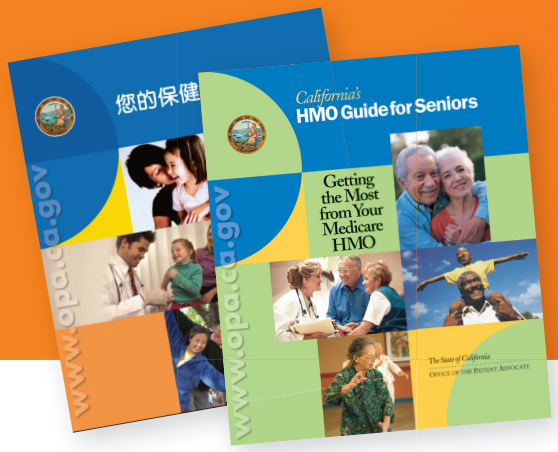
PAANO MAGAGAMIT NANG MAS MABUTI ANG IYONG PLANO SA KALUSUGAN

www.opa.ca.gov

Ang OPA ay nag-aalok ng impormasyon na makakatulong sa paggabay sa iyo na makuha ang higit sa iyong plano sa kalusugan.



MAAARI KANG MAKAKUHA NG DAGDAG NA IMPORMASYON O HUMILING NG MGA MATERYALES NANG WALANG BAYAD

- Paano Gamitin ang Iyong Gabay sa Plano sa Kalusugan
- Gabay sa HMO para sa mga Matatanda
- Mga talahanayan, karatula, bidyo at iba pang mga pulyeto
- Mga mapagsasanggunian at iba pang mapagkukunan

Kailangan mo ba ng Tulong o may Problema ka ba sa iyong Plano sa Kalusugan?

Kung ikaw ay miyembro ng HMO, tumawag sa Sentro para sa Tulong ng DMHC:
1-888-466-2219

Kung ikaw ay miyembro ng:

- Blue Cross PPO o Blue Shield PPO, tumawag sa Sentro para sa Tulong ng DMHC:
  1-888-466-2219
- Lahat ng iba pang miyembro ng PPO, tumawag sa Kagawaran ng Seguro:
  1-800-927-4357

Kung ikaw ay may Medicare, tumawag sa **HICAP:**
1-800-434-0222

Kung ikaw ay may Pinapangasiwaang Pangangalaga sa Medi-Cal, tumawag sa Medi-Cal Ombudsman:
1-888-452-8609

Kung hindi ka sigurado kung sino ang tatawagan, tumawag sa OPA:
1-866-466-8900

Mga Pangunahin sa Plano sa Kalusugan

Makakakuha ka ng mas mahusay na pangangalaga at makakatipid ng pera kung alam mo ang mga pangunahin sa iyong plano. Magtanong sa iyong doktor o sa mga plano sa kalusugan para sa:

- Listahan ng mga serbisyong saklaw ng aking plano.
- Listahan ng mga doktor, ospital at mga laboratoryo na kasama sa aking plano.
- Isang mapagsanggunian upang makuha ang mga serbisyo tuwing kinakailangan.
- Impormasyon sa kung ano ang gagawin kung gusto mong magpatingin sa doktor na wala sa listahan, at magtanong kung magkano ang halaga nito.

Humingi ng Serbisyo sa Iyong Wika

Ang mga plano ng kalusugan ay dapat magbigay ng libreng tulong sa kanilang mga miyembro na hindi nagsasalita ng Ingles.

- Humingi ng sertipikadong tagapagsalin ng wika para sa iyong mga tipanan sa doktor, sa laboratoryo, para sa kalusugang pangkaisipan at iba pang klase ng mga pagbisita.
- Humingi ng mga materyales sa iyong wika gaya ng mga pormularyo ng pahintulot, plano sa paggamot at impormasyon tungkol sa iyong mga gamot.
- Humingi ng listahan ng mga doktor na nagsasalita ng iyong wika.

Mayroon Kang mga Karapatan bilang Pasyente. Maaari kang...

- Pumili ng doktor na iyong pinagkakatiwalaan
- Lumipat sa ibang doktor kung hindi ka nasisiyahan sa iyong doktor.
- Humingi ng nakasulat na pagsusuri o paglalarawan ng iyong problema sa kalusugan.
- Humingi ng pangalawang opinyon ng doktor tungkol sa mga seryosong problema sa kalusugan.
- Tumanggap o tumanggi ng paggamot para sa iyong sarili, kabilang na ang operasyon o gamot.
- Kumuha ng kopya ng iyong mga talaang medikal. (Maaari kang pagbayarin para sa kopya).
- Humingi ng paliwanag sa mga pangalawang epekto ng operasyon, paggamot o medikasyon.
- Magdala ng kasama sa mga tipanan para sa suporta.

Hanapin ang OPA sa

Mga Gastos sa Plano sa Kalusugan – Mga Mahahalagang Terminong Dapat Malaman

BAYAD SA SEGURO (PREMIUM) ay ang halagang ibinabayad mo bawat buwan upang panatilihin ang iyong seguro. Ang iyong amo o ang pamahalaan ay maaaring magbayad ng lahat o bahagi ng iyong bayad sa seguro.

Ang **BAWASIN (DEDUCTIBLE)** ay ang halaga na iyong binabayaran bawat taon bago magsimulang magbayad ang iyong plano sa kalusugan para sa mga serbisyong saklaw ng iyong pangangalaga sa kalusugan.

Ang **KA-BAYAD (CO-PAY)** ay isang bayad, gaya ng $20, na iyong ibinabayad sa bawat pagbisita sa doktor o sa tuwing pinupunan mo ang iyong iniresetang mga gamot.

Ang **KA-SEGURO (CO-INSURANCE)** ay ang bahagi na binabayaran mo para sa isang serbisyo. Ang halaga ay madalas na porsiyento, gaya ng 20%, ng kabuuang gastos.

MGA PANGHABANG-BUHAY AT TAUNANG LIMITASYON Karamihan ng mga plano ay hindi na makakapaglagay ng limitasyon na panghabang-buhay sa iyong mga benepisyo. Ang taunang limitasyon ay matatapos sa 2014.

PAGKANSELA NG SEGURO SA KALUSUGAN Ang isang plano ay hindi maaaring magkansela ng iyong seguro sa kalusugan dahil kailangan mo ng magastos na pangangalaga. Subalit, ang iyong seguro ay maaaring makansela kung hindi mo babayaran ang iyong mga bayad sa seguro o kung hindi mo pupunan ang iyong aplikasyon nang tapat.

Ano ang dapat gawin sa isang Emerhensiya

- Tumawag sa 9-1-1 o pumunta sa pinakamalapit na pasilidad na pang-emerhensiya
- Kung kinakailangan mo ng pangangalagang emerhensiya, ang iyong plano sa kalusugan ay dapat na saklaw ang mga bayad saan ka man pumunta. Maaari kang magbayad ng ka-bayaran.
- Kung ikaw ay pumunta sa isang pasilidad na pang-emerhesiya at ito ay hindi isang emerhensiya, maaaring kailangan mong bayaran ang gastos.
- Ito ay isang emerhensiya kung ang paghihintay sa pagkuha ng pangangalaga ay maaaring maging mapanganib sa iyong buhay o sa bahagi ng iyong katawan. Ang pinsala o biglaaang karamdaman ay maaaring isang emerhensiya.

Mga Benepisyo ng Plano sa Kalusugan

Ang mga benepisyo ay ang mga serbisyong saklaw ng iyong plano sa kalusugan tuwing kinakailangan. Humingi sa iyong plano sa kalusugan ng buod ng iyong mga benepisyo. Ang mga plano sa kalusugan sa California ay karaniwang sumasaklaw sa mga pangunahing serbisyo gaya ng:

- Pagpapatingin sa mga doktor at espesyalista
- Pangangalagang emerhensiya at pang- ospital
- Pangangalaga sa kalusugang pangkaisipan
- Mga pagsusuri at pagsasala sa laboratoryo
- Operasyon
- Terapiyang Pisikal
- Pamigil na Pangangalaga: Karamihan sa mga plano sa kalusugan ngayon ay dapat na magsaklaw ng mga serbisyong pamigil na pangangalaga ng walang dagdag na gastos sa iyo. Kasama sa mga pamigil na pangangalaga ang mga bakuna, maraming pagsusuri sa laboratoryo, pagsasala ng kanser, pamigil sa pagbububuntis, pagsusuri sa kalusugan ng bata at iba pang mga serbisyo.

Ikaw at ang Iyong Mga Pagbisita sa Doktor

- Gumawa ng listahan ng mga katanungan bago ang tipanan.
- Sabihin sa iyong doktor ang lahat ng iyong kaya ukol sa iyong kalusugan.

Pumunta sa www.opa.ca.gov para sa libreng Talahanayan ng Kalusugan.

Mga Repormang Pagbabago sa Pangangalaga ng Kalusugan sa 2014

Ang mga repormang pagbabago sa pangangalaga ng kalusugan ay magpapadali sa pagkuha ng abot-kayang seguro. Ang mga kredit sa buwis ay maibibigay sa mga tao na may mababa hanggang katamtamang kita. Alamin ang higit pa sa www.healthcare.gov

Gaano Ka Kabilis Makakakuha ng Tipanan?

Ang mga HMO at ang ilang PPO (Blue Cross at Blue Shield) ay kinakailangan na magbigay ng mga tipanan sa loob ng mga panahong ito:

- Para sa agarang pangangalaga, dapat makakuha ka ng tipanan sa loob ng 48 oras o 86 oras kung kailangan ng paunang pag-apruba
- Para sa regular na pangangalaga, dapat makakuha ka ng tipanan sa loob ng 2 hanggang 3 linggo.

Kung ikaw ay tatawag sa iyong doktor ukol sa iyong mga problema sa kalusugan, ang doktor o ang nars ay dapat ibalik ang iyong tawag sa loob ng 30 minutos o mas mababa. Upang malaman ang mas marami pa sa mga limitasyon ng oras sa tipanan, bumisita sa www.dmhc.ca.gov/timely_access

Mga Umiiral Nang Kundisyon

Kung ikaw ay may umiiral nang mga problema sa kalusugan, mahalagang malaman na:

- Ang seguro sa kalusugan na nakukuha mo sa pamamagitan ng iyong trabaho ay dapat magsaklaw sa iyo kahit na ikaw ay may mga problema sa kalusugan gaya ng diyabetes, problema sa puso o kanser.
- Ang mga indibidwal na plano ay maaari kang tanggihan o singilin ka ng mas mataas na mga bayad sa seguro. Hindi na ito papahintulutan simula sa 2014.
- Karamihan sa mga plano ay hindi maaaring tanggihan ang batang may problema sa kalusugan. Subalit, hanggang sa 2014, maaari silang maningil ng mas mataas na bayad sa seguro.
- Kung ikaw ay nahihirapan bumili ng seguro sa kalusugan, ang California ay may dalawang programa para sa mga taong may malalang problema sa kalusugan: PCIP at MRMIP. Para sa karagdagang impormasyon, tumawag sa 1-800-289-6574 o bumisita sa pcip.ca.gov