailangan ng paunang pahintulot ay may marka sa *Listahan ng mga Saklaw na Gamot*.

Plan ng Medicare Advantage: Isang programa ng Medicare, kilala rin bilang “Medicare Part C” o “MA Plans,” na naghahandog ng mga plan sa pamamagitan ng mga pribadong kumpanya. Binabayaran ng Medicare ang mga kumpanya na ito upang saklawin ang iyong mga benepisyo ng Medicare.

Plano ng pangangalaga: Tingnan ang “Indibidwal na Plano ng Pangangalaga.”

Planong pangkalusugan: Isang organisasyon na binubuo ng mga doktor, ospital, parmasya, provider ng mga pangmatagalang serbisyo, at iba pang mga provider. Mayroon din itong mga tagapamahala ng kaso para tulungan kang pangasiwaan ang lahat ng iyong provider at serbisyo. Magkakasama silang nagtutulungan para magbigay ng pangangalagang kailangan mo.

Program for All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Plans: Isang programa na magkasamang sinasaklaw ang mga benepisyo ng Medicare at Medi-Cal para sa mga taong edad 55 at mas matanda na kailangan ng mas mataas na antas ng pangangalaga para mamuhay sa tahanan.

Prosthetics at Orthotics: Ito ay mga medikal na device na itinagubilin ng iyong doktor o ng ibang provider ng pangangalagang pangkalusugan. Kabilang sa mga saklaw na bagay, ngunit hindi limitado sa mga brace sa braso, likod, at leeg; artipisyal na mga paa o kamay; artipisyal na mga mata; at mga aparatong kinakailangan para palitan ang panloob na parte ng katawan o paggana, kabilang ang mga supply ng ostomy at enteral at parenteral na therapy ng nutrisyon.

Provider na wala sa network o Pasilidad na wala sa network: Isang provider o pasilidad na hindi inuupahan, pagmamay-ari, o pinatatakbo ng aming plan at wala sa ilalim ng kontrata para magkaloob ng mga serbisyong saklaw sa mga miyembro ng aming plan. Ipinaliliwanag sa Kabanata 3 ang mga provider o pasilidad na wala sa network.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bisitahin ang duals.anthem.com.



Provider ng pangunahing pangangalaga (PCP): Ang iyong provider ng pangunahing pangangalaga ay ang doktor o iba pang provider na una mong pinagpapatingnan para sa karamihang problema sa kalusugan. Tinitiyak niya na makukuha mo ang pangangalagang kailangan mo para manatiling malusog.

- Maaari din siyang makipag-usap sa iba pang mga doktor at health care provider tungkol sa pangangalaga sa iyo at maaari ka niyang i-refer sa kanila.
- Sa maraming planong pangkalusugan ng Medicare, dapat ka munang magpatingin sa iyong provider ng pangunahing pangangalaga bago ka magpatingin sa sinumang iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan.
- Tingnan sa Kabanata 3 ang impormasyon tungkol sa pagkuha ng pangangalaga mula sa mga provider ng pangunahing pangangalaga.

Provider sa network: Ang “provider” ay ang pangkalahatang termino na ginagamit namin para sa mga doktor, nurse, at iba pang tao na nagbibigay sa iyo ng mga serbisyo at pangangalaga. Kabilang din sa termino ang mga ospital, mga ahensya ng kalusugan sa tahanan, klinika, at iba pang lugar na nagbibigay sa iyo ng mga serbisyong pangangalaga sa kalusugan, kagamitang medikal, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta.

- Binibigyan ng lisensya o sertipikasyon ang mga ito ng Medicare at ng estado upang magbigay ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan.
- Tinatawag namin ang mga ito na “mga provider na nasa network” kapag sumang-ayon ang mga ito na makipagtulungan sa planong pangkalusugan at tanggapin ang aming bayad at hindi maningil ng karagdagang halaga sa aming mga miyembro.
- Habang miyembro ka ng aming plan, dapat mong gamitin ang mga provider na nasa network upang makakuha ng mga saklaw na serbisyo. Ang mga provider na nasa network ay tinatawag ding “mga provider ng plan.”

Quality improvement organization (QIO): Isang grupo ng mga doktor at iba pang dalubhasa sa pangangalaga ng kalusugan na tumutulong na pahasayin ang kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare. Binabayaran sila ng pamahalaang pederal para tingnan at pabutihin ang pangangalagang ibinibigay sa mga pasyente. Tingnan sa Kabanata 2 ang impormasyon tungkol sa kung paano makipag-ugnayan sa QIO para sa inyong estado.

Referral: Ang referral ay nangangahulugan na ang iyong provider ng pangunahing pangangalaga (PCP) ay dapat kang bigyan ng pag-apruba bago ka magpatingin sa isang tao na hindi mo PCP. Kung hindi ka makakakuha ng pag-apruba, maaaring hindi saklawin ng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ang mga serbisyo. Hindi mo kailangan ng referral para magpatingin sa ilang partikular na espesyalista, tulad ng mga espesyalista sa kalusugan ng mga kababaihan. Makikita mo ang karagdagang impormasyon tungkol sa mga referral sa Kabanata 3 at ang tungkol sa mga serbisyo na kailangan ang mga referral sa Kabanata 4.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bisitahin ang duals.anthem.com.



Reklamo: Isang nakasulat o sinabing pahayag na sinasabi na mayroon kang problema o alalahanin tungkol sa iyong mga saklaw na serbisyo o pangangalaga. Kabilang dito ang anumang alalahanin tungkol sa kalidad ng serbisyo, kalidad ng pangangalaga, aming mga provider sa network, o aming mga parmasya sa network. Ang pormal na pangalan para sa “pagrereklamo” ay “pagsasampa ng karaingan.”

Sentro ng operasyon para sa nakakalakad: Isang pasilidad na nagsasagawa ng operasyon na outpatient sa mga pasyente na hindi kailangan ang pangangalaga ng ospital at hindi inaasahang mangailangan ng higit sa 24 na oras ng pangangalaga.

Step therapy: Isang tuntunin ng pagsaklaw na kinakailangan mo na subukan muna ang isa pang gamot bago namin saklawin ang gamot na hinihingi mo.

Subsidyo para sa may mababang kita (LIS): Tingnan ang “Ekstrang Tulong.”

Supplemental Security Income (SSI): Isang buwanang benepisyo na binabayaran ng Social Security sa mga tao na may mga limitadong kita at mapagkukunan na may kapansanan, bulag, o edad 65 at mas matanda. Ang mga benepisyo ng SSI ay hindi katulad ng mga benepisyo ng Social Security.

Tagapamahala ng kaso: Isang pangunahing tao na nakikipagtulungan sa iyo, sa planong pangkalusugan, at sa iyong mga provider ng pangangalaga upang masiguro na nakukuha mo ang pangangalaga na kailangan mo.

Tahanan o pasilidad ng pagkalinga: Isang lugar na nagbibigay ng pangangalaga para sa mga taong hindi makakuha ng kanilang pangangalaga sa tahanan ngunit hindi kailangang maging nasa ospital.

Tier ng hatian ng gastos: Isang grupo ng mga gamot na may parehong copay. Ang bawat gamot na nasa *Listahan ng mga Saklaw na Gamot* (tinatawag din bilang Listahan ng Gamot) ay nasa isa sa apat (4) na mga tier ng hatian ng gastos. Sa pangkalahatan, mas mataas ang tier ng hatian ng gastos, mas mataas ang iyong gastos para sa gamot.

Yugto ng paunang saklaw: Ang yugto bago maabot ng iyong kabuuang gastos sa Part D na gamot ang \$6,350.00. Kasama rito ang mga halaga na binayaran mo na, kung ano ang binayaran ng aming plan para sa iyo, at ang low-income subsidy. Magsisimula ka sa yugtong ito kapag pinunan mo ang iyong unang reseta para sa taon. Sa yugtong ito, binabayaran ng plan ang bahagi ng mga halaga ng iyong mga gamot, at babayaran mo ang iyong bahagi.

Yugto ng saklaw sa sakuna: Ang yugto sa benepisyong gamot ng Part D kung saan binabayaran ng plan ang lahat ng gastos ng iyong mga gamot hanggang sa katapusan ng taon. Magsisimula ka sa yugtong ito kapag naabot mo na ang limit na \$6,350.00 para sa iyong mga resetang gamot.

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bisitahin ang duals.anthem.com.



Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan Member Services

TUMAWAG SA	1-855-817-5785 Ang mga tawag sa numerong ito ay libre. Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mayroon ding mga libreng serbisyo ng interpreter ng wika ang Member Services na makukuha ng mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Ang mga tawag sa numerong ito ay libre. Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m.
SUMULAT	Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan MMP Member Services 12900 Park Plaza Drive, Suite 150, Mailstop 6150 Cerritos, CA 90703-9329
WEB SITE	duals.anthem.com

Kung may mga tanong ka, pakitawagan ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang duals.anthem.com.



Mayroong mga tanong?

Tawagan kami sa **1-855-817-5785** (TTY: **711**),
Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m hanggang 8 p.m.
Libre ang tawag na ito. O bumisita sa **duals.anthem.com**.



Ang Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) ay isang health plan na nakikipag-kontrata sa kapwa Medicare at Medi-Cal upang magkaloob ng mga benepisyo ng kapwa mga programa sa mga nagpatala. Ang Anthem Blue Cross ay ang trade name para sa Blue Cross of California. Ang Anthem Blue Cross at Blue Cross of California Partnership Plan, Inc. ay mga independenteng licensee ng Blue Cross Association. Ang ANTHEM ay rehistradong trademark ng Anthem Insurance Companies, Inc.