



Medicare & Ikaw 2025

Ang opisyal na hanbuk sa Medicare
ng pamahalaan ng U.S.



Medicare

Anong bago & importante?



Tingnan kung anong bago sa Medicare ngayong taon upang tulungan kang pangasiwaan ang iyong kabuuang kalusugan at kagalingan.

Pagpapababa sa iyong mga gastos sa iniresetang gamot

Dahil sa bagong batas sa iniresetang gamot ni Pangulong Biden, sa 2025, ang iyong taunang mga gastos sa gamot mula sa iyong sariling bulsa ay magkakaroon ng cap na \$2,000. Kung ikaw ay mayroong polisa sa gamot ng Medicare (Bahagi D) at ang iyong mga gastos ay sapat na mataas upang maabot ang cap na ito, hindi mo kailangang bumayad ng copayment o coinsurance sa natitirang mga buwan sa nasabing taon para sa mga gamot na Bahagi D. Sa simula ng 2025, ika'y magkakaroon din ng opsyon na paghati-hatiin ang iyong mga gastos sa gamot sa pamamagitan ng mga buwanang pagbabayad sa buong taon. Pumunta sa pahina 83.

Pangangasiwa sa pangkaisipang kalusugan at kagalingan

Sinasaklaw ng Medicare ang pinalawak na pangangalaga sa pangkaisipang kalusugan, tulad ng mga serbisyo sa intensibong outpatient na programa sa ilang mga lokasyon at mga serbisyo mula sa mga terapistang pag-aasawa at pamilya at mga tagapayo sa pangkaisipang kalusugan (pahina 46). Sa iyong taunang bisita para sa “Kagalingan”, maaari ring gamiting nga iyong tagpaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ang isang pagtatasa ng peligro sa kalusugan upang mas mabuting maintindihan ang iyong mga kapakanang panlipunan at ituro ka sa mga angkop na serbisyo at suporta (pahina 55).

Mga karagdagang mapagkukunan para sa mga tagapag-alaga

Sinasaklaw ng Medicare ang karagdagang suporta ng tagapag-alaga, tulad ng pagsasanay na nakakatulong sa iyong tagapag-alaga na mas mabuti kang alagaan (pahina 33) at relyebo kung sila'y nangangalaga para sa mga kapamilya na naroon sa hospice care (pahina 27). Bukod dito, ang ilang mga tao na nabubuhay na mayroong dementia at kanilang mga tagapag-alaga na maaaring makakuha ng karagdagang suporta sa pamamagitan ng isang bagong programang eksperimental (pahina 35).

Programang mga Pangkalusugang Benepisyo ng Lingkurang Pangkoreo

Simula sa Enero 1, 2025, ang mga empleyado sa Lingkurang Pangkoreo ng U.S., mga retirado at kanilang mga pamilya ay makakakuha ng polisa sa pamamagitan ng isang bagong programa sa mga benepisyo sa halip na sa programa sa Mga Pangkalusugang Benepisyo ng Pederal na Empleyado. Pumunta sa pahina 89.

Mga pagbabago sa polisa sa telehealth

Maaari kang makakuha ng mga serbisyo sa telehealth saanmang lokasyon sa U.S., kabilang ang iyong tahanan, **hanggang Disyembre 31, 2024.** Pagkatapos ng panahong ito, kinakailangang naroon ka sa opisina o medikal na pasilidad na matatagpuan sa kabukiran para sa halos lahat ng mga serbisyo sa telehealth. Gayunman, maaari ka pa ring makakuha ng mga ilang serbisyo sa telehealth (tulad ng pangkaisipan at pangkagawiang kalusugan) sa iyong tahanan kahit saan ka nakatira. Pumunta sa pahina 51.

Mga Nilalaman

Anong bago & importante?	2
Talatuntunan ng mga paksa	4
Ano ang mga bahagi ng Medicare?.....	9
Iyong mga opsyon sa Medicare	10
Sa isang sulyap: Orihinal na Medicare vs. Plano sa Medicare Advantage.....	11
Magsimula sa Medicare.....	13
Manghingi ng tulong sa paghahanap ng tamang polisa para sa iyo	14
Seksyon 1: Pagsa-sign up para sa Medicare	15
Seksyon 2: Alamin kung ano ang sinasaklaw ng Medicare	25
Seksyon 3: Orihinal na Medicare	57
Seksyon 4: Mga Plano sa Medicare Advantage & iba pang mga opsyon	61
Seksyon 5: Suplementong Seguro sa Medicare (Medigap)	75
Seksyon 6: Polisa ng gamot sa Medicare (Bahagi D).....	79
Seksyon 7: Humingi ng tulong sa pagbabayad sa mga gastos sa iyong kalusugan at gamot	91
Seksyon 8: Iyong mga karapatan & mga proteksyon sa Medicare	97
Seksyon 9: Maghanap ng mga nakatutulong na mga kontak at karagdagang impormasyon	107
Seksyon 10: Mga Kahulugan	119

Kailangan ng impormasyon sa isang maa-access na pormat o ibang wika?

Pumunta sa mga pahina 124– 126.

Simbolong susi

Hanapin ang mga simbolong ito upang matulungan kang maintindihan ang iyong polisa sa Medicare.



Paghambingin: Ipinapakita kung paano magkaiba ang mga pangunahing katangian sa pagitan ng mga plano sa **Orihinal na Medicare** at **Medicare Advantage**.

Mahalaga!

Mahalaga: Itinatampok ang impormasyon na mahalagang repasuhin.

Bago!

Bago: Itinatampok kung anong bago.



Presyo & polisa: Nagbibigay sa iyo ng impormasyon tungkol sa mga presyo at polisa para sa mga serbisyo.



Tuklasin: Tinutulongan kang matuklasan ang mahalagang impormasyon tungkol sa **Medicare.gov**.



Mga Serbisyon pang-apula: Nagbibigay sa iyo ng mga detalye tungkol sa **mga serbisyon pang-apula**.



Repasuhin ang iyong mga opsyon sa Medicare options sa mga pahinang 10–14.

Talatuntunan ng mga paksa

A

Abiso, Mga 28, **58-59**, 63, 69, 81, 91, 97, 99-101, 103-105, 109, 110, 123
 Abiso ng mga Pribadong Kasanayan 103-104
 Abiso ng Walang Diskriminasyon 123
 Medicare Outpatient Observation Notice (tinatawag ding “MOON”) 28
 Medicare Summary Notice (MSN) 58, 91, 99, 101, 103, 105, 109
 Taunang Abiso ng Pagbabago 63, 69, 81
 Abiso ng pribadong buhay 103-104
 Accountable Care Organization (ACO) 29, 74, 103, **110-111**, 119
 Acupuncture **30**, 87
 Administratibong Kontratista sa Medicare 99, 103
 Advance Beneficiary Notice of Non-coverage 101
 Akawnt sa Medicare 14, 24, 59, 91, 105, 108, **109**, 111
 Amyotrophic lateral sclerosis (ALS) 15
 Aortic aneurysm ng tiyan 30
 Apela 28, 66, 87, **97-101**, 108, 112
 App sa Medicare, Mga 59
 Artipisyal na biyas, Mga 49

B

Bagay na orthotic, Mga 49
 Bagay na prosthetic/orthotic, Mga 49
 Bagay sa lymphedema compression na paggamot, Mga 45
 Baitang (pormularyo ng gamot), Mga 81-83, **85-86**, 99-100
 Bakuna, Mga. *Pumunta sa Iniksiyon*, Mga.
 Bayarin, Mga 23-24, 58-59, 82, 89, 99, 105
 Beneficiary and Family Centered Care- Quality Improvement Organization, Mga 100, **112**
 Benepisyo ng mga Beterano (Veterans’ benefits, VA), Mga 18, 84, **90**, 113
 Biomarker test na batay sa dugo 36
 Bisitang pangkagalingan 9, 30, 35, **54-55**, 108
 Bukas na Pagpapatala 13, 71-72, 77-78, 80, 84

C

Cardiac rehabilitation 32-33
 Chemotherapy **34**, 65
 Claim, Mga 25, 58-59, 99-100, 102-105, 109
 COBRA 18-19, **89**
 Colonoscopy, Mga 35-36
 Coronavirus disease 2019 (COVID-19) **37-38**, 49, 50
 Creditable na polisa sa inireresetang gamot 64, 79, 81, 83-85, 89, 94, **119**

D

Dayalasis (kidney/renal dialysis) 16, 44, 51, 65, 66, 98
 Dayalasis ng bato (renal). *Pumunta sa dayalasis*.
 Defibrillator, Mga 38
 Dementia 35, 55, 70
 Demonstrasyon/programang eksperimental, Mga 74, **120**, 121
 Determinasyon/Pagpapasiya ng polisa (Bahagi D) 99-100
 Diyabetis 34, 38-39, 42, **46**, 51
 Drug plan
 Anong saklaw 85-88
 Gastos sa plano ng gamot, Mga 81-85
 Pagpapatala 80-81
 Uri ng mga plano, Mga 79
 Dual eligible (Mga Plano sa Medicare-Medicaid), Mga 94-95
 Dual Eligible SNP 70
 Dugo **26**, 32-33, 35-36, 38-39, 43, 44, 76

E

Edukasyon tungkol sa sakit sa bato 44
 EKG/ECG **41**, 51
 Eksamen sa pelvis 33
 Eksrey 28, 48, 51
 Elektronikong bisita, Mga 41
 Elektronikong hanbuk 14, 63
 Elektronikong Medicare Summary Notice, Mga 59, 109



Elektronikong pagrereseta 111
 Elektronikong Tala ng Kalusugan, Mga 111
 End-Stage Renal Disease (ESRD) 16-17, 21, 42, 44,
 51-53, 64, 70, 74, 98

F

Fecal occult blood test, Mga 35-36
 Federally Qualified Health Center services 41
 Flexible na sigmoidoscopy, Mga 36

G

Gamot, Mga (outpatient) 39-40
 Gastos, Mga (mga copayment, coinsurance, mga
 deductible, at mga premium)
 Bahagi A at Bahagi B **22-24**, 25-55
 Karagdagang Tulong ng pagbabayad sa Bahagi
 D 92-94
 Multa sa nahuling pagpapatala
 ng Bahagi D 83-85
 Orihinal na Medicare 58-59
 Plano sa Medicare Advantage, Mga 65-66

H

Health Insurance Marketplace® 18, 19, **20**
 Health Savings Accounts (HSAs) 20
 HSA. *Pumunta sa Health Savings Accounts*
 (HSAs).

I

Income Related Monthly Adjustment Amount
 (IRMAA) 23-24, 82
 Indian Health Service 84, **90**, 119
 Iniksiyon (mga bakuna), Mga 9, 37, 41, 42, 48, **50**,
 54, 108, 122
 Iniksiyon sa Hepatitis B **42**, 50
 Iniksiyon sa trangkaso **41**, 50, 54, 122
 Institusyon 28, 70, 93
 Insulin 38, 88
 Iskrining, Mga. *Pumunta sa Serbisyong*
pang-apula.
 Iskrining at pagpapayo sa pag-abuso ng alak,
 Mga 31
 Iskrining at pagpapayo sa Sexually transmitted na
 impeksyon, Mga 50
 Iskrining ng kanser sa baga, Mga 45
 Iskrining ng kanser sa prostate (PSA test), Mga 49
 Iskrining sa Glaucoma 42
 Iskrining sa Hepatitis C 43
 Iskrining sa HIV, Mga 43

K

Kabukirang ospital na pang-emerhensiya 31
 Kagamitan, aksesorya, & terapiya sa Continuous
 Positive Airway Pressure (CPAP), Mga 36
 Kagawaran ng Kalusugan at Serbisyong Pantao.
Pumunta sa Tanggapan sa mga Karapatang
Sibil.
 Kagawaran ng mga Kapakanan ng mga
 Beterano 84, **90**, 113
 Kagawaran ng Tanggulan 113
 Kapital na kard sa Medicare 108, 112
 Kapanatagang Panlipunan
 Baguhin ang adres sa MSN 59
 Bahagi D na premium 82
 Benepisyo sa Supplemental Security Income
 (SSI), Mga 93, **96**
 Iba pang mga nakakatulong na kontak 112-113
 Bahagi A at Bahagi B na mga premium 22-24
 Karagdagang Tulong sa pagbabayad ng mga
 gastos sa Bahagi D 92
 Mag-sign up para sa Bahagi A at Bahagi B 15-**19**
 Kapansanan **15-19**, 21, 30, 54, 91, 96, 103, 123
 Karagdagang Tulong (tulong sa pagbabayad
 ng mga gastos sa Medicare) 79, 81, **92-94**,
 96, 112, 120
 Kard sa Medicare 15, 24-25, 37, 61, 108, 109, 112-113
 Katuwang ng doktor 39, 46, 48
 Klinikal na pananaliksik, Mga 27, **34**, 62
 Kognitibong pagtatasa **35**, 55
 Konektadong app, Mga 59, **109**
 Koordinasyon ng mga benepisyo **21-22**,
 89-90, 112
 Kosmetikong operasyon 55

L

Labatiba na barium 35
 Lubhang kinakailangan na pangangalaga
 12, **53**, 60
 Lugar ng serbisyo 11, 64, 74, 79, 81, **122**

M

Maa-access na Komunikasyon, Mga 124
 Magpatala
 Plano sa Medicare Advantage, Mga
 (Bahagi C) 64-65
 Polisa ng gamot sa Medicare (Bahagi D)
 80-81
 Mammogram **45**, 70, 122
 Mapagkukunan ng pagsasanay sa pagiging
 tagapag-alaga, Mga 33

6 Talatuntunan ng mga paksa

Marketplace. *Pumunta sa Health Insurance Marketplace*®.

Matitibay na medikal na kagamitan 9, 26, 29, 39, **40**, 44

Medicaid 10, 11, 18, 19, 21, 26, 29, 34, 52, 55–59, 65, 74, 88, 103, **120**

Medicare

- Bahagi A (Segurong Pang-ospital) 25–29
- Bahagi B (Segurong Pang-medikal) 29–55
- Bahagi C (Mga Plano sa Medicare Advantage) 61–74
- Bahagi D (Polisa ng gamot sa Medicare) 79–90

Medicare Savings Programs (MSPs) 91–92

Medicare Summary Notice (MSN) 58, 59, 91, 99, 101, 103, 105, 109

Medicare Supplement Insurance (Medigap) 10–12, 26, 29, 56–58, 65, 73, **75–78**, 89, 98, 121

Medigap. *Pumunta sa Medicare Supplement Insurance*.

MSN. *Pumunta sa Medicare Summary Notice*

Multa (nahuling pagpapatala)

- Bahagi A (Segurong Pang-ospital) 17, 18, 22
- Bahagi B (Segurong Pang-medikal) 15–16, 17, 18, 23, 25
- Bahagi D (Polisa ng gamot sa Medicare) 64, 79, 81, 82, 83–85, 89, 93, 94

Multa sa nahuling pagpapatala.
Pumunta sa Multa.

N

Nars na practitioner 39, 43, 46, 48

Nawalang kard sa Medicare. *Pumunta sa*
Kapalit na kard sa Medicare.

Nursing home, Mga 108

Nursing home 26, 56, 70, 74–75, 93, 94

O

Obserbasyon 28

Oksiheno 40

Ombudsman ng Benepisyaryo sa Medicare 106

OPM. *Pumunta sa Tanggapan ng Pangangasiwa sa*
Empleyado.

Opsyon sa pagbabayad (premium), Mga 23–24

Opt-out (mga doktor) 60

Orihinal na Medicare 57–60, 121

P

PACE. *Pumunta sa Programang Saklaw-lahat na*
Pangangalaga sa mga Matatanda.

Pagamutan sa Kalusugan sa Kabukiran 49

Pagbabakuna, Mga. *Pumunta sa Iniksiyon, Mga.*
Paggamot sa Opioid Use Disorder 27, 40, **47**, 54,
86–87

Paggamot sa substance use disorder, Mga 47, 51,
54, 55, 86–87

Paglakbay 12, **53**, 75–76

Pagnanakaw ng pagkakakilanlang medikal 105

Pagpapalit ng bato 16, 44, 45, 52–53, 64, 98

Pagpapayo upang maiwasan/maagapan ang
paninigarilyo & sakit na dulot ng tabako 37

Pagpapalano sa paunang pangangalaga
30–31, 35, 54

Pagsusuri (hindi sa laboratoryo), Mga 51

Pagsusuri sa balanse 42

Pagsusuri sa cervical at vaginal na kanser, Mga 33

Pagsusuri sa laboratoryo, Mga 37, **44**, 51

Pagtatalaga 29–33, 35, 43, 45, 47, 48, 54–55, 58,
59–60, 65, 119

Pagtatasa ng peligro sa kalusugan 54

Panahon ng benepisyo 27, 29, **119**

Panahon ng Bukas na Pagpapatala sa Medicare
Advantage 13, **71–72**, 80

Panahon ng Espesyal na Pagpapatala

- Bahagi A at Bahagi B 17–18, 23
- Bahagi C (Mga plano sa Medicare Advantage) 71–73
- Bahagi D (Mga plano ng gamot sa Medicare) 80, 89, 93

Panahon ng Pangkalahatang Pagpapatala
18, 23, 71, 80

Panahon ng Paunang Pagpapatala 17, 18, 20,
23, 71, 80, 83, 84

Pandaraya 103, **105–106**

Pang-medikal na terapiya sa wastong pagkain 39,
45, 51

Pangangalaga/mga serbisyo sa pantahanang
kalusugan 9, 25, 26, 29, **43**, 100, 108

Pangangalagang hospisyo 9, 25, **26–27**, 76,
87, 100

Pangangalaga ng inpatient/pasyente
sa ospital 27–28

Pangangalaga sa kalusugang pangkaisipan 46

Pangangalaga sa ngipin at mga pustiso 55, 56, 62,
67, 75, 94

Pangangalaga sa paa 38, **42**



Pangangalaga sa Skilled nursing facility (SNF) 9, 25, **28**, 74, 76, 100, 101, 110, **122**

Panghabambuhay na reserbang araw, Mga 27, **120**

Pangmatagalang pangangalaga 28, 55, 56, 75

Pangunahing doktor ng pangangalaga 31, 33, 43, 47, 50, 57, 66–70, 110, **122**

Paningin (pangangalaga sa mata) 41, 55

Panlulumo 32, 35, **38**, 46, 55

Panrelihiyong institusyon ng pangangalaga sa hindi-medikal na kalusugan 28

Pantulong sa pandinig 42, **56**, 75

Parmasyutikong Pantulong na Programa, Mga 95

Patolohiya sa pagsasalita at wika 39, 43, **50**

Plano ng gamot sa Medicare 79–80

Plano ng Gastos. *Pumunta sa* Mga Plano ng Gastos sa Medicare.

Plano ng Gastos sa Medicare, Mga 55, 72, 79, 82, 121

Plano ng Health Maintenance Organization (HMO) Plan 61, 64, **66–67**

Planong Private Fee-for-Service (PFFS) 61, 64, **69**, 121

Plano sa Medical Savings Account (MSA) Plan 20, 61, 64–65, **67**, 79

Plano sa Medicare-Medicaid, Mga 94–95

Plano sa Medicare Advantage 121

Paano sila isinasagawa kasama ang ibang polisa 64

Uri ng plano, Mga 66–70

Pneumococcal na mga iniksiyon **48**, 50, 54

Polisa ng gamot (Bahagi D) 79–90

Apela, Mga 97–101

Polisa sa ilalim ng Bahagi A 26–29

Polisa sa ilalim ng Bahagi B 39–40

Plano sa Medicare Advantage, Mga 61–65

Sumali, lumipat, o umalis 80–81

Polisa sa grupong pangkalusugan na plano ng amo

Bukas na Pagpapatala sa Medigap 77

Maaaring iba ang mga gastos para sa Bahagi A 26

Polisa ng gamot 84, 88

Paano ito isinasagawa gamit ang Medicare 21

Polisa sa immunosuppressive na gamot 52–53, 64, 91

Porma sa buwis, Mga 22–23

Pormularyo 81, 85–86, 88, 99, **120**

Preferred Provider Organization (PPO) na Plano 61, 64, 65, 68

Programang eksperimental/pang-demonstrasyon, Mga 74, 95, 120, 121

Programang Parmasyutiko na Pantulong ng Estado, Mga 95

Programa ng rehabilitasyon sa baga, Mga 49

Programang Saklaw-lahat na Pangangalaga sa mga Matatanda (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) **74**, 95, 121

Programang Senior Medicare Patrol 105

Programang sa Federal Employee Health Benefits (FEHB) Program 89

Puerto Rico 15, 16, 53, 92, 93, 96

R

Railroad Retirement Board (RRB) 15–16, 20, 23–24, 59, 82, **113**

Referral

Kahulugan ng Referral 122

Orihinal na Medicare 11, 57, 63

Plano sa Medicare Advantage, Mga 11, 62, 66–70

Serbisyong saklaw ng Bahagi B, Mga 30–55

RRB. *Pumunta sa* Railroad Retirement Board.

S

Saklaw na mga serbisyo (Bahagi A and Bahagi B) 25–55

Salamin sa mata **41**, 55, 75

Segurong pangkalusugan ng retirado (polisa) 18, 19, 21–22, 26, 29, 58–59, 64, 88, 90

Sentro ng siruhiya sa ambulatoryo, Mga 31

Serbisyo ng chiropractor, Mga 34

Serbisyo ng ospital sa outpatient, Mga 48

Serbisyong pang-apula, Mga 9, 29–33, 35–39, 41–43, 45–50, 54–55, 90, 108–109, **122**

Serbisyo ng terapiya sa wastong pagkain. *Pumunta sa* Pang-medikal na terapiya sa wastong pagkain.

Serbisyo sa ambulansiya, Mga 31, 53

Serbisyo sa departamento ng emerhensiya 41

Serbisyo sa home infusion therapy, kagamitan & suplay, Mga 40, **44**

Serbisyo sa integrasyon ng pangkagawiang kalusugan, Mga **32**, 87

Serbisyo sa nabigasyon ng talamak na sakit, Mga 49

Serbisyo sa occupational na terapiya 43, **47**

Serbisyo sa pagta-transplant, Mga 16, 33, 44, 45, **52–53**, 64, 98

8 Talatuntunan ng mga paksa

Serbisyo sa pamamahala at paggamot ng talamak na kirot, Mga 34

Serbisyo sa pangangasiwa ng pangangalaga sa may talamak na sakit, Mga 48

Serbisyo sa pangangasiwa ng talamak na pangangalaga, Mga 34

Serbisyo sa Pangangasiwa ng Terapiya ng Pangagamot, Mga 88

Serbisyo sa pangangasiwa ng transitional care, Mga 52

Serbisyo sa surgical dressing, Mga 50

Serbisyo sa terapiyang pangkatawan, Mga 48

SHIP. *Pumunta sa* State Health Insurance Assistance Program.

Sigmoidoscopy 35–36

Silyang de-gulong, Mga 9, 44

SNF. *Pumunta sa* Pangangalaga sa Skilled nursing facility (SNF).

SNP. *Pumunta sa* Special Needs Plan.

SPAP. *Pumunta sa* State Pharmacy Assistance Program.

Special Needs Plan (SNP) 61, **70**

SSI. *Pumunta sa* Supplemental Security Income. State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 14, 16, 56, 60, 73, 77, 78, 80, 83, 89, 94, 95, 100, 105, **108, 114–117**

State Medical Assistance (Medicaid) 70

Suhay, Mga (braso, paa, likod, leeg) 49

Sumali

Plano ng gamot sa Medicare 79–80

Plano ng pangkalusugan sa Medicare 64–65

Suplay (pang-medikal), Mga 27, 28, 36, 38–39, 44, 48, 49, 58, 75, 88, 90, 120

Suplementong Seguro (Medigap)

Polisa ng gamot 89

Bukas na Pagpapatala 77

Orihinal na Medicare 58

Supplemental Security Income (SSI) 93, **96**

T

Tanggapan ng Pangangasiwa sa Empleyado 24, 89, **113**

Tanggapan ng State Medical Assistance (Medicaid) 56, 58, 91, 95–96, 124

Tanggapan sa mga Karapatang Sibil 104, 123

Telehealth **51**, 110

Tipid sa Gastos, Mga. *Pumunta sa* Medicare Savings Programs (MSPs).

TRICARE 19, 21, 52, 84, **90**, 113, 119

U

Unyon

Maaaring iba ang mga gastos para sa Bahagi A 26

Polisa ng gamot 79–80, 84, 88, 94

Plano sa Medicare Advantage 64

Pagsa-sign up para sa Bahagi B 19

V

VA. *Pumunta sa* Benepisyo ng mga Beterano (Veterans' benefits, VA), Mga.

W

Walker, Mga 9, 28, 40, 44

“Welcome to Medicare” na bisitang pang-apula 41, **54–55**



Ano ang mga bahagi ng Medicare?



Bahagi A – Segurong Pang-ospital

Tumutulong na saklawin:

- Pangangalaga ng pasyente sa mga ospital
- Pangangalaga sa skilled nursing facility
- Pangangalagang hospisyo
- Pantahanang pangangalaga ng kalusugan

Pumunta sa mga pahinang 25-29.



Bahagi B – Segurong Pang-medikal

Tumutulong na saklawin:

- Mga serbisyo ng mga doktor at ibang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan
- Pangangalaga sa outpatient
- Pantahanang pangangalaga ng kalusugan
- Pangmatagalang medikal na kagamitan (tulad ng mga silyang de-gulong, mga walker, higaan sa ospital, at iba pang kagamitan)
- Maraming **serbisyong pang-apula** (tulad ng mga iskrining, mga iniksiyon o bakuna, at mga taunang “Pangkagalingan” na pagbisita)

Pumunta sa mga pahinang 29-55.



Bahagi D – Polisa ng gamot

Tumutulong na masaklawan ang gastos sa mga de-resetang gamot (kasama ang maraming nirerekomendang iniksiyon o bakuna).

Ang mga planong nag-aalok ng polisa ng gamot sa Medicare (Bahagi D) ay pinatatakbo ng mga pribadong kompanya ng seguro na sumusunod sa mga patakarang itinakda ng Medicare.

Pumunta sa mga pahinang 79-90.



Tandaan: Pumunta sa mga pahinang 119-122 para sa mga kahulugan ng **asul** na mga salita.

Iyong mga opsyon sa Medicare

Sa una mong pag-sign up para sa Medicare, at sa ilang partikular na panahon sa taon, puwede mong piliin kung paano mo makukuha ang iyong polisa sa Medicare. May 2 pangunahing paraan para makakuha ng Medicare:

Orihinal na Medicare

- Ang **Orihinal na Medicare** ay kinabibilangan ng Medicare na Bahagi A (Segurong Pang-ospital) at Bahagi B (Segurong Pang-medikal).
- Maaari kang sumali sa hiwalay na plano sa gamot ng Medicare para makakuha ng polisa ng gamot sa Medicare (Bahagi D).
- Maaari kang pumunta sa alinmang doktor o ospital na tumatanggap ng Medicare, saanman sa U.S.
- Maari ka ring mamili ng suplementong polisa na nakakatulong bayaran ang iyong mga mula-sa-bulsa na mga gastos (tulad ng iyong 20% na **coinsurance**).

☒ **Bahagi A**



☒ **Bahagi B**



Maaari mong idagdag ang:

☐ **Bahagi D**



Puwede mo ring idagdag ang:

☐ **Suplementong polisa**



Maaari itong makatulong na bayaran ang ilang mga gastos na hindi saklaw ng ibang mga bahagi. Kasama rito ang Medicare Supplement Insurance (**Medigap**). Pumunta sa pahina 75 upang dagdagan ang nalalaman tungkol sa Medigap. O, magagamit mo ang polisa mula sa kasalukuyan o dating amo, unyon, o **Medicaid** (kung mayroon kang ganito).

Pumunta sa pahina 57 upang dagdagan ang nalalaman tungkol sa Orihinal na Medicare.

Medicare Advantage (kilala rin bilang Bahagi C)

- Ang Medicare Advantage ay isang planong aprubado ng Medicare mula sa isang pribadong kompanya na nag-aalok ng alternatibo sa Orihinal na Medicare para sa polisa ng iyong kalusugan at gamot. Kasama sa mga “naka-bundle” na planong ito ang Bahagi A, Bahagi B, at karaniwan ay Bahagi D.
- Sa maraming kaso, maaari ka lamang pumunta sa mga doktor na nasa network ng plano.
- Sa maraming kaso, maaaring kailangan mong kumuha ng aprobasyon mula sa iyong plano bago nito saklawin ang mga partikular na gamot at serbisyo.
- Ang mga plano ay madalas na mayroong iba't-ibang mula-sa-bulsa ng gastusin kung ihahambing sa Orihinal na Medicare o suplementong polisa tulad ng Medigap. Maaaring mayroon ka ring karagdagang **premium**.
- Maaaring mag-alok ang mga plano ng ilang karagdagang benepisyo na hind ibinigay ng Orihinal na Medicare.

☒ **Bahagi A**



☒ **Bahagi B**



Kasama ng karamihan sa mga plano ang:

☒ **Bahagi D**



☒ **Ilang mga karagdagang benepisyo**

Pumunta sa pahina 61 upang dagdagan ang nalalaman tungkol sa Medicare Advantage.

Sa isang sulyap: Orihinal na Medicare vs. Plano sa Medicare Advantage



Mapagpipilian na doktor & ospital

Orihinal na Medicare	Medicare Advantage (Bahagi C)
Maaari kang pumunta sa alinmang doktor o ospital na tumatanggap ng Medicare, saanman sa U.S.	Sa maraming kaso, maaari ka lamang pumunta sa mga doktor o iba pang tagapaglaan na nasa network ng plano at lugar ng serbisyo (para sa pangangalagang hindi pang-emerhensiya). Mayroong ilang mga plano na nag-aalok sa labas ng network ng polisa na hindi pang-emerhensiya, ngunit ito ay karaniwang nasa mas mahal na presyo.
Sa karamihan ng mga kaso ay hindi mo kailangan ng referral para magpatingin sa isang espesyalista.	Maaaring kailangan mongmakakuha ng referral para magpatingin sa isang espesyalista.



Gastos

Orihinal na Medicare	Medicare Advantage (Bahagi C)
Para sa mga serbisyong nasasaklawanng Bahagi B, karaniwan kang nagbabayad ng 20% ng halagang inaprubahan ng Medicare mong matugunan ang iyong deductible . Ang halagang ito ay tinatawag na iyong coinsurance .	Ang mga mula-sa-bulsang gastos ay magkaiba. Ang mga plano ay maaaring may magkaibang mula-sa-bulsang gastos para sa ilang mga serbisyo.
Ikaw ay nagbabayad ng buwanang premium para sa Bahagi B. Kung pipiliin mong sumali sa isang plano ng gamot sa Medicare, ika'y magbabayad ng isang hiwalay na premium para sa iyong polisa ng gamot sa Medicare (Bahagi D).	Ikaw ay nagbabayad ng buwanang premium ng Bahagi B at maaari mong kailangan bayaran ang premium ng plano . Ang mga plano ay maaaring may \$0 premium o maaaring makatulong sa pagbabayad ng lahat o bahagi ng iyong mga Bahagi B premium. Kasama ng karamihan sa mga plano ang polisa ng gamot sa Medicare (Bahagi D).
Walang taunang limitasyon sa babayaran mo mula sa iyong balsa, maliban kung mayroon kang suplementong polisa—tulad ng Medicare Supplement Insurance (Medigap), Medicaid , polisa ng amo, retirado, o unyon.	Ang mga plano ay mayroong isang taunang limitasyon kung ano ang babayaran mo sa mga saklaw na Bahagi A at Bahagi B na mga serbisyo (na mayroong mga magkaibang limitasyon para sa loob at labas ng network na mga serbisyo). Kapag naabot mo ang limitasyonng plano mo, ika'y walang babayaran sa mga saklaw na serbisyo sa natitirang mga araw ng taon.

Orihinal na Medicare	Medicare Advantage (Bahagi C)
Ikaw ay maaaring magpasyang bumili ng Medigap upang tulungan kang bayaran ang iyong mga mula-sa-bulsang mga gastos na hindi mababayaran ng Medicare (tulad sa 20% ng iyong coinsurance). Pumunta sa pahina 77. O, magagamit mo ang iyong polisa mula sa iyong kasalukuyan o dating amo o unyon, o Medicaid.	Hindi ka makakabili ng Medigap upang saklawin ang iyong mula-sa-bulsang mga gastos.



Polisa

Orihinal na Medicare	Medicare Advantage (Bahagi C)
Ang Orihinal na Medicare ay sumasaklaw sa karamihan ng mga medikal na kinakailangang mga serbisyo at suplay sa mga ospital, mga opisina ng mga doktor, at iba pang mga pasilidad sa pangangalagang pangkalusugan. Hindi saklaw ng Orihinal na Medicare ang ilang mga serbisyo, tulad ng mga rutina na pagsusuring pangkatawan, mga pagsusuri sa mata, at karamihan ng pangangalaga sa ngipin. Pumunta sa pahina 55.	Dapat saklaw ng mga plano ang lahat ng medikal na kinakailangang serbisyo na sinasaklawan ng Orihinal na Medicare. Para sa ilang mga serbisyo, ang mga plano ay maaaring gumamit ng kanilang sairiling polisa upang tukuyin ang medikal na pangangailangan. Ang mga plano ay maaaring mag-alok ng ilang mga karagdagang benepisyo na hindi saklaw ng Orihinal na Medicare .
Sa maraming kaso, ikaw ay hindi kailangan ng aprubasyon (paunang awtorisasyon) para saklaw ng Orihinal na Medicare ang iyong mga serbisyo o suplay.	Sa maraming kaso, maaaring kailangan mong kumuha ng aprubasyon (paunang awtorisasyon) mula sa iyong plano bago ito magsasaklaw sa ilang mg serbisyo o suplay.
Maaari kang sumali sa isang hiwalay na plano ng gamot sa Medicare upang makakuha ng polisa ng gamot sa Medicare (Bahagi D).	Ang polisa ng gamot sa Medicare (Bahagi D) ay kasama sa karamihan ng mga plano. Sa karamihan ng mga uri ng mga Plano sa Medicare Advantage , hindi ka maaaring sumali sa isang hiwalay na plano ng gamot sa Medicare.



Dayuhang paglalakbay

Orihinal na Medicare	Medicare Advantage (Bahagi C)
Sa pangkalahatan, ang Orihinal na Medicare ay hindi sumasaklaw sa medikal na pangangalaga sa labas ng U.S. Maaari kang makabili ng Medicare Supplement Insurance (Medigap) na polisiya na sumasaklaw sa pangangalagang pang-emerhensiya sa labas ng U.S.	Sa pangkalahatan, ang mga plano ay hindi sumasaklaw ng mga medikal na pangangalaga sa labas ng U.S. Ang ilang mga plano ay maaaring mag-alok ng karagdagang benepisyo na sumasaklaw sa emerhensiya at lubhang kinakailangang mga serbisyo nang ikaw ay naglalakbay sa labas ng U.S.

Ang mga 2025 premium na mga halaga, gastos sa gamot, at limitasyon ng kita ay wala sa oras ng paglimbag. Bumisita sa [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) upang makakuha ng pinakabagong impormasyon na naroon.

Magsimula sa Medicare

Siguraduhin na ikaw ay:

- **Nakakaintindi sa mga opsyon ng iyong polisa sa Medicare.** Mayroong 2 na pangunahing paraan upang makuha ang iyong polisa sa Medicare—**Orihinal na Medicare** (Bahagi A and Bahagi B) at Medicare Advantage (Bahagi C). Pumunta sa mga pahinang 10–12 upang dagdagan ang iyong nalalaman at maghambing.
- **Tuklasin kung paano at kailang ka maaaring mag-sign up.** Kung wala kang Medicare Bahagi A o Bahagi B, pumunta sa pahina 15. Kung wala kang polisa ng gamot sa Medicare (Bahagi D), pumunta sa pahina 79.
- **Alamin kung paano gumagana ang Medicare kasama ang ibang seguro kung mayroon ka nito.** Pumunta sa pahina 19–22 upang dagdagan ang nalalaman.
- **Repasuhin ang iyong polisa ng kalusugan at gamot sa Medicare sa baw't taon.** Siguraduhin na matutugunan pa rin nito ang iyong mga pangangailangan, at pagpasiyahan kung gusto mong gumawa ng isang pagbabago. Hindi mo kailangang mag-sign up para sa Medicare sa baw't taon, ngunit kailangan mo pa ring repasuhin ang iyong mga opsyon.

Markahan ang iyong kalendaryo ng mga mahahalagang petsa na ito!



Oktubre 1, 2024	Simulang ihambing ang iyong kasalukuyang polisa ng kalusugan o gamot sa Medicare gamit ang mga opsyon para sa 2025. Maaari kang makatipid o makakuha ng mga karagdagang benepisyo.  Medicare.gov/plan-compare
Oktubre 15 – Disyembre 7, 2024	Palitan ang iyong polisa ng kalusugan o gamot sa Medicare para sa 2025, kung mapagpasiyahan mong gawin ito. Maaari kang sumali, lumipat, o tumigil sa isang Plano sa Medicare Advantage o plano ng gamot sa Medicare, o lumipat sa Orihinal na Medicare sa tuwing Panahon ng Bukas na Pagpapatala sa baw't taon.
Enero 1, 2025	Magsisimula ang bagong polisa kung ikaw ay gumawa ng pagbabago. Kung walang kang binago sa iyong polisa at nagbago ang mga presyo o benepisyo ng iyong plano, magsisimula rin ang mga pagbabagong iyon sa petsang ito.
Enero 1 – Marso 31, 2025	Kung ika'y mayroong isang Plano sa Medicare Advantage, maaari kang lumipat sa ibang Plano sa Medicare Advantage o lumipat sa Orihinal na Medicare (at sumali sa isang hiwalay na plano ng gamot sa Medicare) nang isang beses sa panahong ito. Anumang pagbabago ang gagawin mo ay magiging epektibo sa unang araw ng buwan matapos makuha ng tagpaglaan ng plano ang kahilingan. Pumunta sa pahina 63.

Mahalaga! Maaari kang magbayad nang higit pa kung hindi ka mag-sign up para sa Medicare noong una kang naging kwalipikado. Pumunta sa mga pahina 22–23 (Bahagi A at Bahagi B) at pahina 83 (Bahagi D) para sa karagdagang kaalaman sa mga multa ng nahuling pagpapatala.

Manghingi ng tulong sa paghahanap ng tamang polisa para sa iyo

Galugarin ang mga opsyon sa iyong polisa

- Hanapin at paghambingin ang mga plano sa kalusugan at gamot:



[Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare)

- Tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Makakuha ng libre, personalisado, at walang-kinikilangang pagpapayo sa segurong pangkalusugan mula sa iyong State Health Insurance Assistance Program (SHIP). Pumunta sa mga pahinang 114–117 para sa numero ng telepono ng iyong lokal na SHIP.
- Ang isang pinagkakatiwalaang ahente o broker ay maaari ring makatulong. Bumisita sa [Medicare.gov/health-drug-plans/health-plans/your-coverage-options/plan-marketing-rules](https://www.Medicare.gov/health-drug-plans/health-plans/your-coverage-options/plan-marketing-rules) upang dagdagan ang nalalaman.

Humingi ng tulong sa pagbabayad ng pangangalagang pangkalusugan

Mayroong maraming mga programa na makakatulong sa mga gastos. Maraming taong na mayroong Medicare ang kwalipikado. Pumunta sa mga pahinang 91–96.

Mag-digital

Maaari mong matulungan ang Medicare na makatipid ng pera sa pamamagitan ng paglipat sa elektronikong bersyon ng hanbuk na ito. Mag-log in sa (o lumikha ng) iyong ligtas na akawnt sa Medicare sa [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) upang lumipat sa elektronikong hanbuk. Kami'y magpapadala sa iyo ng email na mayroong link sa isang PDF na bersyon sa halip na magpadala ng de-papel na kopya sa pamamagitan ng koreo tuwing taglagas. Simula noong unang bahagi ng 2024, ang mga taong nag-sign up para sa elektronikong hanbuk ay nakatulong na makatipid ang Programang Medicare ng malapit sa \$19.5 na milyon.

Seksyon 1:

Pagsa-sign up para sa Medicare

Awtomatiko ko bang makukuha ang Bahagi A at Bahagi B?

Kung nakakakuha ka na ng mga benepisyo mula sa Kapanatagang Panlipunan o sa Railroad Retirement Board (RRB), awtomatiko kang makakakuha ng Bahagi A at Bahagi B simula sa unang araw ng buwan na ikaw ay naging edad 65. Kung ang kaarawan mo ay nasa unang araw ng buwan, ang Bahagi A at Bahagi B ay magsisimula sa unang araw ng nakaraang buwan.

Kung ikaw ay wala pang edad 65 at may kapansanan, awtomatiko kang makakakuha ng Bahagi A at Bahagi B pagkatapos makakuha ng 24 na buwang mga benepisyo sa kapansanan, mula sa Kapanatagang Panlipunan o ilang partikular na benepisyo sa kapansanan mula sa RRB.

Kung nakatira ka sa Puerto Rico, hindi ka awtomatikong makakakuha ng Bahagi B. Kailangan mong mag-sign up para sa iyon. Pumunta sa pahina 16.

Kung mayroon kang ALS (amyotrophic lateral sclerosis, tinatawag ding

Lou Gehrig's disease), awtomatiko kang makakakuha ng Bahagi A at Bahagi B sa buwan na magsisimula ang iyong mga benepisyo sa kapansanan sa Kapanatagang Panlipunan.

Kung awtomatiko kang makakakuha ng Medicare, makukuha mo ang iyong pula, puti, at asul na kard sa Medicare sa koreo 3 buwan bago ang iyong ika-65 na kaarawan o ika-25 na buwan ng mga benepisyo sa kapansanan, at hindi mo kailangang magbayad ng **premium** para sa Bahagi A (minsan tinatawag na “walang-premium na Bahagi A”). Pinipili ng karamihang tao na panatilihin ang Bahagi B. Kung ayaw mo ng Bahagi B, ipaalam sa amin bago ang petsa ng pagsisimula ng polisa sa iyong kard sa Medicare. Kung wala kang gagawin, pananatilihin mo ang Bahagi B at magbabayad ng mga premium ng Bahagi B sa pamamagitan ng iyong mga benepisyo sa Kapanatagang Panlipunan o RRB. Kung mayroon kang iba pang polisa at kailangan mo ng tulong sa pagpapasya kung dapat mong panatilihin ang Bahagi B, pumunta sa pahina 19. **Kung pipiliin mong hindi panatilihin ang Bahagi B ngunit magpasya kang gusto mo ito sa ibang pagkakataon, maaari kang maantala sa pagkuha ng polisa sa Medicare na Bahagi B dahil maaari ka lamang mag-sign up sa mga partikular na oras. Maaaring kailanganin mo ring magbayad ng multa sa nahuling pagpapatala hangga’t mayroon kang Bahagi B.** Pumunta sa pahina 23.

Kailangan ko bang mag-sign up para sa Bahagi A at/o Bahagi B?

Kung malapit ka na sa edad 65, ngunit HINDI nakakakuha ng mga benepisyo mula sa Kapanatagang Panlipunan o RRB, kakailanganin mong mag-sign up para sa Medicare. Bumisita sa [SSA.gov/medicare](https://ssa.gov/medicare) upang mag-aplay para sa Bahagi A at Bahagi B. Maaari ka ring kumontak sa Kapanatagang Panlipunan 3 buwan bago ka maging edad 65 upang magtakda ng isang tipanan. Kung nagtrabaho ka para sa isang riles, bumisita sa [RRB.gov](https://rrb.gov), o tawagan ang RRB sa 1-877-772-5772. Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-312-751-4701.

Sa karamihang mga kaso, kung hindi ka mag-sign up para sa Bahagi B noong una kang naging kwalipikado, maaari kang maantala sa pagkuha ng polisa sa Medicare na Bahagi B sa hinaharap dahil maaari ka lang mag-sign up sa mga partikular na oras. **Maaaring kailanganin mo ring magbayad ng multa sa nahuling pagpapatala hangga’t mayroon kang Bahagi B.** Pumunta sa pahina 23.

Kung mayroon kang End-Stage Renal Disease (ESRD) at gusto mo ng Medicare, kakailanganin mong mag-sign up para dito. Kontakin ang Kapanatagang Panlipunan upang malaman kung kailan at paano mag-sign up para sa Bahagi A at Bahagi B. Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications) para repasuhin ang librito ng “Polisa sa Medicare ng Dayalisis sa Bato at mga Sebisyo sa Pagta-transplant ng Bato.”

Mahalaga! Kung nakatira ka sa Puerto Rico at nakakuha ng mga benepisyo mula sa Kapanatagang Panlipunan o sa Railroad Retirement Board (RRB), awtomatiko kang makakuha ng Bahagi A na magsisimula sa unang araw ng buwan na ikaw ay edad 65 o pagkatapos mong makakuha ng mga benepisyo sa kapansanan sa loob ng 24 na buwan. Gayunpaman, kung gusto mo ang Bahagi B, kakailanganin mong mag-sign up para dito sa pamamagitan ng pagkumpleto ng “Application for Enrollment in Bahagi B Form” (CMS-40B). Upang makuha ang pormang ito sa Ingles at Espanyol, bumisita sa [Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/enrollment](https://www.medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/enrollment), o tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para padalhan ka ng kopya. Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Kung hindi ka nag-sign up para sa Bahagi B noong una kang naging kwalipikado, maaaring maantala ka sa pagkuha ng polisa na Bahagi B sa hinaharap dahil makakapag-sign up ka lamang sa mga partikular na oras. **Maaaring kailanganin mo ring magbayad ng multa sa nahuling pagpapatala hangga’t mayroon kang Bahagi B.** Pumunta sa pahina 23.

Saan ako makakakuha ng karagdagang impormasyon?

Bumisita sa [SSA.gov/medicare/sign-up](https://www.ssa.gov/medicare/sign-up) para sa karagdagang impormasyon tungkol sa iyong pagiging kwalipikado sa Medicare at para mag-sign up para sa Bahagi A at/o Bahagi B kung hindi mo awtomatikong makukuha ang mga ito. Kung nagtrabaho ka para sa isang riles o nakakuha ng mga benepisyo ng RRB, bumisita sa [RRB.gov](https://www.rrb.gov) o tawagan ang RRB sa 1-877-772-5772. Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-312-751-4701.

Maaari ka ring makakuha ng libre, personalisado, at walang-kinikilingan na pagpapayo sa segurong pangkalusugan mula sa iyong State Health Insurance Assistance Program (SHIP). Pumunta sa mga pahinang 114-117 para sa numero ng telepono ng iyong lokal na SHIP.

Pagkatapos mong mag-sign up para sa Medicare na Bahagi A at/o Bahagi B, oras na para tingnan ang iyong mga opsyon sa polisa. Ang mga tao ay nakakakuha ng polisa sa Medicare sa iba’t ibang paraan. Upang sulitin ang iyong polisa, repasuhin ang lahat ng iyong mga opsyon at magpasya kung ano ang pinakamahusay na nakakatugon sa iyong mga pangangailangan. Pumunta sa mga pahinang 11-13 para sa karagdagang mga detalye.

Kung hindi ko awtomatikong nakuha ang Bahagi A at Bahagi B, kailan ako makakapag-sign up?

Kung hindi ka awtomatikong nakakuha ng **walang-premium na Bahagi A** (sa halimbawa, dahil nagtatrabaho ka pa rin at hindi ka pa nakakakuha ng mga benepisyo mula sa Kapanatagang Panlipunan o RRB), maaari kang mag-sign up para dito anumang oras pagkatapos mong maging kwalipikado para sa Medicare. Pumunta sa pahina 22.

Sa halimbawang ito, babalik (nang retroaktibo) ang iyong polisa sa Bahagi A 6 na buwan mula noong nag-sign up ka para sa Bahagi A o nag-aplay para sa mga benepisyo ng Kapanatagang Panlipunan o RRB, ngunit hindi mas maaga kaysa sa unang buwan na naging kwalipikado ka sa Medicare. Depende sa kung paano ka naging kwalipikado para sa Bahagi A, maaaring iba ang retroaktibong panahon.

Maaari ka lamang mag-sign up para sa Bahagi B sa mga panahon ng pagpapatala na ipinapakita sa mga pahinang 17-18.

Mahalaga! Alalahanin, sa karamihang mga kaso, kung hindi ka mag-sign up para sa Bahagi A (kung kailangan mong bilhin ito) at Bahagi B noong una kang naging kwalipikado, maaaring maantala ang iyong pagpapatala at maaaring kailanganin mong magbayad ng multa sa nahuling pagpapatala. Pumunta sa mga pahinang 22-23.

Ano ang Bahagi A at Bahagi B na mga panahon ng pagpapatala?

Maaari ka lamang mag-sign up para sa Bahagi B (at/o Bahagi A kung kailangan mong bilhin ito) sa mga panahon ng pagpapatala na ito.

Panahon ng Paunang Pagpapatala

Sa pangkalahatan, maaari ka munang mag-sign up para sa Bahagi A at/o Bahagi B sa loob ng 7-buwan na panahon na magsisimula 3 buwan bago ang buwan na ikaw ay edad 65 at magtatapos 3 buwan pagkatapos ng buwan na ikaw ay naging edad 65. Kung ang iyong kaarawan ay sa una ng buwan, ang iyong 7-buwan na panahon ay magsisimula 4 na buwan bago ang buwan na ikaw ay naging edad 65 at magtatapos sa 2 buwan pagkatapos ng buwan na ikaw ay naging edad 65.

Halimbawa: Kung magiging edad 65 ka na sa Hunyo 2, magsisimula ang iyong 7-buwang panahon sa Marso at magtatapos sa Setyembre. Kung magiging edad 65 ka na sa Hunyo 1, magsisimula ang iyong 7-buwang panahon sa Pebrero at magtatapos sa Agosto.

Kapag nag-sign up para sa Bahagi A at/o Bahagi B sa unang 3 buwan ng iyong Panahon ng Paunang Pagpapatala, sa karamihang kaso, ang polisa mo ay magsisimula sa unang araw ng buwan ng kaarawan mo. Subali't, kung ang kaarawan mo ay nasa unang araw ng buwan, ang polisa mo ay magsisimula sa unang araw ng nakaraang buwan.

Kapag nag-sign up ka sa buwan na ikaw ay naging edad 65 o sa huling 3 buwan ng iyong Panahon ng Paunang Pagpapatala, ang iyong polisa ay magsisimula sa unang araw ng buwan pagkatapos mo nag-sign up.

Panahon ng Espesyal na Pagpapatala

Pagkatapos ng iyong Panahon ng Paunang Pagpapatala, maaari kang magkaroon ng pagkakataong mag-sign up para sa Medicare sa panahon ng Panahon ng Espesyal na Pagpapatala. Sa halimbawa, kung hindi ka nag-sign up para sa Bahagi B (o Bahagi A kung kailangan mong bilhin ito) noong una kang naging kwalipikado **dahil mayroon kang polisa sa pang-grupong plano ng kalusugan batay sa kasalukuyang trabaho** (sa iyo, sa asawa mo, o isang miyembro ng pamilya kung mayroon kang kapansanan), maaari kang mag-sign up para sa Bahagi A at/o Bahagi B:

- Anumang oras na saklaw ka pa rin ng pang-grupong plano sa kalusugan
- Sa loob ng 8-buwang panahon na magsisimula sa buwan na nagwakas ang trabaho o matapos ang polisa, alinman ang mauna

Ang iyong polisa ay karaniwang nagsisimula sa unang araw ng buwan pagkatapos mong mag-sign up. Kung nag-sign up ka para sa Bahagi B habang nagtatrabaho ka pa, o sa loob ng unang buong buwan pagkatapos mawala ang polisa ng amo, maaari kang humiling na iantala ang iyong petsa ng pagsisimula sa Bahagi B nang hanggang 3 buwan. Karaniwan, hindi mo kailangang magbayad ng multa sa nahuling pagpapatala kung nag-sign up ka sa Panahon ng Espesyal na Pagpapatala. Ang Panahon ng Espesyal na Pagpapatala na ito ay hindi nalalapat kung ika'y kwalipikado para sa Medicare batay sa End-Stage Renal Disease (ESRD), o ikaw ay nasa iyong Panahon ng Paunang Pagpapatala.

Upang mag-sign up para sa Bahagi A at/o B, bumisita sa [SSA.gov/medicare/sign-up](https://ssa.gov/medicare/sign-up).

Mahalaga! Ang polisa ng COBRA (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) ay hindi itinuturing na polisa batay sa kasalukuyang trabaho at hindi binibilang bilang polisa ng amo para sa Panahon ng Espesyal na Pagpapatala. Iyon din ang totoo para sa mga planong pangkalusugan ng retirado, VA na polisa, at indibidwal na polisa sa segurong pangkalusugan (tulad ng polisa sa pamamagitan ng Health Insurance Marketplace®). Kung isinasaalang-alang mo ang COBRA, maaaring may mga dahilan kung bakit dapat mong kunin ang Bahagi B sa halip na, o bilang karagdagan sa, polisa ng COBRA. Mayroon kang 8 buwan pagkatapos ng iyong polisa batay sa **kasalukuyang trabaho** upang mag-sign up para sa Bahagi B nang walang multa, piliin mo man o hindi ang COBRA. Gayunpaman, kung mayroon kang COBRA at kwalipikado ka sa Medicare, **ang COBRA ay maaari lamang magbayad ng maliit na bahagi ng iyong mga pang-medikal na gastos.** Sa pangkalahatan, hindi ka kwalipikado para sa Panahon ng Espesyal na Pagpapatala upang mag-sign up sasa Medicare kapag natapos na ang polisa ng COBRA na iyon. Pumunta sa pahina 89 para sa karagdagang impormasyon tungkol sa polisa ng COBRA. Upang maiwasan ang pagbabayad ng multa, tiyaking mag-sign up ka sa Medicare kapag ikaw ay unang naging kwalipikado. Kung mayroon kang polisa ng retirado, **maaaring hindi** ito magbabayad sa iyong mga serbisyong pangkalusugan kung wala kang parehong Bahagi A at Bahagi B.

Mga pambihirang sitwasyon para sa Panahon ng Espesyal na Pagpapatala

May iba pang mga pangyayari kung saan maaari kang mag-sign up para sa Medicare sa Panahon ng Espesyal na Pagpapatala. Maaari kang maging kwalipikado kung hindi mo naabutan ang panahon ng pagpapatala dahil sa ilang partikular na mga pambihirang pangyayari, tulad ng maapektuhan ng isang natural na sakuna o isang emerhensiya, pagkakulong, pagkakamali ng amo o sa planong pangkalusugan, pagkawala ng polisa ng **Medicaid**, o iba pang mga pangyayari na hindi mo kontrolado na tinutukoy ng Medicare na isang pambihirang sitwasyon. Para sa karagdagang impormasyon, bumisita **Medicare.gov** o tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

Mahalaga! Kung nawalan ka kamakailan ng Medicaid at kwalipikado ka na ngayon para sa Medicare, ngunit hindi nag-sign up para sa Medicare noong una kang naging kwalipikado, maaari kang mag-sign up para sa Bahagi A at Bahagi B nang hindi nagbabayad ng multa sa nahuling pagpapatala. Kung mayroon ka nang Medicare ngunit nawalan ng Medicaid, mayroon ka ring mga opsyon sa polisa. Para sa karagdagang impormasyon, tingnan ang “Nawawala ang Medicaid?” na fact sheet sa **[Medicare.gov/media/document/12177-2023-02-508.pdf](https://www.medicare.gov/media/document/12177-2023-02-508.pdf)**.

Panahon sa Pangkalahatang Pagpapatala

Maaari kang mag-sign up para sa Bahagi B sa Panahon ng Pangkalahatang Pagpapatala (Enero 1-Marso 31 bawa’t taon) kung napalampas mo ang iyong Panahon ng Paunang Pagpapatala at hindi ka kwalipikado para sa Panahon ng Espesyal na Pagpapatala. Maaari ka ring bumili ng Bahagi A sa panahong ito kung hindi ka kwalipikado para sa walang-**premium** na Bahagi A at hindi naabutan ang iyong Panahon ng Paunang Pagpapatala. **Maaaring kailanganin mong magbayad ng mas mataas na Bahagi A at/o Bahagi B na premium para sa nahuling pagpapatala.** Pumunta sa mga pahinang 22-23.

Kapag nag-sign up ka sa Panahon ng Pangkalahatang Pagpapatala, ang iyong polisa ay magsisimula sa unang araw ng buwan pagkatapos mong mag-sign up.

Hindi sigurado kung kwalipikado ka para sa panahon ng pagpapatala? Bumisita sa **Medicare.gov**, o tumawag sa 1-800-MEDICARE.

Mayroon akong iba pang polisa sa kalusugan. Dapat ko bang makuha ang Bahagi B?

Makakatulong sa iyo ang impormasyong ito na magpasya kung dapat mong makuha ang Bahagi B batay sa uri ng polisa sa kalusugan na maaaring mayroon ka.

Polisa ng amo o unyon

Kung ikaw o ang iyong asawa (o miyembro ng pamilya kung mayroon kang kapansanan) **nagtatrabaho pa rin** at mayroon kang polisa sa kalusugan sa pamamagitan ng amo o unyon na iyon, pumunta sa pahina 21 upang malaman kung paano gumagana ang iyong polisa sa Medicare. Maaari ka ring kumontak sa amo o administrador ng mga benepisyo sa unyon para sa impormasyon. Kabilang dito ang trabahong pang-pederal o estado at aktibong serbisyong pangmilitar. **Maaaring makabubuti sa iyo na ipagpaliban ang pagpapatala sa Bahagi B habang mayroon ka pang polisa sa kalusugan batay sa kasalukuyang trabaho mo o ng iyong asawa.**

Hindi kasama ng polisa batay sa kasalukuyang trabaho ang:

- COBRA (o katulad na polisa na nagpapatuloy nang nagwakas ang panahon ng trabaho)
- Polisa ng retirado
- Polisa ng VA
- Indibidwal na polisa sa segurong pangkalusugan (tulad ng sa pamamagitan ng Health Insurance Marketplace®)
- Ang polisa ng dating amo ay nakukuha mo sa pamamagitan ng pagsibak o pagtanggali

TRICARE

Kung mayroon kang TRICARE (programa sa pangangalagang pangkalusugan para sa aktibo at mga retiradong miyembro ng serbisyo at kanilang mga pamilya), **sa pangkalahatan ay dapat kang mag-sign up para sa Bahagi A at Bahagi B kapag kwalipikado kang panatilihin ang iyong polisa ng TRICARE.** Gayunpaman, kung isa kang aktibong miyembro ng serbisyo o aktibong miyembro ng pamilya, hindi mo kailangang mag-sign up para sa Bahagi B upang mapanatili ang iyong polisa ng TRICARE. Para sa karagdagang impormasyon, kumontak sa iyong TRICARE na kontratista. Pumunta sa pahina 90.

Kung mayroon kang polisa ng CHAMPVA, dapat kang mag-sign up para sa Bahagi A at Bahagi B upang mapanatili ito. Tumawag sa 1-800-733-8387 para sa karagdagang impormasyon tungkol sa CHAMPVA.

Medicaid

Kung mayroon kang **Medicaid** at wala kang Bahagi B, magbabayad muna ang Medicare para sa mga serbisyo ng Bahagi A na saklaw ng Medicare. Maaari ka ring humingi ng tulong mula sa iyong estado upang magbayad para sa Bahagi A at Bahagi B na mga **premium** sa pamamagitan ng Medicare Savings Program. Pumunta sa mga pahinang 91-92. Upang dagdagan ang nalalaman tungkol sa pag-sign up para sa Bahagi B, pumunta sa pahina 15.

Para sa karagdagang impormasyon sa Medicaid at para malaman kung kwalipikado ka, bumisita sa [Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu](https://www.Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu), o tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) upang makuha ang numero ng telepono para sa tanggapan ng Medicaid ng iyong estado. Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

Health Insurance Marketplace®

Kahit na mayroon kang polisa sa Marketplace (o iba pang indibidwal na polisa sa kalusugan na hindi nakabatay sa kasalukuyang trabaho), dapat kang mag-sign up para sa Medicare nang ika'y unang naging kwalipikado upang maiwasan ang panganib ng pagkaantala sa polisa ng Medicare at ang posibilidad ng isang multa sa nahuling pagpapatala ng Medicare.

Kung mayroon kang polisa sa Marketplace:

- Dapat mong tapusin ang iyong polisa sa Marketplace sa isang napapanahong paraan kapag naging kwalipikado ka para sa Medicare upang maiwasan ang pagkakapatong ng polisa.
- Sa sandaling itinuring kang kwalipikado para sa walang-premium na Bahagi A, o mayroon ka nang Bahagi A na may **premium**, hindi ka magiging kwalipikado para sa tulong mula sa Marketplace upang bayaran ang iyong mga premium na plano sa Marketplace o iba pang pang-medikal na gastos. Kung patuloy kang humingi ng tulong sa pagbabayad para sa iyong mga premium sa Marketplace na plano, maaaring kailanganin mong bayaran ang ilan o lahat ng tulong na nakuha mo noong naghain ka ng iyong mga pederal na buwis sa kita.

Upang malaman kung paano tapusin ang iyong plano sa Marketplace o mga perang natipid sa Marketplace nang nagsimula ang iyong polisa sa Medicare, bumisita sa [HealthCare.gov/medicare/changing-from-marketplace-to-medicare](https://www.healthcare.gov/medicare/changing-from-marketplace-to-medicare). Maaari ka ring tumawag sa Marketplace Call Center sa 1-800-318-2596. Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-855-889-4325.

Health Savings Account (HSA)

Hindi ka kwalipikado na mag-ambag sa isang HSA pagkatapos mong magkaroon ng Medicare. Upang maiwasan ang isang multa sa buwis, dapat mong gawin ang iyong huling kontribusyon sa HSA sa buwan bago magsimula ang iyong polisa na Bahagi A. Ang walang-premium na polisa na Bahagi A ay babalik (nang retroaktibo) 6 na buwan mula nang mag-sign up ka para sa Bahagi A o mag-aplay para sa mga benepisyo mula sa Kapanatagang Panlipunan o sa Railroad Retirement Board (RRB), ngunit hindi mas maaga kaysa sa unang buwan kung saan ka kwalipikado para sa Medicare. Depende sa kung paano ka naging kwalipikado para sa Bahagi A, maaaring iba ang retroaktibong panahon. Repasuhin ang tsart sa ibaba upang makatulong na magpasya kung kailan pinakamabuting ihinto ang iyong mga kontribusyon sa HSA.

Kung nag-sign up ka para sa Medicare:	Sa oras ng iyong Panahon ng Paunang Pagpapatala	Maiiwasan mo ang multa sa buwis sa pamamagitan ng paggawa ng iyong huling kontribusyon sa HSA sa buwan bago ka maging edad 65.
	2 buwan pagkatapos matapos ang iyong Panahon ng Paunang Pagpapatala	
	At ang iyong kaarawan ay sa ika-1 na araw ng buwan	Sa pangkalahatan, ang iyong polisa ng Medicare ay magsisimula sa unang araw ng buwan bago ka maging edad 65. Maaari mong maiwasan ang isang multa sa buwis sa pamamagitan ng paggawa ng iyong huling kontribusyon sa HSA 2 buwan bago ka maging edad 65.
Kung maghihintay ka na mag-sign up para sa Medicare:	Wala pang 6 na buwan pagkatapos mong maging edad 65	Maiiwasan mo ang multa sa buwis sa pamamagitan ng paghinto ng mga kontribusyon sa HSA sa buwan bago ka maging edad 65.
	6 o higit pang buwan pagkatapos mong maging edad 65	Maaari mong maiwasan ang isang multa sa buwis sa pamamagitan ng paghinto ng mga kontribusyon sa HSA 6 na buwan bago ang buwan na mag-aplay ka para sa Medicare.

Tandaan: Ang isang Medical Savings Account (MSA) na Plano ay katulad ng isang HSA. Pumunta sa pahina 67.

Paano gumagana ang iba kong seguro kasama sa Medicare?

Kapag mayroon kang ibang seguro (tulad ng pang-grupong plano sa kalusugan, kalusugan ng retirado, o polisa sa **Medicaid**) at Medicare, may mga panuntunan kung magbabayad muna ang Medicare o ang iba mo pang polisa.

Kung mayroon kang polisa sa kalusugan ng retirado , tulad ng seguro mula sa dati mong trabaho o ng iyong asawa...	Unang nagbabayad ang Medicare.
Kung ika'y edad 65 o higit pa, magkaroon ng polisa sa pang-grupong plano sa kalusugan batay sa iyong kasalukuyang trabaho o ng iyong asawa, at ang amo ay may 20 o higit pang empleyado ...	Unang magbabayad ang iyong pang-grupong plano sa kalusugan.
Kung ikaw ay edad 65 o higit pa, magkaroon ng polisa ng pang-grupong plano sa kalusugan batay sa iyong kasalukuyang trabaho o ng iyong asawa, at ang amo ay may mas kaunti sa 20 empleyado ...	Unang nagbabayad ang Medicare.
Kung ika'y wala pang edad 65 at may kapansanan, magkaroon ng polisa sa pang-grupong plano sa kalusugan batay sa iyong kasalukuyang trabaho o sa isang miyembro ng pamilya, at ang amo ay may 100 o higit pang empleyado ...	Unang nagbabayad ang iyong pang-grupong plano sa kalusugan.
Kung ikaw ay wala pang edad 65 at may kapansanan, magkaroon ng polisa sa pang-grupong plano sa kalusugan batay sa iyong kasalukuyang trabaho o isang miyembro ng pamilya, at ang amo ay may mas kaunti sa 100 empleyado ...	Unang nagbabayad ang Medicare.
Kung mayroon kang polisa sa pang-grupong plano sa kalusugan batay sa trabaho mo o ng isang miyembro ng pamilya o dating trabaho, at kwalipikado ka para sa Medicare dahil sa End-Stage Renal Disease (ESRD)...	Ang iyong pang-grupong plano sa kalusugan ay nagbabayad muna para sa unang 30 buwan pagkatapos mong maging kwalipikado para sa Medicare. Nagbabayad muna ang Medicare pagkatapos nitong 30-buwan na panahon.
Kung mayroon kang TRICARE...	Nagbabayad muna ang Medicare, maliban kung ikaw ay nasa aktibong tungkulin, o kumuha ng mga bagay o serbisyo mula sa isang ospital o klinikang pangmilitar, o iba pang pederal na tagapaglaan ng pangangalaga sa kalusugan.
Kung mayroon kang Medicaid...	Unang nagbabayad ang Medicare.

Mahalaga! Kung nagtatrabaho ka pa rin at may polisa ng amo sa pamamagitan ng trabaho, kumontak sa iyong amo para malaman kung paano gumagana ang polisa ng iyong amo kasama sa Medicare.

22 Seksyon 1: Pagsa-sign up para sa Medicare

Alalahanin:

- Ang seguro na unang nagbabayad (pangunahing nagbabayad) ay nagbabayad hanggang sa mga limitasyon ng polisa nito.
- Ang seguro na nagbabayad nang pangalawa (pangalawang nagbabayad) ay magbabayad lamang kung may mga gastos na hindi sinagot ng pangunahing nagbabayad.
- Maaaring hindi bayaran ng pangalawang nagbabayad (na maaaring Medicare) ang lahat ng hindi nababayaranang gastos.
- Kung ang iyong pang-grupong plano sa kalusugan o ang polisa sa kalusugan ng retirado ay ang pangalawang nagbabayad, malamang na kakailanganin mong mag-sign up para sa Bahagi B bago magbayad ang iyong seguro.

Bumisita sa [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications) upang repasuhin ang librito na “Paano Gumagana ang Medicare kasama ng Ibang Seguro” o tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) upang dagdagan ang nalalaman. Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

Mahalaga! Kung ang polisa ng iyong pang-grupong plano sa kalusugan ay matatapos, tumawag sa 1-800-MEDICARE upang ipapanahon ang iyong talaan. Kung mayroon kang iba pang mga pagbabago sa iyong seguro, maaari mo ring tawagan ang Sentro ng mga Koordinasyon & Pagbawi ng mga Benepisyo sa Medicare sa 1-855-798-2627. Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-855-797-2627. Kung ika’y magreretiro, tumawag sa 1-800-MEDICARE upang matiyak na tama ang iyong pangunahing impormasyon sa seguro.

Kung mayroon kang Bahagi A, maaari kang makakuha ng form na “Polisa sa Kalusugan” (IRS Form 1095-B) mula sa Medicare. Ang porma na ito ay nagpapatunay na mayroon kang polisa sa kalusugan noong nakaraang taon. Panatilihin ang porma para sa iyong mga talaan. Hindi lahat ay makakakuha ng porma na ito. Kung hindi mo makuha ang Form 1095-B, huwag mag-alala. Kahit na hindi mo ito kailangan para magsampa ng iyong mga buwis, maaari kang humiling ng kopya mula sa Medicare.

Kailangan ko bang magbayad ng Bahagi A?

Karaniwan ay hindi ka nagbabayad ng buwanang **premium** para sa Bahagi A na polisa kung ikaw o ang asawa mo ay nagbayad ng mga Medicare na buwis habang nagtatrabaho sa isang partikular na oras. Minsan ay tinatawag itong walang-premium na Bahagi A. Kung hindi ka kwalipikado sa walang-premium na Bahagi A, maaari kang bumili nito. Para sa karagdagang impormasyon kung paano bayaran ang iyong Bahagi A na premium, pumunta sa pahina 24.

Kung bibili ka ng Bahagi A, magbabayad ka ng premium na alinman sa \$278 o hanggang \$505 bawat buwan sa 2024 depende sa kung gaano katagal ka o ang iyong asawa nagtatrabaho at nagbayad ng mga buwis sa Medicare. Kung kailangan mo ng tulong sa pagbabayad ng iyong Bahagi A premium, pumunta sa mga pahinang 91-92. Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa pagbabayad para sa Bahagi A, bumisita sa [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o tumawag sa 1-800-MEDICARE.

Sa karamihan ng mga kaso, kung pipiliin mong **bumili** ng Bahagi A, dapat mayroon ka ring Bahagi B at magbayad ng mga buwanang premium para sa dalawa. Kung pipiliin mong **HINDI** bumili ng Bahagi A, maaari ka pa ring bumili ng Bahagi B kung kwalipikado ka.

Bumisita sa [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) para sa 2025 Bahagi A na mga halaga ng premium.

Ano ang Bahagi A na multa sa nahuling pagpapatala?

Kung hindi ka kwalipikado sa walang-premium na Bahagi A, at hindi mo ito binili noong una kang naging kwalipikado, ang buwanang premium ay maaaring tumaas ng 10%. Kailangan mong bayaran ang mas mataas na premium para sa doble ng bilang ng taon na maaaring nagkaroon ka ng Bahagi A ngunit hindi ka nag-sign up. Sa halimbawa, kung kwalipikado ka para sa Bahagi A sa loob ng 2 taon ngunit hindi nag-sign up, kailangan mong magbayad ng 10% na mas mataas na premium sa loob ng 4 na taon.

Magkano ang halaga ng polisa na Bahagi B?

Ang istandard na Bahagi B **premium** na halaga sa 2024 ay \$174.70. Karamihan ng mga tao ay nagbabayad ng istandard na halaga ng Bahagi B na premium sa bawat buwan.

Kung ang iyong binagong adjusted gross income ay mas mataas sa isang partikular na halaga (sa 2024 ito'y \$103,000 kung ikaw ay naghain ng buwis sa kita nang isa-isa o \$206,000 kung ikaw ay kasal at magkasamang naghain), maaari kang magbayad ng Income Related Monthly Adjustment Amount (IRMAA). Ang IRMAA ay isang karagdagang singil na idinagdag sa premium mo.

Upang matukoy kung babayaran mo ang IRMAA, **ginagamit ng Medicare ang binagong adjusted gross income na iniulat sa iyong IRS tax return mula 2 taon na ang nakakaraan.** Bumisita sa [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) upang dagdagan ang nalalaman tungkol sa IRMAA.

Bumisita sa [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) para sa 2025 na Bahagi B na halaga ng premium at mga limitasyon sa kita.

Tandaan: Maaari ka ring magbayad ng dagdag na halaga para sa iyong premium ng polisa sa gamot sa Medicare (Bahagi D) kung ang iyong binagong adjusted gross income ay higit sa isang tiyak na halaga. Pumunta sa pahina 82.

Kung kailangan mong magbayad ng karagdagang halaga at hindi ka sumasang-ayon (sa halimbawa, mas mababa ang iyong kita dahil sa isang pangyayari sa buhay), bumisita sa [SSA.gov/medicare/lower-irmaa](https://www.ssa.gov/medicare/lower-irmaa).

Anong multa ng nahuling pagpapatala sa Bahagi B?

Mahalaga! Kung hindi ka nag-sign up para sa Bahagi B noong una kang kwalipikado, maaaring kailanganin mong magbayad ng multa sa nahuling pagpapatala hangga't mayroon kang Bahagi B. Ang iyong buwanang Bahagi B na premium ay maaaring tumaas ng 10% para sa bawat buong 12 buwan sa panahon na maaari kang magkaroon ng Bahagi B, ngunit hindi nag-sign up. Kung pinahihintulutan kang mag-sign up para sa Bahagi B sa Panahon ng Espesyal na Pagpapatala, kadalasan ay hindi ka nagbabayad ng multa sa nahuling pagpapatala. Pumunta sa mga pahinang 17-18.

Halimbawa: Ang Panahon ng Paunang Pagpapatala ni G. Smith ay natapos noong Disyembre 2020. Naghintay siya hanggang Marso 2023 (sa Panahon ng Pangkalahatang Pagpapatala) para mag-sign up para sa Bahagi B. Ang kanyang premium na multa sa Bahagi B ay 20%, at kailangan niyang bayaran ang multa na ito bilang karagdagan sa kanyang istandard na Bahagi B na premium hangga't siya ay may Bahagi B. (Kahit na walang Bahagi B si Mr. Smith sa loob ng 27 buwan, kasama lang dito ang 2 buong 12-buwang yugto.)



Presyo & polisa: Upang malaman kung paano humingi ng tulong para sa mga gastos sa Medicare, pumunta sa pahina 91.

Paano ko mababayaran ang aking Bahagi B na premium?

Kung makakuha ka ng mga benepisyo ng Kapanatagang Panlipunan o Railroad Retirement Board (RRB), ang iyong Bahagi B na premium ay ibabawas mula sa iyong buwanang pagbabayad ng benepisyo.

Tandaan: Kung nakakuha ka ng singil mula sa RRB, ipadala ang iyong mga premium na pagbabayad sa:

RRB Medicare Premium Payments
PO Box 979024
St. Louis, MO 63197-9000

Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa mga singil na nakukuha mo mula sa RRB, tumawag sa 1-877-772-5772. Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-312-751-4701.

Kung ikaw ay isang pederal na retirado na may taunang kabayaran mula sa Tanggapan ng Pangangasiwa ng Empleyado at hindi ka kwalipikado sa mga benepisyo ng Kapanatagang Panlipunan o RRB, maaari mong hilingin na ibawas ang iyong mga **premium** ng Bahagi B mula sa iyong taunang kabayaran. Tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) upang gumawa ng kahilingan. Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

Kung hindi ka nakakakuha ng mga pagbabayad sa benepisyo ng Kapanatagang Panlipunan o RRB, makakakuha ka ng singil para sa iyong premium na Bahagi B. Sa karaniwan, ang mga premium ng Bahagi B ay sinisingil sa bawa't sangkapat (bawa't 3 buwan). Kung magbabayad ka rin para sa Bahagi A o Bahagi D IRMAA, o gumamit ng Medicare Easy Pay para bayaran ang iyong mga premium, makakakuha ka ng buwanang singil (pahina 22 at 82). Mayroong 4 na paraan upang bayaran ang iyong premium n singil:

- 1. Magbayad online sa pamamagitan ng credit card, debit card, Health Savings Account (HSA) na kard, savings o checking account.** Upang gawin ito, mag-log in sa (o lumikha) iyong walang-panganib na akawnt sa Medicare sa [Medicare.gov](https://www.medicare.gov). Ang pagbabayad online ay isang mas mabilis at mas ligtas na paraan ng pagbabayad nang hindi nagpapadala ng personal na impormasyon sa koreo. Makakakuha ka ng numero ng kumpirmasyon kapag nagbayad ka.
- 2. Direktang magbayad mula sa iyong savings o checking account sa pamamagitan ng mga serbisyo sa pagbabayad ng online na singil sa iyong bangko.** Tanungin kung ang iyong bangko ay nag-aalok ng serbisyong ito. Maaaring maningil ng bayad ang ilan. Kakailanganin ng iyong bangko ang impormasyong ito:
 - **Ang Iyong Numero sa Medicare:** Mahalagang gamitin ang eksaktong numero sa iyong pula, puti, at asul na kard sa Medicare, ngunit nang walang mga gitling.
 - **Pangalan ng nagbabayad:** CMS Medicare Insurance
 - **Adres ng nagbabayad:**
Medicare Premium Collection Center
PO Box 790355
St. Louis, MO 63179-0355
- 3. Mag-sign up para sa Medicare Easy Pay.** Awtomatikong ibinabawas ng libreng serbisyong ito ang iyong bayad mula sa iyong savings o checking account bawa't buwan. Bumisita sa [Medicare.gov/basics/costs/pay-premiums/medicare-easy-pay](https://www.medicare.gov/basics/costs/pay-premiums/medicare-easy-pay), o tumawag sa 1-800-MEDICARE para malaman kung paano mag-sign up.
- 4. Ipadala sa koreo ang iyong bayad sa Medicare.** Maaari kang magbayad sa pamamagitan ng tseke, money order, credit card, debit card, o kard sa Health Savings Account (HSA). Isulat ang iyong Numero ng Medicare sa iyong bayad at punan ang iyong kupon sa bayad. Ipadala ang iyong bayad at kupon sa:
Medicare Premium Collection Center
PO Box 790355
St. Louis, MO 63179-0355

Kung mayroon kang mga katanungan tungkol sa iyong mga premium, tumawag sa 1-800-MEDICARE o bumisita sa [Medicare.gov](https://www.medicare.gov).

Kung kailangan mong palitan ang iyong adres sa iyong bayarin, bumisita sa [SSA.gov/mycontact](https://www.ssa.gov/mycontact).

Maaari kang humingi ng tulong mula sa iyong estado upang bayaran ang iyong Bahagi A at Bahagi B na mga premium sa pamamagitan ng isang Medicare Savings Program. Pumunta sa mga pahinang 91-92.

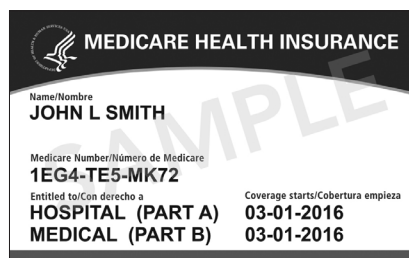
Seksyon 2:

Alamin kung ano ang sinasaklaw ng Medicare

Ano bang mga serbisyo ang saklaw ng Medicare?

Sa seksyong ito, makikita mo ang impormasyon tungkol sa mga bagay, pagsusuri, at serbisyo na sinasaklaw ng **Orihinal na Medicare** (Bahagi A at Bahagi B) sa mga ospital, tanggapan ng mga doktor, at iba pang pasilidad sa pangangalagang pangkalusugan. Maaari kang maging kwalipikado para sa mga serbisyong saklaw ng Medicare sa seksyong ito kung mayroon kang parehong Bahagi A at Bahagi B.

Kung mayroon kang Orihinal na Medicare, gagamitin mo ang iyong pula, puti, at asul na kard sa Medicare para makuha ang iyong mga serbisyong saklaw ng Medicare. Ipinapakita ng iyong kard sa Medicare kung mayroon kang Bahagi A (nakalista bilang OSPITAL), Bahagi B (nakalista bilang MEDIKAL), o pareho, at ang petsa ng pagsisimula ng iyong polisa.



Mahalaga! Kung sasali ka sa isang **Plano sa Medicare Advantage** o iba pang **planong pangkalusugan sa Medicare**, tiyaking ibahagi ang iyong kard ng plano sa iyong tagapaglaan upang makakuha ng mga serbisyong saklaw ng Medicare.

Tandaan: Kung hindi ka legal na naroroon sa U.S., hindi babayaran ng Medicare ang iyong mga kahilingan sa Bahagi A at Bahagi B, at hindi ka maaaring sumali sa isang Plano sa Medicare Advantage o isang plano ng gamot sa Medicare.

Ano ang saklaw ng Bahagi A?

Tumutulong sa pagsasaklaw ang Bahagi A (Segurong Pang-ospital) sa:

- Pangangalaga sa pasyente sa ospital
- **Pangangalaga sa skilled nursing facility**
- Pangangalagang hospisyo
- Pantahanang pangangalaga sa kalusugan

Ang mga pahinang 26–29 ay naglilista ng mga karaniwang serbisyo na sinasaklaw ng Bahagi A at mga pangkalahatang paglalarawan.

Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa saklaw na mga serbisyo ng Bahagi A, bumisita sa [Medicare.gov/coverage](https://www.medicare.gov/coverage).

Ano ang ibabayad ko para sa mga serbisyong saklaw ng Bahagi A?

Maaaring mag-aplay ang mga **copayment**, **coinsurance**, o **deductible** para sa bawa't serbisyong nakalista sa mga sumusunod na pahina.

Kung ika'y mayroong isang Plano sa Medicare Advantage o may iba pang seguro (tulad ng Medigap, Medicaid, polisa ng amo, retirado, o unyon), ang iyong mula-sa-bulsang mga gastos tulad ng mga copayment, coinsurance, o mga deductible ay maaaring iba't iba. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga presyo, kontakin ang tagapaglaan ng iyong plano.

Maaari ka ring tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

Mga serbisyong saklaw ng Bahagi A

Dugo

Kung ang ospital ay kukuha ng dugo mula sa isang blood bank nang walang bayad, hindi mo ito kailangang bayaran o palitan. Kung ang ospital ay kailangang bumili ng dugo para sa iyo, dapat mong bayaran ang mga gastos sa ospital para sa unang 3 yunit ng dugo na makukuha mo sa isang taon ng kalendaryo, o ikaw o ibang tao ay maaaring magbigay ng dugo.

Mga Pantahanang serbisyo sa kalusugan

Sinasaklaw ng Bahagi A at/o Bahagi B ang mga benepisyo sa pantahanang pangangalaga sa kalusugan. Pumunta sa pahina 43.

Pangangalagang hospisyo

Upang maging kuwalipikado para sa pangangalaga sa hospisyo, ang isang doktor ng hospisyo at ang iyong doktor (kung mayroon ka nito) ay dapat na patunayan na ikaw ay may malubhang sakit, ibig sabihin ay 6 na buwan o mas mababa ang haba ng buhay mo. Kapag sumang-ayon ka sa pangangalagang hospisyo, sumasang-ayon ka sa pampaginhawang pangangalaga (pampakalmang pangangalaga) sa halip na pangangalaga upang gamutin ang iyong malubhang sakit. Dapat mo ring lagdaan ang isang pahayag na pumipili ka ng pangangalagang hospisyo sa halip na iba pang mga paggamot na saklaw ng Medicare para sa iyong malubhang sakit at mga kaugnay na kondisyon.

Kasama sa polisa ang:

- Lahat ng mga bagay at serbisyo na kailangan mo para sa kaginhawaan ng pananakit at pamamahala ng sintomas
- Mga pang-medikal, pangangalaga ng maysakit, at panlipunan na serbisyo
- Mga gamot para sa pananakit at pamamahala ng sintomas
- Matibay na kagamitang pang-medikal para sa kaginhawaan sa pananakit at pamamahala ng sintomas
- Mga serbisyo ng katulong at maybahay
- Iba pang mga saklaw na serbisyo na kailangan mo upang pamahalaan ang iyong sakit at iba pang mga sintomas, pati na rin ang espirituwal at dalamhati na pagpapayo para sa iyo at sa iyong pamilya

Ang pangangalagang hospisyo na sertipikado ng Medicare ay karaniwang ibinibigay sa iyong tahanan o iba pang pasilidad kung saan ka nakatira, tulad ng isang nursing home. Magbabayad pa rin ang **Orihinal na Medicare** para sa mga saklaw na benepisyo para sa anumang mga problema sa kalusugan na hindi bahagi ng iyong malubhang sakit at mga kaugnay na kondisyon, ngunit dapat saklaw ng hospisyo ang karamihan sa iyong pangangalaga.

Ang Medicare ay hindi magbabayad ng silid at pagkain para sa iyong pangangalaga sa isang pasilidad, maliban kung ang medikal na pangkat sa hospisyo ay nagpasiya na kailangan mo ng panandaliang pangangalaga sa ospital upang makontrol ang pananakit at iba pang mga sintomas. Ang pangangalagang ito ay dapat nasa isang pasilidad na inaprubahan ng Medicare, tulad ng pasilidad ng hospisyo, ospital, o **skilled nursing facility** na nakikipagkontrata sa tagapaglaan ng hospisyo.

Relyebo at suporta sa tagapag-alaga

Sinasaklaw din ng Medicare ang pahinga sa pangangalaga ng pasyente, na siyang pangangalagang nakukuha mo sa isang pasilidad na inaprubahan ng Medicare upang makapagpahinga ang iyong tagapag-alaga (miyembro ng pamilya o kaibigan). Maaari kang manatili nang hanggang 5 araw sa bawat oras na makakakuha ka ng pahinga sa pangangalaga. Aayusin ito ng tagapaglaan ng iyong hospisyo para sa iyo.

Pagkatapos ng 6 na buwan, maaari kang magpatuloy sa pagkuha ng pangangalagang hospisyo hangga't ang medikal na direktor ng hospisyo o doktor ng hospisyo ay muling napatunayan (sa isang harapang pagpupulong) na ika'y may mayroong malubhang sakit pa rin.

Magbabayad ka ng:

- Wala para sa pangangalagang hospisyo.
- Isang **copayment** na hanggang \$5 bawat reseta para sa mga gamot sa outpatient para sa pananakit at pamamahala ng sintomas.
- Limang porsyento ng **halagang inaprubahan ng Medicare** para sa pahinga sa pangangalaga ng pasyente.

Sisingilin ang **Orihinal na Medicare** para sa iyong pangangalagang hospisyo, kahit na ika'y nasa isang **Plano sa Medicare Advantage**. Kapag nakakuha ka ng pangangalagang hospisyo, maaari pa ring saklawin ng iyong Plano sa Medicare Advantage ang mga serbisyong hindi bahagi ng iyong malubhang sakit o anumang mga kondisyong nauugnay sa iyong malubhang sakit. Para sa higit pa tungkol sa pangangalagang hospisyo at upang makahanap ng mga tagapaglaan na inaprubahan ng Medicare, kumontak sa iyong plano o bumisita sa [Medicare.gov/care-compare](https://www.Medicare.gov/care-compare).

Pangangalaga ng pasyente sa ospital

Sinasaklaw ng Medicare ang mga bahagyang pribadong kwarto, pagkain, pangkalahatang pag-aalaga, gamot (kabilang ang methadone para gamutin ang isang Opioid Use Disorder), at iba pang mga serbisyong ospital at mga suplay na bahagi nga iyong paggamot bilang pasyente. Kabilang dito ang panadaliang pangangalaga na nakukuha mo sa mga ospital, **mga ospital na critical access**, mga **pasilidad sa rehabilitasyon ng pasyente**, mga **ospital sa pangmatagalang pangangalaga**, psychiatric care sa mga inpatient psychiatric facilities, at pangangalaga sa pasyente para sa isang kwalipikadong klinikal na pananaliksik. Hindi kasama rito ang private-duty nursing, telebisyon o telepono sa iyong kwarto (kung may hiwalay na singil para sa mga bagay na ito), bagay sa personal na pangangalaga (tulad ng mga pang-ahit o medyas sa tsinelas), o isang pribadong silid, maliban kung **medikal na kinakailangan**.

Kung mayroon ka ring Bahagi B, karaniwang sinasaklaw nito ang 80% ng halagang inaprubahan ng Medicare para sa mga serbisyo ng mga doktor na nararanasan mo habang ikaw ay nasa ospital.

Sa 2024, magbabayad ka ng:

- **Sa ika-1-60 na araw** (sa bawat **panahon ng benepisyo**): \$0 pagkatapos mong matugunan ang iyong **deductible** sa Bahagi A.
- **Sa ika-61-90 na araw** (sa bawat panahon ng benepisyo): \$408 sa bawat araw.
- **Pagkatapos ng ika-90 na araw** (sa bawat panahon ng benepisyo): \$816 bawat araw para sa bawat **panghabambuhay na reserbang araw** (hanggang 60 araw sa iyong habambuhay).

Pagkatapos mong gamitin ang lahat ng iyong mga panghabambuhay na reserbang araw, babayaran mo ang lahat ng gastos.

Ang Bahagi A ay nagbabayad lamang ng hanggang 190 araw ng pasyenteng pangangalaga sa psychiatric na ospital na nakukuha mo sa isang freestanding na psychiatric na ospital sa iyong habambuhay.

Bumisita sa [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para sa 2025 na mga halaga.

Tandaan: Kinakailangan na ngayon ng mga ospital na ibahagi ang mga karaniwang singil para sa lahat ng kanilang mga item at serbisyo (kabilang ang mga karaniwang singil na pinag-usapan ng [Mga Plano sa Medicare Advantage](#)) sa isang pampublikong website upang matulungan kang gumawa ng mas matalinong mga desisyon tungkol sa iyong pangangalaga.

Ako ba ay inpatient o outpatient?

Kung ikaw ay isang inpatient o outpatient, nakakaapekto ito sa kung magkano ang babayaran mo para sa mga serbisyo ng ospital at kung ikaw ay kwalipikado para sa Bahagi A na [pangangalaga sa skilled nursing facility](#).

- Isa kang inpatient kapag pormal kang pinapasok ng ospital kasama ang utos ng doktor.
- Isa kang outpatient kung nakakakuha ka ng mga serbisyong pang-emerhensiya o obserbasyon (na maaaring kabilang ang isang magdamag na pamamalagi sa ospital o mga serbisyo sa isang klinika para sa outpatient), mga pagsusuri sa lab, o mga Eksray, nang walang pormal na pagpasok sa pasyente (kahit na gumastos ka ng gabi sa ospital).

Sa baw't araw na kailangan mong manatili, ikaw o ang iyong tagapag-alaga ay dapat magtanong sa ospital at/o sa iyong doktor, isang social worker ng ospital, o isang tagapagtaguyod ng pasyente kung ikaw ay isang inpatient o outpatient.

Mahalaga! Kung minsan, pananatilihin ka ng mga doktor bilang isang outpatient para sa mga serbisyo ng obserbasyon habang nagpapasya sila kung tatanggapin ka bilang isang inpatient na pasyente o ipauwi (ipalabas) ka. Kung ikaw ay nasa ilalim ng obserbasyon nang higit sa 24 na oras, ang ospital ay dapat magbigay sa iyo ng “Medicare Outpatient Observation Notice” (tinatawag ding “MOON”). Ang abisong ito ay nagsasabi sa iyo kung bakit ikaw ay isang outpatient (sa isang ospital o [critical access hospital](#)) na tumatanggap ng mga serbisyo sa obserbasyon, at kung paano ito nakakaapekto sa iyong binabayaran sa ospital at para sa pangangalaga pagkatapos mong umalis.

Institusyon ng relihiyosong pangangalagang pangkalusugan na hindi medikal (pangangalaga sa pasyente)

Kung kwalipikado ka para sa inpatient na ospital o skilled nursing facility na pangangalaga sa mga pasilidad na ito, sasaklawin lamang ng Medicare ang inpatient, hindi-relihiyoso, hindi-medikal na mga bagay at serbisyo, tulad ng kwarto at pagkain, at mga bagay o serbisyo na hindi nangangailangan ng utos ng doktor o reseta (tulad ng hindi ginamot na dressing sa sugat o paggamit ng isang simpleng walker). Hindi saklaw ng Medicare ang relihiyosong bahagi ng ganitong uri ng pangangalaga.

Pangangalaga sa Skilled nursing facility

Sinasaklaw ng Medicare ang pangangalaga sa skilled nursing facility pagkatapos ng 3-araw na minimum na [medikal na kinakailangan](#) na pamamalagi sa ospital ng pasyente (hindi kasama ang araw na umalis ka sa ospital) para sa isang sakit o pinsala na nauugnay sa pananatili sa ospital. Sinasaklaw ng Medicare ang mga semi-private na kwarto, mga pagkain, mga serbisyo ng skilled nursing at terapiya, at iba pang mga serbisyong medikal na kinakailangan at mga suplay sa isang [skilled nursing facility](#).

Upang maging kwalipikado para sa pangangalaga sa skilled nursing facility, dapat patunayan ng iyong doktor na kailangan mo ng pang-araw-araw na mahusay na pangangalaga (tulad ng mga intravenous fluid/medikasyon o terapiyang pangkatawan) na, bilang praktikal na bagay, maaari mo lamang makuha bilang isang pasyente ng skilled nursing facility. **Hindi saklaw ng Medicare ang hindi-medikal na pangmatagalang pangangalaga.** Pumunta sa pahina 56.

Maaari kang makakuha ng skilled nursing na pangangalaga o terapiya kung kinakailangan upang mapabuti o mapanatili ang iyong kasalukuyang kondisyon. Kung hindi ka sumasang-ayon sa iyong pag-uwi, maaari kang umapela. Sa halimbawa, kung ika'y ipinauwi lamang dahil ika'y hindi bumubuti, ngunit kailangan mo pa rin ng skilled nursing na pangangalaga o terapiya para hindi lumala ang iyong kondisyon, maaari kang umapela. Pumunta sa pahina 100.

Sa bawat **panahon ng benepisyo** (2024), **magbabayad ka ng:**

- **Ika-1-20 na mga araw:** Wala. **Tandaan:** Kung ikaw ay nasa isang **Plano sa Medicare Advantage**, maaari kang singilin ng mga **copayment** sa unang 20 araw.
- **Ika-21-100 na mga araw:** \$204 sa bawat araw.
- **Ika-101 na araw at higit pa:** Lahat ng mga gastos.

Tandaan: Maaaring hindi mo kailanganin ng 3-araw na minimum na pananatili sa ospital para sa inpatient kung ang iyong doktor ay lalahok sa isang **Accountable Care Organization (ACO)**, o ang iyong tagapaglaan ay naaprubahan para sa isang Skilled Nursing Facility 3-Day Rule Waiver. Kung ang iyong tagapaglaan ay lumahok sa isang ACO (mga pahinang 110-111), magtanong tungkol sa mga benepisyong maaaring makuha. Maaari ding ipaubaya ng Mga Plano sa Medicare Advantage ang 3-araw na minimum. Kontakin ang tagapaglaan ng iyong plano para sa karagdagang impormasyon.

Ano ang sinasaklaw ng Bahagi B?

Tumutulong ang Medicare na Bahagi B (Segurong Pang-medikal) na tinutulungang saklawin ang mga serbisyo ng doktor na **medikal na kinakailangan**, pangangalaga sa outpatient, mga pantahanang serbisyo sa kalusugan, matibay na kagamitang pang-medikal, mga serbisyo sa kalusugan pangkaisipan, limitadong mga de-resetang gamot para sa outpatient, at iba pang serbisyong pang-medikal. Sinasaklaw rin ng Bahagi B ang maraming **serbisyong pang-apula**. Pumunta sa mga pahina 30-55 para sa isang listahan ng mga karaniwang serbisyong saklaw ng Bahagi B. Maaaring saklawin ng Medicare ang ilang mga serbisyo at pagsusuri nang mas madalas kaysa sa mga nakalistang timeframe kung kinakailangan upang masuri o magamot ang isang kondisyon.

Alamin kung sinasaklaw ng Medicare ang isang serbisyo na wala sa listahang ito:



[Medicare.gov/coverage](https://www.medicare.gov/coverage)

O, tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

Ano ang aking ibabayad sa mga serbisyong sinasaklaw ng Bahagi B?

Ang listahan ng mga saklaw na serbisyo ay nasa alpabetikong hanay sa mga sumusunod na pahina. Nagbibigay ito ng pangkalahatang impormasyon tungkol sa kung ano ang babayaran mo kung mayroon kang **Orihinal na Medicare** at gumagamit ng mga doktor o iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan na tumatanggap ng **pagtatalaga** (mga pahinang 59-60). Magbabayad ka ng mas malaki kung pupunta ka sa mga doktor o tagapaglaan na hindi tumatanggap ng pagtatalaga. **Kung ika'y nasa isang Plano sa Medicare Advantage o may iba pang seguro (tulad ng Medigap, Medicaid, polisa ng amo, retirado, o unyon), ang iyong mula-sa-bulsa na mga gastos tulad ng mga copayment, coinsurance, o mga deductible ay maaaring iba't iba.** Kontakin ang tagapaglaan ng iyong plano para sa karagdagang impormasyon.

Sa ilalim ng Orihinal na Medicare, kung nalalapat ang Bahagi B na deductible, dapat mong bayaran ang lahat ng gastos (hanggang sa **halagang inaprubahan ng Medicare**) hanggang sa matugunan mo ang taunang Bahagi B na deductible. Pagkatapos mong matugunan ang iyong deductible, babayaran ng Medicare ang bahagi nito at karaniwan mong babayaran ang 20% ng halagang inaprubahan ng Medicare (kung ang doktor o ibang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ay tumatanggap ng pagtatalaga). **Walang taunang limitasyon sa kung ano ang babayaran mo mula sa iyong bulsa kung mayroon kang Orihinal na Medicare.** Maaaring may mga limitasyon sa kung ano ang iyong babayaran kung mayroon kang suplementong polisa tulad ng Medigap, Medicaid, polisa ng amo, retirado, o unyon.

Wala kang babayaran sa karamihang saklaw na serbisyong pang-apula kung makuha mo ito mula sa isang doktor o ibang kwalipikadong tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan na tumatanggap ng pagtatalaga. Gayunpaman, para sa ilang serbisyong pang-apula, maaaring kailanganin mong magbayad ng deductible, coinsurance, o ang dalawang ito. Ang mga gastos na ito ay maaari ding malapat kung makakakuha ka ng serbisyong pang-apula sa parehong pagbisita bilang isang serbisyong hindi-pang-apula.

Mga serbisyong saklaw ng Bahagi B

Ang mansanas na ito  ay kasunod ng **serbisyong pang-apula** sa mga **pahinang 30–55**.



Serbisyong pang-apula

Mga Iskrining sa Aortic aneurysm ng tiyan

Sinasaklaw ng Medicare ang isang iskrining na ultrasound sa aortic aneurysm ng tiyan nang isang beses kung ikaw ay nasa panganib (nang may **referral** lamang mula sa iyong doktor o iba pang kwalipikadong tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan). Kung may kasaysayan ang pamilya niyo ng aortic aneurysm ng tiyan, o kung lalaki kang edad 65–75 ng hindi bababa sa 100 na sigarilyo sa buong buhay mo, tinuturing kang nasa peligro. Wala kang babayaran para sa iskrining kung ang iyong doktor o iba pang kwalipikadong tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ay tumatanggap ng **pagtatalaga**.

Acupuncture

Sinasaklaw lamang ng Medicare ang acupuncture (kabilang ang dry needling) para sa talamak na pananakit ng mababang likod. Sinasaklaw ng Medicare ang hanggang 12 pagbisita sa acupuncture sa loob ng 90 araw para sa talamak na sakit sa likod na tinukoy bilang:

- Tumatagal ng 12 na mga linggo o higit pa
- Walang matukoy na dahilan (halimbawa, hindi nakikilalang sakit tulad ng kanser na kumalat, o nakakahawa o sumisiklab na sakit)
- Sakit na hindi nauugnay sa operasyon o pagbubuntis

Sinasaklaw ng Medicare ang karagdagang 8 session kung magpapakita ka ng pagpapabuti. Maaari kang makakuha ng maximum na 20 acupuncture na paggamot sa loob ng 12 na buwan. Ang Bahagi B na **deductible** at **coinsurance** ay nalalapad. Kung hindi ka nagpapakita ng pagpapabuti, hindi sasaklawin ng Medicare ang 8 na karagdagang paggamot.

Hindi lahat ng tagapaglaan ay maaaring magbigay ng acupuncture, at hindi maaaring bayaran ng Medicare ang mga lisensyadong acupuncturists nang direkta para sa kanilang mga serbisyo.

Pagpapalano sa paunang pangangalaga

Sinasaklaw ng Medicare ang boluntaryong pagpapalano sa paunang pangangalaga bilang bahagi ng iyong taunang pagbisita sa “Kagalingan” (mga pahinang 54–55). Ito ay pagpapalano para sa pangangalaga na makukuha mo kapag kailangan mo ng tulong sa paggawa ng mga desisyon para sa iyong sarili. Bilang bahagi ng pagpapalano ng paunang pangangalaga, maaari mong piliing kumpletuhin ang isang paunang direktiba. Itinatala ng mahalagang legal na dokumentong ito ang iyong mga kahilingan tungkol sa medikal na paggamot sa hinaharap, kung hindi ka makakagawa ng mga desisyon tungkol sa iyong pangangalaga. Maaari kang makipag-usap tungkol sa isang paunang direktiba sa iyong tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan, at matutulungan ka nilang punan ang mga porma, kung gusto mo.

Pag-isipang mabuti kung sino ang gusto mong magsalita para sa iyo at kung anong mga direksyon ang gusto mong ibigay. May karapatan kang isagawa ang iyong mga plano habang pinili mo nang walang diskriminasyon batay sa iyong edad o kapansanan. Maaari mong iulat ang iyong paunang direktiba sa anumang oras.

Wala kang babayaran kung ibinigay ito bilang bahagi ng taunang pagbisita sa “Kagalingan”, at ang iyong doktor o iba pang kwalipikadong tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ay tumatanggap ng pagtatalaga.

Maaari ring saklawin ng Medicare ang serbisyong ito bilang bahagi ng iyong medikal na paggamot. Kapag ang pagpapalano ng maagang pangangalaga ay hindi bahagi ng iyong taunang pagbisita sa “Kagalingan”, ang Bahagi B na **deductible** at **coinsurance** ay nalalapad.

Kailangan ng tulong sa iyong paunang direktiba? Bumisita sa Eldercare Locator sa eldercare.acl.gov upang makahanap ng tulong sa iyong komunidad.



Serbisyong pang-apula

Mga iskrining at pagpapayo sa pag-abuso ng alak

Sinasaklaw ng Medicare ang isang iskrining sa pag-abuso ng alak para sa mga nasa hustong gulang (kasama ang habang nagbubuntis) na umiinom ng alak, ngunit hindi nakakatugon sa mga pang-medikal na pamantayan para sa pagdepende sa alkohol. Kung matukoy ng iyong **pangunahing doktor sa pangangalaga** o iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan na tumutukoy na ika'y umaabuso ng alak, maaari kang makakuha ng hanggang 4 na maikli, harap-harapang sesyon ng pagpapayo bawa't taon (kung ika'y may kakayahan at alerto habang nangyayari ang pagpapayo). Dapat kang makakuha ng pagpapayo sa isang lugar ng pangunahing pangangalaga, tulad ng tanggapan ng doktor. Wala kang babayaran kung ang iyong pangunahing doktor sa pangangalaga o iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ay tumatanggap ng **pagtatalaga**.

Mga serbisyo sa ambulansiya

Sinasaklaw ng Medicare ang transportasyon ng ambulansiya sa lupa patungo sa isang ospital, **critical access hospital**, kabukirang ospital na pang-emerhensiya, o **skilled nursing facility** para sa mga serbisyong **medikal na kinakailangan** kapag naglalakbay sa anumang iba pang sasakyan ay maaaring ilagay sa panganib ang iyong kalusugan. Maaaring magbayad ang Medicare para sa emerhensiyang transportasyon ng ambulansiya sa isang eroplano o helicopter kung kailangan mo ng agaran at mabilis na transportasyon ng ambulansiya na hindi maibibigay ng transportasyon sa lupa.

Sa ilang mga kaso, maaaring magbayad ang Medicare para sa medikal na kinakailangan, hindi pang-emerhensiya na transportasyon ng ambulansiya kung mayroon kang nakasulat na utos mula sa iyong doktor na nagsasaad na ang transportasyon ng ambulansiya ay medikal na kinakailangan. Sa halimbawa, ang isang pasyente na pinalabas mula sa ospital ay maaaring mangailangan ng isang medikal na kinakailangang transportasyon ng ambulansiya patungo sa isang skilled nursing facility.

Sasaklawin lamang ng Medicare ang transportasyon ng ambulansiya sa pinakamalapit na naaangkop na pasilidad na pang-medikal na makapagbibigay sa iyo ng pangangalagang kailangan mo.

Ikaw ay magbabayad ng 20% ng **halaga na inaprubahan ng Medicare**. Nalalapat ang **deductible** ng Bahagi B.

Mga sentro ng siruhiya sa ambulatoryo

Sinasaklaw ng Medicare ang mga bayarin sa serbisyo sa pasilidad na may kaugnayan sa mga inaprubahang pamamaraan ng operasyon na ginawa sa isang sentro ng siruhiya sa ambulatoryo (pasilidad ng outpatient na nagsasagawa ng mga operasyon), at ang pasyente ay inaasahang ipapauwi sa loob ng 24 na oras. Maliban sa ilang partikular na **serbisyong pang-apula** (na wala kang babayaran kung ang iyong doktor o iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ay tumatanggap ng pagtatalaga), magbabayad ka ng 20% ng halagang inaprubahan ng Medicare sa parehong sentro ng siruhiya sa ambulatoryo at sa doktor na gumagamot sa iyo. Nalalapat ang deductible sa Bahagi B. Babayaran mo ang lahat ng singil sa serbisyo sa pasilidad para sa mga pamamaraan hindi saklaw ng Medicare sa mga sentro ng siruhiya na ambulatoryo.



Presyo & polisa: Kumuha ng mga pagtatantya ng gastos para sa mga pamamaraan ng outpatient para sa sentro ng siruhiya na ambulatoryo:



[Medicare.gov/procedure-price-lookup](https://www.medicare.gov/procedure-price-lookup)

Bariatric na operasyon

Sinasaklaw ng Medicare ang ilang bariatric na operasyon, tulad ng siruhiya sa gastric bypass at laparoscopic banding, kapag natugunan mo ang ilang partikular na kondisyon na nauugnay sa morbid obesity. Para sa impormasyon sa gastos, bumisita sa [Medicare.gov/coverage/bariatric-surgery](https://www.medicare.gov/coverage/bariatric-surgery).

Mga serbisyo sa integrasyon ng pangkagawiang kalusugan

Kung mayroon kang kondisyon sa pangkagawiang kalusugan (tulad ng panlulumo, pagkabalisa, o ibang kondisyon sa kalusugang pangkaisipan), maaaring bayaran ng Medicare ang iyong tagapaglaan upang tumulong na makontrol ang kondisyong iyon. Ang ilang mga tagapaglaan na namamahala sa mga kondisyon ng pangkagawiang kalusugan ay maaaring mag-alok ng pinagsamang mga serbisyo sa pangangalaga, tulad ng Psychiatric Collaborative Care Model. Ang modelong ito ay isang set ng pinagsama-samang serbisyo sa pangkagawiang kalusugan, kabilang ang suporta sa pamamahala ng pangangalaga na maaaring kabilang ang:

- Pagpapalano ng pangangalaga para sa (mga) kondisyon sa pangkagawiang kalusugan
- Patuloy na pagtatasa ng iyong kondisyon
- Suporta sa medikasyon
- Pagpapayo
- Iba pang paggamot na inirerekomenda ng iyong tagapaglaan

Hihilingin sa iyo ng iyong tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan na pumirma ng isang kasunduan para makuha mo ang mga serbisyong ito buwan-buwan. Ang iyong Bahagi B na [deductible](#) at [coinsurance](#) ay nalalapat sa buwanang bayad sa serbisyo.

Dugo

Kung ang tagapaglaan ay kumuha ng dugo mula sa isang blood bank nang walang bayad, hindi mo kailangang bayaran o palitan ito. Gayunpaman, magbabayad ka ng isang [copayment](#) para sa mga serbisyo sa pagproseso at pangangasiwa ng dugo para sa bawat yunit ng dugo na makukuha mo. Nalalapat ang deductible sa Bahagi B. Kung ang tagapaglaan ay kailangang bumili ng dugo para sa iyo, dapat mong bayaran ang mga gastos ng tagapaglaan para sa unang 3 unit ng dugo na makukuha mo sa isang taon ng kalendaryo, o ikaw o ibang tao ay maaaring magbigay ng dugo.



Serbisyong pang-apula

Mga sukat sa masa ng buto

Nakakatulong ang pagsusuri na ito upang makita kung nanganganib kang magkaroon ng mga baling buto. Sinasaklaw ito ng Medicare isang beses bawat 24 na buwan (mas madalas kung [medikal na kinakailangan](#)) para sa mga taong may ilang partikular na kondisyong medikal (tulad ng posibleng osteoporosis) o naaabot ang ilang partikular na pamantayan. Wala kang babayaran para sa pagsusuri na ito kung ang iyong doktor o iba pang kwalipikadong tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ay tumatanggap ng [pagtatalaga](#).

Rehabilitasyon ng puso

Sinasaklaw ng Medicare ang mga komprehensibong programa na kinabibilangan ng ehersisyo, edukasyon, at pagpapayo kung mayroon kang kahit isa sa mga kondisyong ito:

- Isang atake sa puso sa nakalipas na 12 buwan
- Operasyon na bypass ng coronary artery
- Kasalukuyang matatag na angina pectoris (pananakit ng dibdib)
- Isang pag-aayos o pagpapalit ng balbula sa puso
- Isang coronary angioplasty (isang medikal na operasyon na ginagamit upang buksan ang isang baradong arterya) o coronary stenting (isang operasyon na ginagamit upang panatilihin bukas ang isang arterya)
- Isang pagta-transplant ng puso o puso-baga
- Matatag at matagal na panghihina ng puso

Sinasaklaw ng Medicare ang mga regular at intensibong programa sa rehabilitasyon ng puso. Sinasaklaw ng Medicare ang mga serbisyo sa isang tanggapan ng doktor o tagpo ng ospital para sa outpatient. Magbabayad ka ng 20% ng **halagang inaprubahan ng Medicare** kung makukuha mo ang mga serbisyo sa tanggapan ng doktor, at isang **copayment** sa isang tagpo ng ospital para sa outpatient. Nalalapat ang Bahagi B na **deductible**.



Serbisyong pang-apula

Cardiovascular behavioral therapy

Sinasaklaw ng Medicare ang isang pagbisita para sa cardiovascular behavioral therapy isang beses bawa't taon kasama ng iyong **pangunahing doktor sa pangangalaga** o iba pang kwalipikadong tagapaglaan ng pangunahing pangangalaga sa isang tagpo ng pangunahing pangangalaga (tulad ng tanggapan ng doktor) upang makatulong na mapababa ang iyong panganib para sa cardiovascular na sakit. Sa pagbisitang ito, maaaring talakayin ng iyong doktor ang paggamit ng aspirin (kung angkop), tingnan ang presyon ng dugo mo, at bigyan ka ng mga payo para masiguro na kumakain ka nang mabuti. Wala kang babayaran kung ang iyong pangunahing doktor sa pangangalaga o iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ay tumatanggap ng **pagtatalaga**.



Serbisyong pang-apula

Mga iskrining sa cardiovascular na sakit

Kasama sa mga pagsusuring ito ang mga pagsusuri sa dugo para sa mga antas ng kolesterol, lipid, at triglyceride na tumutulong sa pagtukoy ng mga kondisyon na maaaring humantong sa atake sa puso o stroke. Sinasaklaw ng Medicare ang mga pagsusuring ito sa pagsusuri ng dugo isang beses bawa't 5 taon. Wala kang babayaran para sa mga pagsusuri kung ang doktor o iba pang kwalipikadong tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ay tumatanggap ng pagtatalaga.

Bago!

Mga mapagkukunan ng pagsasanay sa pagiging tagapag-alaga

Saklaw na ngayon ng Medicare ang **pagsasanay** na tumutulong sa iyong tagapag-alaga na matuto at bumuo ng mga kasanayan sa pangangalaga para sa iyo (tulad ng pagbibigay ng mga gamot, personalisadong pangangalaga, at higit pa) bilang bahagi ng iyong plano sa paggamot. Kung ang iyong tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ay nagpasiya na ang pagsasanay ng tagapag-alaga ay angkop para sa iyong plano sa paggamot, ang iyong tagapag-alaga ay maaaring makakuha ng mga sesyon ng indibidwal o grupo na pagsasanay mula sa iyong tagapaglaan nang hindi nangangailangan na dumalo ka. Ang pagsasanay ay dapat nakatuon sa iyong mga layunin sa kalusugan, at ang iyong paggamot ay dapat na nangangailangan ng tulong ng isang tagapag-alaga upang magtagumpay. Ikaw ay magbabayad ng 20% ng halaga na inaprubahan ng Medicare. Nalalapat ang Bahagi B na deductible.



Serbisyong pang-apula

Mga iskrining sa cervical at vaginal na kanser

Sinasaklaw ng Medicare ang mga Pap test at pelvic na eksamen para suriin kung mayroon cervical at vaginal na mga kanser. Bilang bahagi ng pelvic exam, sinasaklaw din ng Medicare ang isang klinikal na eksamen sa suso upang suriin kung mayroong kanser sa suso. Sinasaklaw ng Medicare ang mga pagsusuring ito sa bawa't 24 na buwan sa karamihang mga kaso. Sinasaklaw ng Medicare ang mga pagsusuring iskrining na ito nang isang beses bawa't 12 buwan kung ikaw ay nasa mataas na panganib para sa cervical o vaginal na kanser, o kung ika'y nasa edad na ng panganganak at nagkaroon ng abnormal na Pap test sa nakalipas na 36 na buwan.

Sinasaklawan din ng Medicare ang mga Human Papillomavirus (HPV) test (kapag ginawa kasama ng Pap test) minsan tuwing 5 taon kung nasa edad ka ng 30–65 na walang sintomas ng HPV.

Wala kang babayaran para sa laboratoryong Pap test, sa laboratoryong HPV na may Pap test, koleksyon ng specimen ng Pap test, at pelvic at suso na mga eksamen kung ang iyong doktor o iba pang kwalipikadong tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ay tumatanggap ng pagtatalaga.

Chemotherapy

Sinasaklaw ng Medicare ang chemotherapy sa tanggapan ng doktor, freestanding na klinika, o tagpo sa ospital para sa outpatient kung mayroon kang kanser. Magbabayad ka ng **copayment** para sa chemotherapy sa isang tagpo sa ospital ng outpatient.

Magbabayad ka ng 20% ng **halagang inaprubahan ng Medicare** para sa chemotherapy sa tanggapan ng doktor o freestanding na klinika. Nalalapat ang Bahagi B na **deductible**.

Para sa chemotherapy na sakop ng Bahagi A sa isang setting ng ospital ng inpatient, pumunta sa pangangalaga sa ospital ng inpatient sa mga pahinang 27-28.

Mga Serbisyo ng chiropractor

Sinasaklaw lamang ng Medicare ang pagmamanipla ng gulugod upang itama ang isang subluxation (kapag ang mga kasukasan ng gulugod ay hindi gumagalaw nang maayos ngunit ang kontak sa pagitan ng mga kasukasan ay nananatiling buo). Ikaw ay magbabayad ng 20% ng halaga na inaprubahan ng Medicare. Nalalapat ang deductible ng Bahagi B.

Mga serbisyo sa pangangasiwa ng talamak na pangangalaga

Kung mayroon kang 2 o higit pang malubha at matagal na na kondisyon (tulad ng arthritis at diyabetis) na inaasahan mong tatagal ng hindi bababa sa isang taon, maaaring magbayad ang Medicare para sa tulong ng isang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan para makontrol ang mga kondisyong iyon. Kabilang dito ang isang komprehensibong plano sa pangangalaga na naglilista ng iyong mga problema at layunin sa kalusugan, iba pang mga tagapaglaan, mga gamot, mga serbisyo sa komunidad na mayroon ka at kailangan mo, at iba pang impormasyon sa kalusugan. Ipinapaliwanag din nito ang pangangalaga na kailangan mo at kung paano ito itutugma.

Kung sumasang-ayon ka na kunin ang serbisyong ito, ihahanda ng iyong tagapaglaan ang plano sa pangangalaga para sa iyo o sa iyong tagapag-alaga, tutulungan ka sa pamamahala ng gamot, magbibigay ng 24/7 na access para sa mga pangangailangan ng agarang pangangalaga, bibigyan ka ng suporta kapag pumunta ka mula sa isang tagpo ng pangangalagang pangkalusugan patungo sa isa pa, at tulungan ka sa iba pang matagal nang pangangailangan sa pangangalaga.

Magbabayad ka ng buwanang singil, at nalalapat ang Bahagi B na deductible at **coinsurance**. Kung mayroon kang suplementong seguro, kabilang **Medicaid**, maaari itong makatulong na masaklaw ang buwanang bayad.

Mga Serbisyo sa pamamahala at paggamot ng talamak na kirot

Sinasaklaw ng Medicare ang mga buwanang serbisyo para sa mga taong nabubuhay na may talamak na kirot (patuloy o paulit-ulit na pananakit na tumatagal ng mas mahaba kaysa sa 3 buwan). Maaaring kabilang sa mga serbisyo ang pagtatasa ng sakit, pamamahala ng gamot, at koordinasyon at pagpapalano ng pangangalaga. Nalalapat ang deductible at coinsurance ng Bahagi B.

Mga Klinikal na pananaliksik

Sinusuri ng mga klinikal na pananaliksik kung gaano kahusay gumagana ang iba't ibang uri ng pangangalagang pang-medikal at kung ligtas ang mga ito, tulad ng kung gaano kahusay gumagana ang isang gamot sa kanser. Para sa ilang partikular na klinikal na pananaliksik, sinasaklaw ng Medicare ang ilang mga gastos, tulad ng mga pagbisita sa tanggapan at pagsusuri. Maaari kang magbayad ng 20% ng halagang inaprubahan ng Medicare, depende sa paggamot na makukuha mo. Maaaring malalapat ang Bahagi B na deductible.

Tandaan: Kung ika'y nasa isang **Plano sa Medicare Advantage**, maaaring saklawin ng **Orihinal na Medicare** ang ilang mga gastos kasama ng iyong Plano sa Medicare Advantage. Kontakin ang tagapaglaan ng iyong plano para sa mga detalye tungkol sa polisa para sa mga klinikal na pananaliksik.

Mga serbisyo ng kognitibong pagtatasa at plano sa pangangalaga

Kapag binisita mo ang iyong tagapaglaan (kabilang ang iyong taunang pagbisita para sa “Kagalingan”), maaari silang magsagawa ng kognitibong pagtatasa upang maghanap ng mga senyales ng dementia, kabilang ang Alzheimer’s disease. Ang mga senyales ng kognitibong kapansanan ay kinabibilangan ng problema sa pag-alala, pag-aaral ng mga bagong bagay, pagtutuo ng isip, pamamahala sa mga pananalapi, o paggawa ng mga desisyon. Ang mga kondisyon gaya ng panlulumo, pagkabalisa, at deliryo ay maaari ring maging sanhi ng pagkalito, kung kaya mahalagang maunawaan kung bakit maaaring nagkakaroon ka ng mga sintomas.

Sinasaklaw ng Medicare ang isang hiwalay na pagbisita sa isang doktor o tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan upang gawin ang isang buong repaso ng iyong kognitibong paggana, magtatag o magkumpirma ng diyagnosis tulad ng dementia o Alzheimer’s disease, at bumuo ng isang plano sa pangangalaga. Maaari kang magsama ng isang tao, tulad ng isang asawa, kaibigan, o tagapag-alaga, upang tumulong na magbigay ng impormasyon at sagutin ang mga tanong.

Sa pagbisitang ito, ang doktor o tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ay maaaring:

- Magsagawa ng eksamen, makipag-usap sa iyo tungkol sa iyong medikal na kasaysayan, at repasuhin ang iyong mga gamot.
- Tukuyin ang iyong mga suportang panlipunan kabilang ang pangangalaga na maibibigay ng iyong karaniwang tagapag-alaga.
- Gumawa ng plano sa pangangalaga upang tumulong sa pagtugon at pamamahala sa iyong mga sintomas.
- Tulungan kang bumuo o baguhin ang iyong paunang plano sa pangangalaga. Pumunta sa mga pahinang 30–31.
- Ituro ka sa isang espesyalista, kung kinakailangan.
- Tulungan kang maunawaan ang higit pa tungkol sa mga mapagkukunan sa komunidad, tulad ng mga serbisyo sa rehabilitasyon, mga pang-araw na programang pangkalusugan para sa mga nasa hustong gulang, at mga grupo ng suporta.

Nalalapat ang **deductible** at **coinsurance** ng Bahagi B.

Bago!

Maaaring makakuha ng karagdagang suporta ang ilang taong may dementia at ang kanilang pamilya at mga hindi-binayarang tagapag-alaga sa pamamagitan ng programang eksperimental na Paggabay sa Pinabuting Karanasan sa Dementia na Modelo. Makipag-usap sa iyong tagapaglaan para sa karagdagang impormasyon at para malaman kung sila’y nakikilahok.



Serbisyong pang-apula

Mga iskrining sa colorectal na kanser

Sinasaklaw ng Medicare ang mga iskrining na ito upang makatulong na makahanap ng mga precancerous growth o makahanap ng kanser nang maaga, kung saan ang paggamot ay pinakaepektibo. Maaaring saklawin ng Medicare ang isa o higit pa sa mga ito na pagsusuring iskrining:

- **Labatiba na barium:** Sinasaklaw ng Medicare ang pagsusuring ito isang beses bawat 48 buwan kung ikaw ay edad 45 o higit pa (o bawat 24 na buwan kung ikaw ay lubhang nanganganib) kapag ginagamit ito ng iyong doktor sa halip na isang flexible na sigmoidoscopy o iskrining na colonoscopy. Magbabayad ka ng 20% ng **halagang inaprubahan ng Medicare** para sa mga serbisyo ng iyong mga doktor. Sa isang tagpo ng ospital para sa outpatient, babayaran mo rin ang ospital ng **copayment**. Hindi malalapat ang Bahagi B na deductible.

Bumisita sa [Medicare.gov/coverage/barium-enemas](https://www.medicare.gov/coverage/barium-enemas) para sa karagdagang impormasyon.

- **Iskrining sa mga Colonoscopy:** Sinasaklaw ng Medicare ang pagsusuring iskrining na ito sa isang beses bawat 120 buwan (o bawat 24 na buwan kung ikaw ay lubhang nanganganib) o 48 na buwan pagkatapos ng nakaraang flexible na sigmoidoscopy. Walang minimum na edad na kinakailangan. Kung sa una ay mayroon kang pagsusuring iskrining na non-invasive at stool-based (mga fecal occult blood test o multi-target stool DNA test) at nakatanggap ng positibong resulta, sinasaklaw din ng Medicare ang isang follow-up na colonoscopy bilang isang pagsusuring iskrining. Wala kang babayaran para sa (mga) pagsusuring iskrining kung ang iyong doktor o iba pang kwalipikadong tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ay tumatanggap ng **pagtatalaga**.

36 Seksyon 2: Alamin kung ano ang sinasaklaw ng Medicare

- **Flexible sigmoidoscopies:** Sinasaklaw ng Medicare ang pagsusuring ito sa isang beses bawa't 48 na buwan kung ikaw ay 45 o higit pa, o 120 buwan pagkatapos ng nakaraang iskrining sa colonoscopy kung hindi ka lubhang nanganganib. Wala kang babayaran para sa pagsusuri kung ang iyong doktor o iba pang kwalipikadong tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ay tumatanggap ng pagtatalaga.

Kung nakahanap at nag-alis ang iyong doktor ng polyp o iba pang tissue sa oras ng iyong colonoscopy o flexible sigmoidoscopy, magbabayad ka ng 15% ng **halagang inaprubahan ng Medicare** para sa mga serbisyo ng iyong mga doktor. Sa isang tagpo sa ospital para sa outpatient, babayaran mo rin ang ospital ng 15% **coinsurance**. Hindi malalapad ang Bahagi B na **deductible**.

- **Mga fecal occult blood test:** Sinasaklaw ng Medicare ang pagsusuring iskrining na ito sa isang beses bawa't 12 buwan kung ikaw ay edad 45 o higit pa. Wala kang babayaran para sa pagsusuri kung ang iyong doktor o iba pang kwalipikadong tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ay tumatanggap ng **pagtatalaga**.
- **Mga Pagsusuri sa Multi-target na stool DNA at biomarker na nakabatay sa dugo:** Sinasaklaw ng Medicare ang mga pagsusuring iskrining na ito sa isang beses bawa't 3 na taon kung matutugunan mo ang lahat ng kondisyong ito:
 - Ika'y nasa pagitan ng edad 45-85.
 - Hindi ka nagpapakita ng mga sintomas ng colorectal na sakit kabilang ang, ngunit hindi limitado sa, lower gastrointestinal na pananakit, dugo sa stool, positibong guaiac fecal occult blood test o fecal immunochemical test.
 - Ika'y nasa katamtamang peligro na bubuo ng colorectal na kanser, o sa ibig sabihin:
 - Wala kang personal na kasaysayan ng mga adenomatous polyp, colorectal na kanser, o inflammatory bowel disease, kabilang ang Crohn's Disease at ulcerative colitis.
 - Wala kang kasaysayan sa pamilya ng colorectal na kanser o mga adenomatous polyp, familial adenomatous polyposis, o hereditary nonpolyposis colorectal na kanser.

Ang mga multi-target na pagsusuri sa DNA ng stool ay mga pagsusuring laboratoryo sa bahay. Ang mga pagsusuri sa biomarker na nakabatay sa dugo ay isinasagawa sa isang laboratoryo. Wala kang babayaran para sa mga pagsusuring ito kung ang iyong doktor o iba pang kwalipikadong tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ay tumatanggap ng pagtatalaga.

Mga kagamitan at aksesorya sa Continuous Positive Airway Pressure (CPAP)

Maaaring saklawin ng Medicare ang isang 3-buwang pagsubok ng mga CPAP na kagamitan at mga aksesorya kung natuklasan na mayroon kang obstructive sleep apnea. Pagkatapos ng panahon ng pagsubok, maaaring patuloy na saklawin ng Medicare ang mga CPAP na kagamitan at mga aksesorya kung personal kang makikipagkita sa iyong doktor, at idodokumento ng iyong doktor sa iyong medikal na rekord na natutugunan mo ang ilang partikular na kondisyon at tinutulungan ka ng CPAP.

Magbabayad ka ng 20% ng halagang inaprubahan ng Medicare para sa pagrenta ng makina at pagbili ng mga nauugnay na suplay (tulad ng mga maskara at pang-tubing). Nalalapad ang Bahagi B na deductible. Binabayaran ng Medicare ang suplayer para arkilahin ang makina sa loob ng 13 buwan kung ginagamit mo ito nang walang pagkaantala. Pagkatapos mong rentahan ang makina sa loob ng 13 buwan, pagmamay-ari mo na ito.

Tandaan: Maaaring saklawin ng Medicare ang pagrenta o kapalit na CPAP machine at/o CPAP na mga aksesorya kung mayroon kang CPAP machine bago ka kumuha ng Medicare, at natutugunan mo ang ilang partikular na rekisito.



Serbisyong pang-apula

Pagpapayo upang maiwasan ang paninigarilyo & sakit na dulot ng tabako

Sinasaklawan ng Medicare ang hanggang 8 harap-harapan na pagbisita sa 12-buwang panahon kung naninigarilyo ka. Wala kang babayaran para sa mga sesyon ng pagpapayo kung ang iyong doktor o iba pang kwalipikadong tagapaglaan ng kalusugan ay tumatanggap ng [pagtatalaga](#).

COVID-19 (Coronavirus disease 2019)

Maraming taong may Medicare ang nasa mas mataas na panganib para sa malubhang sakit na COVID-19, kung kaya mahalagang gawin ang mga kinakailangang hakbang upang mapanatiling ligtas ang iyong sarili at ang iba.

Sinasaklaw ng Medicare ang maraming pagsusuri, mga bagay, at mga serbisyong nauugnay sa COVID-19. Makipag-usap sa iyong doktor o tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan upang malaman kung alin ang tama para sa iyo.



Serbisyong pang-apula

Mga Bakuna sa COVID-19:

- Ang mga bakunang inaprubahan ng FDA at pinapahintulutan ng FDA ay nakakatulong na bawasan ang panganib ng sakit mula sa COVID-19 sa pamamagitan ng paggana sa mga natural na depensa ng katawan upang ligtas na bumuo ng inmunidad (proteksyon) laban sa virus.
- Wala kang babayaran para sa bakuna sa COVID-19 kung ang iyong doktor o iba pang kwalipikadong tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ay tumatanggap ng pagtatalaga para sa pagbibigay sa iyo ng bakuna.
- Siguruhing dalhin ang iyong pula, puti, at asul na kard sa Medicare, para masingil ang Medicare ng iyong tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan. Kung ikaw ay nasa isang [Plano sa Medicare Advantage](#), dapat mong gamitin ang kard mula sa iyong plano upang makuha ang iyong mga serbisyong saklaw ng Medicare. Wala kang babayaran kapag nakuha mo ang bakuna mula sa isang tagapaglaan na nasa network. Kumpirmahin sa tagapaglaan ng iyong plano para sa karagdagang impormasyon.

Mga diyagnostikong pagsusuri sa laboratoryo:

- Tinitingnan ng mga pagsusuring ito kung mayroon kang COVID-19.
- Wala kang babayaran kapag iniutos ng isang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ang pagsusuri na ito at nakukuha mo ito mula sa isang laboratoryo, botika, doktor, o ospital na tumatanggap ng Medicare.
- Kung ikaw ay mayroong Plano sa Medicare Advantage, kumpirmahin sa tagapaglaan ng iyong plano upang malaman kung mayroon kang anumang mga mula-sa-bulsang gastos.

Mga paggamot at produkto ng monoclonal antibody:

- Ang mga pinapahintulutan o naaprubahan ng FDA na mga paggamot na ito ay maaaring makatulong na labanan ang sakit at maiwasan mong ma-ospital. Dapat kang masuri na positibo para sa COVID-19, may banayad hanggang katamtamang mga sintomas, at nasa mataas na panganib na humantong sa malubhang COVID-19, at/o nangangailangan na ma-ospital.
- Sasaklawin ng [Orihinal na Medicare](#) ang mga monoclonal antibody na paggamot kung mayroon kang mga sintomas ng COVID-19.
- Wala kang babayaran para sa mga paggamot na ito kapag nakuha mo ang mga ito mula sa isang tagapaglaan o suplayer ng Medicare. Kailangan mong matugunan ang ilang mga kondisyon para maging kwalipikado. Kung ikaw ay nasa isang Plano sa Medicare Advantage, kumpirmahin sa tagapaglaan ng iyong plano ang tungkol sa iyong polisa at mga gastos.

Tandaan: Maaaring maprotektahan ka ng ilang partikular na produkto ng monoclonal antibody na pinapahintulutan o inaprubahan ng FDA bago ka malantad sa COVID-19. Kung mayroon kang Bahagi B at nagpasiya ang iyong doktor na maaaring gumana ang ganitong uri ng produkto para sa iyo (tulad ng kung mahina ang immune system mo), wala kang babayaran para sa produkto kapag nakuha mo ito mula sa isang tagapaglaan o suplayer ng Medicare.

Humingi ng karagdagang impormasyon

- Dagdagan ang nalalaman tungkol sa mga saklaw na serbisyong ito sa [Medicare.gov/medicare-coronavirus](https://www.medicare.gov/medicare-coronavirus).
- Para sa dagdag na kaalaman sa COVID-19, bumisita sa [CDC.gov/coronavirus](https://www.CDC.gov/coronavirus).

Mga defibrillator

Maaaring saklaw ng Medicare ang isang implantable cardioverter defibrillator kung ikaw ay natuklasan na may panghihina sa puso. Kung ang operasyon ay magaganap sa isang outpatient na tagpo, magbabayad ka ng 20% ng **halagang inaprubahan ng Medicare** para sa mga serbisyo ng iyong mga doktor. Magbabayad ka rin ng **copayment**. Sa karamihan ng kaso, ang copayment ay hindi maaaring mas malaki sa Bahagi A na **deductible** sa pananatili sa ospital. Nalalapat ang deductible ng Bahagi B. Sinasaklaw ng Bahagi A ang mga operasyon upang magtanim ng mga defibrillator sa isang tagpo sa ospital para sa pasyente. Pumunta sa inpatient na pangangalaga sa ospital sa mga pahinang 27-28.



Serbisyong pang-apula Iskrining ng panlulumo

Sinasaklaw ng Medicare ang isang iskrining sa panlulumo bawa't taon. Ang iskrining ay dapat gawin sa isang tagpo ng pangunahing pangangalaga (tulad ng tanggapan ng doktor) na makakapagbigay ng follow-up na paggamot at/o mga **referral**. Wala kang babayaran parda sa pagsusuring ito kung tatanggapin ng iyong doktor ang **pagtatalaga**.

Kung ikaw o isang taong kilala mo ay nahihirapan o nasa krisis at gustong makipag-usap sa isang sinanay na tagapayo sa oras ng krisis, **tumawag o mag-text sa 988**, ang libre at kumpidensyal na Suicide & Crisis Lifeline. Maaari ka ring kumonekta sa isang tagapayo sa pamamagitan ng web chat [988lifeline.org](https://www.988lifeline.org).

Mga kagamitan, mga suplay, at mga panterapyutika na sapatos ng may diyabetis

Sinasaklaw ng Medicare ang mga metro at tuluy-tuloy na monitor ng glucose na ginagamit upang tantyahin ang iyong glucose sa dugo (antas ng asukal sa dugo) at mga nauugnay na suplay, kabilang ang mga test strip, lancet, pang-hawak ng lancet, sensor, at mga solusyon sa kontrol. Sinasaklaw din ng Medicare ang tubing, insertion set, at insulin para sa mga pasyenteng gumagamit ng insulin pump, at mga sensor, transmitter, at receiver para sa mga pasyenteng gumagamit ng tuluy-tuloy na mga glucose monitor. Bilang karagdagan, sinasaklaw ng Medicare ang isang pares ng sobrang lalim o custom na sapatos at pagsingit bawa't taon para sa mga taong may partikular na problema sa paa na nauugnay sa diyabetis.

Magbabayad ka ng 20% ng halagang inaprubahan ng Medicare kung tatanggapin ng iyong suplayer ang pagtatalaga. Nalalapat ang Bahagi B na deductible.

Mahalaga! Ang polisa ng gamot ng Medicare (Bahagi D) ay maaaring saklawin ang insulin na ikaw mismo ang nag-iniksyon, ilang mga medikal na suplay na ginagamit sa pag-iniksyon ng insulin (tulad ng mga syringe), mga disposable pump, at ilang oral na gamot sa diyabetis. Kumpirmahin sa tagapaglaan ng iyong plano para sa karagdagang impormasyon. Ang halaga ng isang-buwang suplay ng bawa't saklaw na produkto ng insulin ay nililimitahan sa \$35. Pumunta sa pahina 88. Ang mga katulad na limitasyon sa mga gastos ay nalalapat para sa tradisyonal na insulin na ginagamit sa Bahagi B na saklaw na insulin pump.



Serbisyong pang-apula Mga iskrining sa diyabetis

Sinasaklaw ng Medicare ang hanggang 2 pagsusuring iskrining sa laboratoryo (may pag-aayuno o hindi pag-aayuno) ng glucose sa dugo (asukal sa dugo) bawa't taon kung matukoy ng iyong doktor na nanganganib kang magkaroon ng diyabetis. Wala kang babayaran para sa pagsusuri kung ang iyong doktor o iba pang kwalipikadong tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ay tumatanggap ng pagtatalaga.



Serbisyong pang-apula

Pagsasanay sa pamamahala sa sarili ng diyabetis

Sinasaklaw ng Medicare ang pagsasanay sa sariling pamamahala ng outpatient para sa diyabetis para turuan kang makayanan at pamahalaan ang iyong diyabetis. Maaaring kasama sa programa ang mga payo para sa malusog na pagkain, pagiging aktibo, pagsubaybay sa glucose sa dugo (asukal sa dugo), pag-inom ng mga inireresetang gamot, at pagbabawas ng mga panganib. Tiyak na ikaw ay binigyan ng diyagnosis na may diyabetis ka at may nakasulat na utos mula sa iyong doktor o iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan. Ang ilang mga pasyente ay maaari ding maging kwalipikado para sa mga serbisyo ng pang-medikal na terapiya sa wastong pagkain (pahina 45). Ikaw ay magbabayad ng 20% ng halaga na inaprubahan ng Medicare. Nalalapat ang deductible ng Bahagi B.

Tandaan: Maaari kang makakuha ng pagsasanay sa sariling pamamahala ng diyabetis mula sa doktor o ibang tagapaglaan ng pangangalaga sa kalusugan na nasa ibang lugar gamit ang audio at video communication technology, tulad ng iyong telepono o isang kompyuter. Bumisita sa adces.org/program-finder to upang makahanap ng mga sertipikadong programa na malapit sa iyo.

Mga serbisyo ng doktor at iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan

Sinasaklaw ng Medicare ang mga serbisyong **medikal na kinakailangan** ng doktor (kabilang ang mga serbisyo para sa outpatient at ilang serbisyo ng doktor sa ospital para sa inpatient) at karamihan sa mga **serbisyong pang-apula**. Sinasaklaw din ng Medicare ang mga serbisyong nakukuha mo mula sa iba pang mga tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan, tulad ng mga katuwang ng doktor, mga nars na practitioner, mga espesyalista na klinikal na nars, mga klinikal na social worker, mga pangkatawan na terapistang, mga occupational na terapistang, mga pathologist sa pagsasalita at wika, at mga klinikal na psychologist. Maliban sa ilang partikular na serbisyong pang-apula (na maaaring wala kang babayaran kung tatanggapin ng iyong doktor o iba pang tagapaglaan ang **pagtatalaga**), magbabayad ka ng 20% ng halagang inaprubahan ng Medicare para sa karamihan ng mga serbisyo. Nalalapat ang Bahagi B na deductible.

Mahalaga! Kung hindi ka pa nakakatanggap ng mga serbisyo mula sa iyong doktor o grupong pagsasanay sa nakalipas na 3 taon, maaari ka nilang ituring na isang bagong pasyente. Kumpirmahin sa doktor o grupong pagsasanay para malaman kung tumatanggap sila ng mga bagong pasyente.

Mga Gamot

Sinasaklaw ng Bahagi B ang limitadong bilang ng mga iniresetang gamot para sa outpatient, tulad ng:

- Karamihan sa mga injectable at infused na gamot kapag binibigyan sila ng lisensyadong medikal na tagapaglaan
- Ilang oral na laban-sa-kanser na gamot
- Mga gamot na ginagamit kasama ng ilang uri ng matibay na kagamitang pang-medikal (tulad ng nebulizer o external infusion pump)
- Intravenous Immune Globulin para gamitin sa bahay
- Ilang mga gamot na nakukuha mo sa isang tagpo sa ospital para sa outpatient (sa ilalim ng napakalimitadong mga pangyayari)
- Karamihan sa mga gamot sa renal na dayalisis at biological na produkto (pahina 44)

Tandaan: Maliban sa mga halimbawa sa itaas, magbabayad ka ng 100% para sa karamihan ng mga gamot, maliban kung mayroon kang polisa ng gamot sa Medicare (Bahagi D) o iba pang polisa ng gamot. Pumunta sa mga pahinang 79-90 para makakuha ng karagdagang impormasyon tungkol sa polisa ng gamot sa Medicare.

40 Seksyon 2: Alamin kung ano ang sinasaklaw ng Medicare

Para sa ilang gamot na ginagamit kasama ng external infusion pump, at para sa Intravenous Immune Globulin para sa paggamit sa tahanan, maaari ring saklawin ng Medicare ang mga serbisyo (tulad ng mga pagbisita ng nars) sa ilalim ng benepisyo ng home infusion therapy at benepisyo ng Intravenous Immune Globulin (pahina 44). Sinasaklaw din ng Bahagi B ang ilang mga injectable o implantable na gamot para gamutin ang substance use disorder kapag pinangangasiwaan sila ng tagapaglaan sa tanggapan ng doktor o sa isang tagpo ng ospital para sa outpatient. Magbabayad ka ng 20% ng **halagang inaprubahan ng Medicare** para sa mga gamot na ito. Nalalapat ang Bahagi B na **deductible**. Hindi mo kailangang magbayad ng anumang mga **copayment** para sa mga serbisyong ito kung makuha mo ang mga ito mula sa isang Medicare-enrolled na Opioid Treatment Program (pahina 47).

Dapat tanggapin ng mga doktor at botika ang **pagtatalaga** para sa mga gamot na saklaw ng Bahagi B, kaya hindi ka dapat pakiusapan na magbayad ng higit pa sa **coinsurance** o copayment para sa Bahagi B na gamot mismo.

Mahalaga! Maaaring magbago ang iyong coinsurance depende sa presyo ng iyong iniresetang gamot. Maaari kang magbayad ng mas mababang coinsurance para sa ilang partikular na gamot at biologicals na saklaw ng Bahagi B kapag nakuha mo ang mga ito sa tanggapan ng doktor o botika, o sa isang tagpo ng ospital para sa outpatient, kung tumaas ang mga presyo ng mga ito nang mas mataas kaysa sa rate ng inflation. Ang mga partikular na gamot at potensyal na matitipid na pera ay nagbabago bawa't sangkapat.

Kung ang mga gamot na saklaw ng Bahagi B na nakukuha mo sa isang tagpo sa ospital para sa outpatient ay bahagi ng iyong mga serbisyo bilang outpatient, magbabayad ka ng copayment para sa mga serbisyo. Hindi saklaw ng Bahagi B ang “mga gamot na pinaiinom sa sarili” sa isang tagpo ng ospital para sa outpatient. Ang “mga gamot na pinaiinom sa sarili” ay mga gamot na karaniwan mong iniinom nang mag-isa.

Ang binabayaran mo para sa mga gamot na pinaiinom sa sarili sa isang tagpo ng ospital para sa outpatient ay depende sa kung mayroon kang polisa ng gamot sa Medicare (Bahagi D) o iba pang polisa ng gamot, at kung ang botika ng ospital ay nasa network ng iyong plano sa gamot. Kung mayroon kang ibang polisa ng gamot, maaaring saklawin ng iyong plano sa gamot ang mga gamot na maaaring hindi saklaw ng Bahagi B. Kontakin ang tagapaglaan sa iyong plano ng gamot para malaman kung ano ang babayaran mo kapag hindi saklaw ng Bahagi B ang mga gamot na nakukuha mo sa isang tagpo ng ospital para sa outpatient.

Matitibay na kagamitang pang-medikal (Durable medical equipment, DME)

Sinasaklaw ng Medicare ang mga bagay na **medikal na kinakailangan** tulad ng oksiheno at kagamitang oksiheno, mga walker, at mga kama sa ospital kapag iniutos ng isang doktor na nakapagpatala sa Medicare o iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan para gamitin sa tahanan. Dapat kang magrenta ng karamihan sa mga bagay, ngunit maaari mo ring bilhin ang mga ito. Nagiging ari-arian mo ang ilang bagay pagkatapos mong gumawa ng ilang bayad sa pag-upa. Magbabayad ka ng 20% ng halagang inaprubahan ng Medicare. Nalalapat ang Bahagi B na deductible.

Siguraduhin na ang iyong mga doktor at mga suplayer ng DME ay nakatala sa Medicare. Mahalagang tanungin ang iyong mga suplayer kung nakikilahok sila sa Medicare bago ka kumuha ng DME. Kung ang mga suplayer ay kalahok na mga suplayer, dapat silang tumanggap ng pagtatalaga (na ang ibig sabihin ay maaari lamang nilang singilin sa iyo ang coinsurance at Bahagi B na mababawas para sa halagang inaprubahan ng Medicare). Kung ang mga suplayer ng DME ay hindi nakikilahok at hindi tumatanggap ng pagtatalaga, maaaring kailanganin mong bayaran ang buong halaga ng DME.

Mga iskrining sa Electrocardiogram (EKG o ECG).

Sinasaklaw ng Medicare ang isang nakagawiang iskrining sa EKG/ECG kung kukuha ka ng [referral](#) mula sa iyong doktor o iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan sa panahon ng iyong minsanang pagbisita sa “Welcome to Medicare” (pahina 54). Pagkatapos mong matugunan ang [deductible](#) sa Bahagi B, magbabayad ka ng 20% ng [halagang inaprubahan ng Medicare](#). Sinasaklaw din ng Medicare ang mga EKG o ECG bilang mga diyagnostikong test (pahina 52). Magbabayad ka rin ng [copayment](#) kung mayroon kang pagsusuri sa isang ospital o isang klinikang pag-aari ng ospital.

Mga Serbisyo ng departamento ng emerhensiya

Sinasaklaw ng Medicare ang mga serbisyong ito kapag mayroon kang pinsala, biglaang pagkakasakit, o sakit na mabilis na lumalala. Magbabayad ka ng copayment para sa bawa’t pagbisita sa emergency department at 20% ng halagang inaprubahan ng Medicare para sa mga serbisyo ng mga doktor. Nalalapat ang Bahagi B na deductible. Kung ipinasok ka ng iyong doktor sa parehong ospital bilang isang inpatient, maaaring iba ang iyong mga gastos.

Mga Pang-elektronikong bisita

Sinasaklaw ng Medicare ang mga pang-elektronikong bisita upang payagan kang makipag-usap sa iyong tagapaglaan gamit ang isang online na portal ng pasyente nang hindi pumupunta sa opisina ng tagapaglaan. Kabilang sa mga tagapaglaan na maaaring magbigay ng mga serbisyong ito ang mga doktor, nurse practitioner, clinical nurse specialist, physician assistant, physical therapist, occupational therapist, speech-language pathologist, at kapag sila ay para sa pangangalaga sa kalusugan ng isip, lisensyadong clinical social worker, clinical psychologist, kasal at pamilya mga therapist, at mga tagapayo sa kalusugan ng isip.

Para makakuha ng elektronikong bisita, dapat kang humiling ng isa sa iyong doktor o iba pang tagapaglaan. Magbabayad ka ng 20% ng halagang inaprubahan ng Medicare para sa mga serbisyo ng iyong doktor o iba pang tagapaglaan. Nalalapat ang Bahagi B na deductible.

Salamin sa mata

Sinasaklaw ng Medicare ang isang pares ng salamin sa mata na may mga karaniwang frame (o isang hanay ng mga contact lens) pagkatapos ng bawa’t operasyon sa katarata na nagtatanim ng intraocular lens. Babayaran lang ng Medicare ang mga contact lens o salamin sa mata mula sa isang suplayer na naka-enroll sa Medicare, ikaw man o ang iyong tagapaglaan ay nagsumite ng claim. Pagkatapos mong matugunan ang deductible sa Bahagi B, magbabayad ka ng 20% ng halagang inaprubahan ng Medicare para sa mga corrective lens pagkatapos ng operasyon ng katarata na may intraocular lens.

Mga serbisyo sa Pederal na Kwalipikadong Sentro ng Kalusugan

Ang mga Pederal na Kwalipikadong Sentro ay nagbibigay ng maraming outpatient na pangunahing pangangalaga at mga serbisyong pang-pula sa kalusugan. Walang mababawas, at karaniwan mong binabayaran ang 20% ng mga singil o ang halagang inaprubahan ng Medicare. Wala kang babayaran para sa karamihan ng [mga serbisyong pang-apula](#). Ang mga Pederal na Kwalipikadong Sentro ng Kalusugan ay maaaring mag-alok ng mga diskwento kung ang iyong kita ay limitado. Bumisita sa findahealthcenter.hrsa.gov para makahanap ng sentro ng kalusugan na malapit sa iyo.



Serbisyong pang-apula

Mga bakuna sa trangkaso

Sinasaklaw ng Medicare ang pana-panahong iniksiyon laban sa trangkaso (o bakuna). Wala kang babayaran para sa iniksiyon laban sa trangkaso kung ang iyong doktor o iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ay tumatanggap ng [pagtatalaga](#) para sa pagbibigay sa iyo ng bakuna.

Pangangalaga sa Paa

Sinasaklaw ng Medicare ang taunang eksamen sa paa o paggamot kung mayroon kang pinsala sa lower leg nerve na nauugnay sa diyabetis na maaaring magpapataas ng panganib ng pagkawala ng paa, o kung kailangan mo ng **medikal na kinakailangang** paggamot para sa mga pinsala sa paa o mga sakit, tulad ng hammer toe, bunion deformities, at heel spurs. Magbabayad ka ng 20% ng **halagang inaprubahan ng Medicare** for para sa medikal na kinakailangang paggamot na inaprubahan ng iyong doktor. Nalalapat ang Bahagi B na deductible. Magbabayad ka rin ng copayment para sa medikal na kinakailangang paggamot sa isang tagpo sa ospital para sa outpatient.



Serbisyong pang-apula

Mga iskrining sa glaucoma

Sinasaklaw ng Medicare ang iskrining na ito sa isang beses bawat 12 buwan kung ika'y nasa mataas na panganib para sa glaucoma na sakit sa mata. Ika'y nasa mataas na panganib kung ikaw ay may diyabetis, isang kasaysayan ng pamilya ng glaucoma, ay African American at edad 50 o higit pa, o Hispanic at edad 65 o mas matanda. Ang isang doktor sa mata na legal na pinapayagang gumawa ng mga iskrining sa glaucoma sa iyong estado ay dapat gumawa o mangasiwa sa iskrining. Ikaw ay magbabayad ng 20% ng halaga na inaprubahan ng Medicare. Nalalapat ang Bahagi B na **deductible**. Magbabayad ka rin ng **copayment** sa isang tagpo sa ospital para sa outpatient.

Mga eksamen sa pandinig at balanse

Sinasaklaw ng Medicare ang mga diyagnostiko na eksamen na ito kung uutusan sila ng iyong doktor o tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan upang makita kung kailangan mo ng medikal na paggamot.

Maaari kang bumisita sa isang audiologist isang beses bawat 12 buwan nang walang utos mula sa isang doktor o iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan, ngunit para lamang sa mga hindi matinding kondisyon sa pandinig (tulad ng pagkawala ng pandinig na nangyayari sa loob ng maraming taon) at para sa mga serbisyong diyagnostiko na nauugnay sa pagkawala ng pandinig na ginagamot sa surgically implanted hearing device.

Ikaw ay magbabayad ng 20% ng halaga na inaprubahan ng Medicare. Nalalapat ang Bahagi B na deductible. Magbabayad ka rin ng copayment sa isang tagpo sa ospital para sa outpatient.

Tandaan: Hindi saklaw ng Medicare ang mga pantulong sa pandinig or eksamen sa pagsusuot ng mga pantulong sa pandinig.



Serbisyong pang-apula

Mga Iniksiyon sa Hepatitis B

Sinasaklaw ng Medicare ang mga iniksiyon na ito (o mga bakuna) kung ikaw ay nasa katamtaman o mataas na panganib para sa Hepatitis B Virus. Ang ilang kadahilanan sa panganib ay kinabibilangan ng hemophilia, End-Stage Renal Disease (ESRD), diyabetis, pamumuhay kasama ng isang taong may Hepatitis B, o pagtatrabaho bilang isang pangangalagang pangkalusugan worker na madalas kumontak sa dugo o mga likido sa katawan. Magtanong sa iyong doktor upang malaman kung ikaw ay nasa katamtaman o mataas na panganib para sa Hepatitis B. Wala kang babayaran para sa iniksiyon kung ang iyong doktor o iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ay tumatanggap ng **pagtatalaga** para sa pagbibigay sa iyo ng mga iniksiyon.



Serbisyong pang-apula

Mga Iskrining ng Impeksyon sa Hepatitis B Virus

Sinasaklaw ng Medicare ang mga pagsusuri sa impeksyon sa Hepatitis B Virus kung iuutos ito ng iyong doktor. Sinasaklaw din ng Medicare ang mga pagsusuri sa pagsusuri:

- Taun-taon, kung ikaw ay nasa patuloy na mataas na panganib at hindi kukuha ng bakunang Hepatitis B.

- Kung ika'y buntis:
 - Sa unang pagbisita sa prenatal para sa bawa't pagbubuntis
 - Sa oras ng paghahatid para sa mga may bago o patuloy na mga kadahilanan ng panganib
 - Sa unang pagbisita sa prenatal para sa mga pagbubuntis sa hinaharap, kahit na dati kang nakuhanan ng Hepatitis B na iniksiyon o nagkaroon ng mga negatibong resulta ng iskrining ng Hepatitis B

Wala kang babayaran para sa pagsusuri sa pagsusuri kung ang doktor o tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ay tumatanggap ng **pagtatalaga**.



Serbisyong pang-apula

Mga Iskrining ng Impeksyon sa Hepatitis C Virus

Sinasaklaw ng Medicare ang isang pagsusuri sa Hepatitis C kung natutugunan mo ang isa sa mga kundisyong ito:

- Ikaw ay nasa mataas na panganib dahil gumagamit ka o gumamit ng mga ipinagbabawal na gamot na iniksiyon.
- Nagkaroon ka ng pagsasalin ng dugo bago ang 1992.
- Isinilang ka sa pagitan ng 1945–1965.

Sinasaklaw din ng Medicare ang taunang paulit-ulit na pagsusuri sa pagsusuri kung ikaw ay nasa mataas na panganib.

Sasakupin lamang ng Medicare ang isang pagsusuri sa Hepatitis C kung mag-utos ang iyong tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan. Wala kang babayaran para sa pagsusuri sa pagsusuri kung ang iyong **pangunahing doktor sa pangangalaga** o iba pang kwalipikadong tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ay tumatanggap ng pagtatalaga.



Serbisyong pang-apula

Mga Iskrining sa HIV (Human Immunodeficiency Virus).

Sinasaklaw ng Medicare ang mga pagsusuri sa HIV isang beses bawa't taon kung ikaw ay:

- Sa pagitan ng 15–65.
- Mas bata sa 15 o mas matanda sa edad 65, at nasa mas mataas na panganib.

Sinasaklaw din ng Medicare ang pagsusuring ito ng hanggang 3 beses sa panahon ng pagbubuntis.

Wala kang babayaran para sa iyong taunang iskrining sa panlulumo kung tumatanggap ang iyong doktor o tagapaglaan ng pangangalaga ng kalusugan ng tungkulin.

Mga Serbisyo sa pantahanang kalusugan

Sinasaklaw ng Medicare ang mga serbisyong pangkalusugan sa tahanan sa ilalim ng Bahagi A at/o Bahagi B. Sinasaklaw ng Medicare ang **medikal na kinakailangan** na part-time o pasulput-sulpot na pangangalaga na skilled nursing, terapiyang pangkatawan, mga serbisyo ng patolohiya sa pagsasalita at wika, o patuloy na mga serbisyo sa occupational na terapiya. Maaaring kabilang din sa mga serbisyong pangkalusugan sa tahanan ang mga serbisyong panlipunang medikal, Bahagi-time o pasulput-sulpot na mga serbisyo sa home health aide, matibay na kagamitang medikal, at mga suplay na medikal para sa paggamit sa bahay. Ang ibig sabihin ng “Part-time o pasulput-sulpot” ay maaari kang makakuha ng bihasang nursing care at mga serbisyo sa home health aide kung ang mga ito'y binibigyan ng mas mababa sa 8 oras bawa't araw o mas mababa sa 28 oras bawa't linggo (o hanggang 35 oras sa isang linggo sa ilang limitadong mga sitwasyon). Ang isang doktor o iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan (tulad ng isang nars na practitioner) ay dapat na tasahin ka nang harapan bago patunayan na kailangan mo ng mga serbisyo sa kalusugan sa tahanan. Ang isang doktor o iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ay dapat mag-order sa iyong pangangalaga, at dapat itong ibigay ng isang ahensyang pangkalusugan sa tahanan na sertipikado ng Medicare.

44 Seksyon 2: Alamin kung ano ang sinasaklaw ng Medicare

Sinasaklaw ng Medicare ang mga serbisyong pangkalusugan sa tahanan hangga't kailangan mo ng Bahagi-time o pasulput-sulpot na mga serbisyong may kasanayan at hangga't ikaw ay “nakauwi,” na nangangahulugang:

- Nahihirapan kang umalis sa iyong tahanan nang walang tulong (tulad ng paggamit ng tungkod, silyang de-gulong, walker, o saklay; espesyal na transportasyon; o tulong mula sa ibang tao) dahil sa isang sakit o pinsala.
- Ang pag-alis sa iyong tahanan ay hindi inirerekomenda dahil sa iyong kalagayan.
- Karaniwang hindi ka makakaalis sa iyong tahanan dahil ito ay isang malaking pagsisikap.

Wala kang babayaran para sa mga saklaw na serbisyong pangkalusugan sa tahanan. Gayunpaman, para sa matibay na kagamitang medikal na saklaw ng Medicare, magbabayad ka ng 20% ng **halagang inaprubahan ng Medicare**. Nalalapat ang Bahagi B na **deductible**.

Mga serbisyong terapiya na home infusion, kagamitan at mga suplay

Sinasaklaw ng Medicare ang mga kagamitan at suplay (tulad ng mga pump, IV pole, tubing, at catheter) para sa home infusion therapy upang magbigay ng ilang IV infusion na gamot, tulad ng Intravenous Immune Globulin, sa bahay. Sinasaklaw ng Medicare ang ilang partikular na kagamitan at suplay (tulad ng infusion pump) at ang infusion na gamot sa ilalim ng matibay na kagamitang medikal (pahina 40). Sinasaklaw din ng Medicare ang mga serbisyo (tulad ng mga pagbisita sa nursing), pagsasanay para sa mga tagapag-alaga, at pagsubaybay sa pasyente. Magbabayad ka ng 20% ng halagang inaprubahan ng Medicare para sa mga serbisyong ito at para sa mga kagamitan at suplay na ginagamit mo sa iyong tahanan.

Mga serbisyo at suplay ng dayalasis ng bato (renal).

Sa pangkalahatan, sinasaklaw ng Medicare ang 3 paggamot sa dayalasis (o katumbas na tuluy-tuloy na ambulatory peritoneal dayalasis) bawa't linggo kung mayroon kang End-Stage Renal Disease (ESRD). Kabilang dito ang mga gamot sa dayalasis sa bato at biyolohikal na produkto, mga pagsusuri sa laboratoryo, pagsasanay sa home dialysis, mga serbisyo ng suporta, kagamitan, at mga suplay. Ang pasilidad ng dayalasis ay may pananagutan para sa koordinasyon ng iyong mga serbisyo sa dayalasis (sa bahay o sa isang pasilidad). Ikaw ay magbabayad ng 20% ng halaga na inaprubahan ng Medicare. Nalalapat ang deductible sa Bahagi B.

Edukasyon tungkol sa sakit sa bato

Sinasaklaw ng Medicare ang hanggang 6 na sesyon ng mga serbisyo sa edukasyon sa sakit sa bato kung mayroon kang Stage 4 na talamak na sakit sa bato na karaniwang mangangailangan ng dayalasis o isang kidney transplant, at ituturo ka ng iyong doktor o iba pang kwalipikadong tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan para sa serbisyo. Magbabayad ka ng 20% ng halagang inaprubahan ng Medicare bawa't session kung makukuha mo ang serbisyo mula sa isang doktor o tagapaglaan. Nalalapat ang deductible sa Bahagi B.

Mga Pagsusuri sa laboratoryo

Sinasaklaw ng Medicare ang **medikal na kinakailangan** na klinikal at diyagnostikong mga pagsusuri sa laboratoryo kapag iniutos ng iyong doktor o tagapaglaan ang mga ito. Maaaring kabilang sa mga pagsusuring ito ang ilang partikular na pagsusuri sa dugo, urinalysis, ilang partikular na pagsusuri sa mga specimen ng tissue, at ilang pagsusuri sa iskrining. Sa pangkalahatan, wala kang babayaran para sa mga pagsusulit na ito.



Serbisyong pang-apula

Mga Iskrining sa kanser sa бага

Sinasaklaw ng Medicare ang mga pagsusuri sa pagsusuri sa kanser sa бага na may mababang dosis na computed tomography isang beses bawa't taon kung matutugunan mo ang mga kundisyong ito:

- Ika'y nasa pagitan ng 50-77.
- Wala kang mga palatandaan o sintomas ng kanser sa бага (ikaw ay asymptomatic).
- Ikaw ay kasalukuyang naninigarilyo o huminto ka sa paninigarilyo sa loob ng nakaraang 15 taon.
- Mayroon kang kasaysayan ng paninigarilyo ng tabako na hindi bababa sa 20 “pack years” (may average ng isang pakete—20 sigarilyo—bawa't araw sa loob ng 20 taon).
- Makakakuha ka ng utos mula sa iyong doktor.

Wala kang babayaran para sa pagsusuring ito kung tatanggapin ng iyong doktor ang **pagtatalaga**.

Bago ang una mong iskrining sa kanser sa бага, kailangan mong mag-schedule ng appointment sa doktor mo para talakayin ang mga benepisyo at peligro ng iskrining sa kanser sa бага.

Mga bagay sa lymphedema compression na paggamot

Kung ika'y na-diagnose na may lymphedema, maaaring takpan ng Medicare ang iyong mga iniresetang gradient compression na kasuotan (standard at custom fitted). Ikaw ay magbabayad ng 20% ng **halaga na inaprubahan ng Medicare**. Nalalapat ang **deductible** ng Bahagi B.



Serbisyong pang-apula

Mga Mammogram

Sinasaklaw ng Medicare ang isang pagsusuri sa mammogram upang repasuhin ang kanser sa suso isang beses bawa't 12 buwan kung ikaw ay isang babaeng 40 o mas matanda. Sinasaklaw ng Medicare ang isang baseline mammogram kung ikaw ay isang babae sa pagitan ng 35-39. Wala kang babayaran para sa pagsusuri kung ang doktor o iba pang kwalipikadong tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ay tumatanggap ng pagtatalaga.

Sinasaklaw din ng Bahagi B ang mga diyagnostikong mammogram nang mas madalas kaysa isang beses sa isang taon kapag **medikal na kinakailangan**. Magbabayad ka ng 20% ng halagang inaprubahan ng Medicare para sa mga diyagnostikong mammogram. Nalalapat ang Bahagi B na deductible.

Tandaan: Sinasaklaw ng Medicare ang medikal na kinakailangan na mga ultrasound sa suso kapag iniutos ng iyong doktor o tagapaglaan ang mga ito.



Serbisyong pang-apula

Mga serbisyong pang-medikal na terapiya sa wastong pagkain

Maaaring masakop ng Medicare ang pang-medikal na terapiya sa wastong pagkain at ilang mga kaugnay na serbisyo kung mayroon kang diyabetis o sakit sa bato, o nagkaroon ka ng transplant ng bato sa nakaraang 36 na buwan, at ang iyong doktor o iba pang mga kwalipikadong hindi doktor na ay sinangguni ka para sa serbisyo. Tanging isang Rehistradong Dietitian o propesyonal sa nutrisyon na nakakatugon sa ilang mga kinakailangan ang maaaring magbigay ng mga serbisyong medikal na nutrisyon therapy. Kung mayroon kang diyabetis, maaari ka ring maging kwalipikado para sa pagsasanay sa sariling pamamahala ng diyabetis (pahina 39). Wala kang babayaran para sa mga serbisyong pang-apula sa medikal na nutrisyon therapy dahil hindi nalalapat ang deductible at **coinsurance**.



Serbisyong pang-apula

Programa sa Pag-iwas ng Diyabetis ng Medicare

Kung mayroon kang prediabetes, at natutugunan ang mga ibang pamantayan, nasasaklawan ng Medicare ang minsan-sa-bawa't-buhay na napatunayang programa sa pagbabago ng asal sa kalusugan para matulungang kang mapigilan ang type 2 diyabetis. Magsisimula ang programang ito sa 16 na lingguhang core na mga sesyon sa isang pang-grupong setting sa loob ng 6 na buwang panahon. Kapag nakumpleto mo ang mga core na sesyon, makakakuha ka ng 6 na buwanang follow-up na sesyon para matulungan kang magpanatili ng mga malulusog na kaugalian. Maaari kang dumalo sa mga session nang personal, halos, o pareho.

Makukuha mo ang mga serbisyong ito mula sa isang aprubadong tagapagtustos ng Medicare Diabetes Prevention Program. Ang mga suplayer na ito ay maaaring mga tradisyunal na tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan o mga organisasyon tulad ng mga sentro ng komunidad o mga organisasyong nakabatay sa pananampalataya. Upang makahanap ng suplayer o matuto nang higit pa tungkol sa programa, bumisita sa [Medicare.gov/coverage/medicare-diabetes-prevention-program](https://www.medicare.gov/coverage/medicare-diabetes-prevention-program).

Kung ika'y nasa isang [Plano sa Medicare Advantage](#), kumontak sa iyong plano para malaman kung saan kukunin ang mga serbisyong ito.

Pangangalaga sa Kalusugang Pangkaisipan (outpatient)

Sinasaklaw ng Medicare ang mga serbisyo sa pangangalaga sa kalusugan ng isip upang tumulong sa mga kondisyon tulad ng panlulumo at pagkabalisa. Ang mga pagbisitang ito ay madalas na tinatawag na pagpapayo o psychotherapy, at maaaring gawin nang isa-isa, sa grupong psychotherapy o mga setting ng pamilya, at sa mga sitwasyon ng krisis. Kasama sa polisa ang mga serbisyong karaniwang ibinibigay sa isang setting ng outpatient (tulad ng opisina ng doktor o iba pang pangangalagang pangkalusugan tagapaglaan, departamento ng outpatient ng ospital, o ng telehealth), kabilang ang mga pagbisita sa isang psychiatrist o ibang doktor, clinical psychologist, clinical nurse specialist, clinical social worker, nars na practitioner, o katuwang ng doktor.

Kasama sa pangangalaga sa kalusugang pangkaisipan na sakop ng Medicare ang:

- Mga serbisyong ibinibigay ng mga therapist sa kasal at pamilya at mga tagapayo sa kalusugan ng isip.
- Mga serbisyo sa **Bahagyang pagpapaospital** na ibinibigay ng Community Mental Health Center o ng ospital sa mga outpatient. Nag-aalok ang structured day program na ito ng outpatient psychiatric services bilang alternatibo sa inpatient psychiatric care.
- Mga serbisyo sa **Intensive outpatient program** na kinabibilangan ng intensibong psychiatric na pangangalaga, pagpapayo, at therapy. Ang mga serbisyong ito ay maaaring ibigay sa mga ospital, Community Mental Health Center, Federally Qualified Health Center, Rural Health Clinic, at Opioid Treatment Programs (kapag ang mga serbisyo ay para sa paggamot ng Opioid Use Disorder).

Ang bahagyang pag-ospital at intensive outpatient na serbisyo ay mas maraming oras sa isang araw kaysa sa pangangalagang makukuha mo sa opisina ng doktor o terapist. Upang dagdagan ang nalalaman, bumisita sa [Medicare.gov/coverage/mental-health-care-partial-hospitalization](https://www.medicare.gov/coverage/mental-health-care-partial-hospitalization).

Sa pangkalahatan, magbabayad ka ng 20% ng [halagang inaprubahan ng Medicare](#) at ang Bahagi B na [deductible](#) ay nalalapat para sa mga serbisyo sa pangangalaga sa kalusugang pangkaisipan.

Sinasaklaw ng Bahagi A ang mga serbisyo sa pangangalaga sa kalusugang pangkaisipan para sa inpatient na nakukuha mo sa isang ospital (pahina 27).



Serbisyong pang-apula

Obesity behavioral therapy

Kung mayroon kang body mass index (BMI) na 30 o higit pa, sinasaklaw ng Medicare ang mga pagsusuri sa labis na katabaan at pagpapayo sa pag-uugali upang matulungan kang magbawas ng timbang sa pamamagitan ng pagtuon sa diyeta at ehersisyo. Sinasaklaw ng Medicare ang pagpapayo na ito kung ang iyong **pangunahing doktor sa pangangalaga** o iba pang tagapaglaan ng pangunahing pangangalaga ay magbibigay ng pagpapayo sa isang setting ng pangunahing pangangalaga (tulad ng opisina ng isang doktor), kung saan maaari nilang iugnay ang iyong personalisado na plano sa iyong iba pang pangangalaga. Wala kang babayaran para sa serbisyong ito kung ang iyong pangunahing doktor sa pangangalaga o iba pang tagapaglaan ay tumatanggap ng **pagtatalaga**.

Mga serbisyo sa occupational na terapiya

Sinasaklaw ng Medicare ang **medikal na kinakailangan** na therapy upang matulungan kang magsagawa ng mga aktibidad ng pang-araw-araw na pamumuhay (tulad ng pagbibihis o pagligo). Ang therapy na ito ay tumutulong upang mapabuti o mapanatili ang mga kasalukuyang kakayahan o mabagal na pagbaba kapag ang iyong doktor o iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ay nagpapatunay na kailangan mo ito. Magbabayad ka ng 20% ng halagang inaprubahan ng Medicare. Nalalapat ang deductible sa Bahagi B.

Paggamot sa Opioid Use Disorder

Sinasaklaw ng Medicare ang mga serbisyo sa paggamot sa sakit sa paggamit ng opioid na ibinibigay ng mga programa sa paggamot sa opioid. Kasama sa mga serbisyo ang gamot (tulad ng methadone, buprenorphine, naltrexone, at naloxone), pagbibigay at pangangasiwa ng mga naturang gamot, pagpapayo sa paggamit ng substance, pagsusuri sa droga, indibidwal at panggrupong therapy, mga aktibidad sa paggamit, pana-panahong pagsusuri, at masinsinang mga serbisyo ng outpatient. Sinasaklaw ng Medicare ang pagpapayo, mga serbisyo ng therapy, at mga pana-panahong pagtatasa kapwa nang personal at, sa ilang partikular na sitwasyon, halos (gamit ang teknolohiya ng komunikasyong audio at video tulad ng iyong telepono o computer). Sinasaklaw din ng Medicare ang mga serbisyong ibinibigay sa pamamagitan ng mga mobile unit ng Opioid Treatment Program.

Binabayaran ng Medicare ang mga doktor at iba pang tagapaglaan para sa paggamot sa Opioid Use Disorder na nakabatay sa opisina, kabilang ang pamamahala, koordinasyon ng pangangalaga, psychotherapy, mga aktibidad sa pagpapayo, at pamamahagi at pamamahagi ng mga gamot.

Sa ilalim ng **Orihinal na Medicare**, hindi mo kailangang magbayad ng anumang mga **copayment** para sa mga serbisyong ito kung kukunin mo ang mga ito mula sa isang tagapaglaan ng Opioid Treatment Program na naka-enroll sa Medicare at nakakatugon sa iba pang mga kinakailangan. Subali't, nalalapat pa rin ang Bahagi B na deductible. Makiipag-usap sa iyong doktor o ibang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan upang malaman kung saan pupunta para sa mga serbisyong ito. Maaari mo ring bumisita sa [Medicare.gov/coverage/opioid-use-disorder-treatment-services](https://www.medicare.gov/coverage/opioid-use-disorder-treatment-services) upang maghanap ng programang malapit sa iyo.

Dapat ding saklawin ng mga **Plano sa Medicare Advantage** ang mga serbisyo ng Opioid Treatment Program, ngunit maaaring mangailangan kang makakita ng isang in-network na Opioid Treatment Program. Dahil ang Medicare Advantage Plans ay maaaring maglapat ng mga copayment sa mga serbisyo ng Opioid Treatment Program, repasuhin sa iyong plano upang malaman kung kailangan mong magbayad ng copayment.

Mga serbisyo sa ospital sa labas ng pasyente

Ang Medicare ay sumasaklaw sa maraming mga diyagnostiko at paggamot na serbisyo na makukuha mo bilang isang outpatient mula sa ospital na kasali sa Medicare. Karaniwan kang nagbabayad ng 20% ng **inaprubahan ng Medicare na halaga** para sa mga serbisyo ng doktor o ibang tagapaglaan ng pangangalaga sa kalusugan. Para sa mga serbisyo na mailalaan din sa tanggapan ng doktor, maaaring magbayad ka ng mas marami pa para sa mga outpatient na serbisyo na makukuha mo sa ospital kaysa sa babayaran mo sa parehong pangangalaga sa tanggapan ng doktor. Bilang karagdagan sa halagang babayaran mo sa doktor, karaniwang babayaran mo rin ang ospital ng isang **copayment** para sa bawa't serbisyo na nakukuha mo sa isang outpatient na setting ng ospital (maliban sa ilang mga **serbisyong pang-apula** na walang copayment). Sa karamihan ng kaso, ang copayment ay hindi maaaring mas marami sa Bahagi A na **deductible** sa pananatili sa ospital para sa bawa't serbisyo. Nalalapat ang Bahagi B na deductible, maliban sa ilang serbisyong pang-apula. Kung nakakakuha ka ng mga serbisyo sa outpatient ng ospital sa isang **critical access hospital**, ang iyong copayment ay maaaring mas mataas at maaaring lumampas sa pagkaltas sa pananatili sa ospital ng Bahagi A.



Presyo & polisa: Kumuha ng mga pagtatantya ng gastos para sa mga pamamaraan ng outpatient ng ospital na ginawa sa mga departamento ng outpatient ng ospital:



[Medicare.gov/procedure-price-lookup](https://www.medicare.gov/procedure-price-lookup)

Mga serbisyo at suplay ng medikal at operasyon para sa outpatient

Sinasaklaw ng Medicare ang mga inaprubahang pamamaraan, tulad ng mga Eksray, cast, stitches, at outpatient na operasyon. Karaniwan kang nagbabayad ng 20% ng inaprubahan ng Medicare na halaga para sa mga serbisyo ng doktor o ibang tagapaglaan ng pangangalaga sa kalusugan. Karaniwang nagbabayad ka ng copayment para sa bawa't serbisyong nakukuha mo sa isang tagpo sa ospital para sa outpatient. Sa karamihan ng kaso, ang copayment ay hindi maaaring mas marami sa Bahagi A na deductible sa pananatili sa ospital para sa bawa't serbisyo. Nalalapat ang deductible sa Bahagi B, at babayaran mo ang lahat ng gastos para sa mga item o serbisyo na hindi saklaw ng Medicare.

Mga Serbisyo sa terapiyang pangkatawan

Sinasaklaw ng Medicare ang pagsusuri at paggamot para sa mga pinsala at sakit na nagbabago sa iyong kakayahang gumana, o upang mapabuti o mapanatili ang kasalukuyang paggana o mabagal na pagbaba, **kapag ang iyong doktor o iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan, kabilang ang isang nars na practitioner, clinical nurse specialist o katuwang ng doktor ay nagpapatunay na kailangan mo ito.** Ikaw ay magbabayad ng 20% ng halaga na inaprubahan ng Medicare. Ikaw ay magbabayad ng 20% ng halaga na inaprubahan ng Medicare. Nalalapat ang deductible sa Bahagi B.



Serbisyong pang-apula

Mga Iniksiyon na pneumococcal

Sinasaklawan ng Medicare ang pneumococcal na iniksiyon para makatulong sa pag-iwas sa mga pneumococcal na impeksyon (tulad ng ilang uri ng pulmunya). Makipag-usap sa iyong doktor o tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan kung mayroon kang bakuna. Wala kang babayaran para sa mga iniksiyon na ito kung ang iyong doktor o iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ay tumatanggap ng **pagtatalaga** para sa pagbibigay sa iyo ng mga iniksiyon.

Mga serbisyo sa pangangasiwa ng pangangalaga sa may talamak na sakit

Sinasaklaw ng Medicare ang mga serbisyong partikular sa sakit upang matulungan kang pamahalaan ang isang solong, kumplikadong talamak na kondisyon na naglalagay sa iyo sa panganib na ma-ospital, pisikal o cognitive na pagbaba, o kamatayan. Kung mayroon kang isang talamak na mataas na panganib na kondisyon na inaasahan mong tatagal ng hindi bababa sa 3 buwan (tulad ng kanser at hindi ka ginagamot para sa anumang iba pang kumplikadong kondisyon), maaaring magbayad ang Medicare para sa isang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan upang tumulong na pamahalaan ito. Ang iyong

tagapaglaan ay gagawa ng isang plano sa pangangalaga na partikular sa sakit at patuloy na susubaybayan at ayusin ito, kabilang ang mga gamot na iyong iniinom. Nalalapat ang Bahagi B na [deductible](#) at [coinsurance](#).

Tandaan: Maaari ding saklawin ng Medicare ang mga serbisyo sa pag-navigate sa talamak na sakit para sa kondisyong malubha at may mataas na panganib. Ang mga serbisyong ito ay maaaring makatulong sa iyo na maunawaan ang iyong (mga) medikal na kondisyon o diagnosis at mag-navigate sa sistema ng pangangalagang pangkalusugan upang mahanap ang pangangalaga at mga tagapaglaan na kailangan mo. Bumisita sa [Medicare.gov/coverage/principal-illness-navigation-services](https://www.medicare.gov/coverage/principal-illness-navigation-services) para dagdagan ang nalalaman.



Serbisyong pang-apula

Mga Iskrining sa kanser sa prostate

Sinasaklawan ng Medicare ang digital rectal exam at Prostate Specific Antigen (PSA) test minsan baw't 12 buwan para sa lahat ng kalalakihang mas matanda sa 50 na may Medicare (magsisimula ang polisa sa araw makalipas ang ika-50 mong kaarawan). Para sa digital rectal exam, magbabayad ka ng 20% ng halagang inaprubahan ng Medicare. Nalalapat ang Bahagi B na deductible. Magbabayad ka rin ng copayment sa isang tagpo sa ospital para sa outpatient. Wala kang babayaran para sa PSA test.

Mga bagay na prosthetic/orthotic

Sinasaklaw ng Medicare ang mga prosthetics/orthotics na ito kapag ang isang doktor na nakatala sa Medicare o iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ay nag-utos sa kanila: mga braces sa braso, binti, likod, at leeg; artipisyal na mga mata; artipisyal na mga biyas (at ang kanilang mga kapalit na bahagi); at mga prosthetic na device na kailangan para palitan ang internal body organ o function ng organ (kabilang ang ostomy na mga suplay, parenteral at enteral na terapiya sa wastong pagkain, at ilang uri ng breast prostheses pagkatapos ng mastectomy).

Para masakop ng Medicare ang iyong prosthetic o orthotic, dapat mong makuha ito mula sa isang suplayer na naka-enroll sa Medicare. Ikaw ay magbabayad ng 20% ng [halaga nainaprubahan ng Medicare](#). Nalalapat ang Bahagi B na deductible.

Mga Programa ng rehabilitasyon sa бага

Sinasaklaw ng Medicare ang isang komprehensibong programa sa rehabilitasyon ng бага kung mayroon kang:

- Katamtaman hanggang sa pinakamalubha na chronic obstructive pulmonary disease (COPD) at magkaroon ng [referral](#) mula sa doktor na gumagamot dito, o
- Nakumpirma o pinaghihinalaang COVID-19 at nakaranas ng mga patuloy na sintomas kabilang ang respiratory dysfunction nang hindi bababa sa 4 na linggo

Magbabayad ka ng 20% ng halagang inaprubahan ng Medicare kung makukuha mo ang serbisyo sa opisina ng doktor. Magbabayad ka rin ng copayment baw't session kung makukuha mo ang serbisyo sa isang tagpo sa ospital para sa outpatient. Nalalapat ang Bahagi B na deductible.

Mga serbisyo ng Rural Health Clinic

Ang mga Rural Health Clinic ay nagbibigay ng maraming outpatient na pangunahing pangangalaga at mga [serbisyong pang-apula](#) sa kanayunan at mga lugar na kulang sa serbisyo. Sa pangkalahatan, magbabayad ka ng 20% ng mga singil. Nalalapat ang Bahagi B na deductible. Magbabayad ka ng \$0 para sa mga aprubado ng Medicare serbisyo.

Mga Pangalawang opinion sa siruhiya

Sinasaklaw ng Medicare ang pangalawang surgical opinion sa ilang mga kaso para sa [medikal na kinakailangang](#) operasyon na hindi isang emergency. Sa ilang mga kaso, sinasaklaw ng Medicare ang mga pangatlong opinyon sa operasyon. Ikaw ay magbabayad ng 20% ng halaga na inaprubahan ng Medicare. Nalalapat ang Bahagi B na deductible.



Serbisyong pang-apula

Mga Iskining & pagpapayo sa impeksyong naililipat sa pakikipagtalik (Sexually transmitted infection, STI)

Sinasaklaw ng Medicare ang mga pagsusuri sa STI para sa chlamydia, gonorrhea, syphilis, at/o Hepatitis B. Sinasaklaw ng Medicare ang mga pagsusuring ito kung ikaw ay buntis o nasa mas mataas na panganib para sa isang STI kapag ang iyong pangunahing doktor sa pangangalaga o iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ay nag-utos ng mga pagsusuri. Sinasaklawan ng Medicare ang mga pagsusuring ito minsan tuwing 12 buwan o sa ilang pagkakataon sa pagbubuntis.

Sinasaklawan din ng Medicare ang hanggang 2 indibiduwal na, 20 hanggang 30 minutong, harapang, high-intensity na sesyon sa pagpapayo sa asal bawa't taon para sa mga adult na aktibo sa sex at nasa mas mataas na peligro para sa mga STI. Magiging saklaw lamang ng Medicare ang mga pagpapayong sesyon na ito kung binigay ito ng pangunahing doktor sa pangangalaga o tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan sa isang pagunahing tagpo (tulad ng tanggapan ng doktor). Hindi sasaklawin ng Medicare ang pagpapayo bilang isang **serbisyong pang-apula** sa isang inpatient na tagpo, tulad ng isang **skilled nursing facility**.

Wala kang babayaran para sa mga serbisyong ito kung ang iyong pangunahing doktor sa pangangalaga o tagapaglaan ay tumatanggap ng **pagtatalaga**.

Mga Iniksiyon (mga bakuna)

Saklaw ng Bahagi B:

- Mga Iniksiyon sa Trangkaso Pumunta sa pahina 41.
- Iniksiyon sa Hepatitis B. Pumunta sa pahina 42.
- Pneumococcal na mga Iniksiyon Pumunta sa pahina 48.
- Mga bakuna sa Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Pumunta sa pahina 37.

Mahalaga! Ang polisa ng gamot ng Medicare (Bahagi D) sa pangkalahatan ay sumasaklaw sa lahat ng iba pang inirerekomendang pagbabakuna para sa mga nasa hustong gulang upang maiwasan ang sakit (tulad ng shingles, tetanus, diphtheria, pertussis, at respiratory syncytial virus (RSV)) nang walang bayad sa iyo. Kung ang pagbaril ay wala pa sa listahan ng gamot ng iyong plano, maaari kang humingi ng pagbubukod sa polisa o mabayaran. Kontakin ang sa iyong plano para sa mga detalye, at makipag-usap sa iyong doktor o iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan tungkol sa kung aling mga bakuna ang tama para sa iyo. Upang dagdagan ang nalalaman tungkol sa mga saklaw na bakuna, bumisita sa [Medicare.gov/coverage](https://www.medicare.gov/coverage).

Patolohiya sa pagsasalita at wika

Sinasaklaw ng Medicare ang **medikal na kinakailangan** na pagsusuri at paggamot upang mabawi at mapalakas ang mga kasanayan sa pagsasalita at wika. Kabilang dito ang mga kasanayan sa pag-iisip at paglunok, o upang mapabuti o mapanatili ang kasalukuyang paggana o mabagal na pagbaba, kapag pinatunayan ng iyong doktor o iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan na kailangan mo ito. Ikaw ay magbabayad ng 20% ng **halaga nainaprubahan ng Medicare**. Nalalapat ang **deductible** ng Bahagi B.

Mga Serbisyo sa surgical dressing

Sinasaklaw ng Medicare ang medikal na kinakailangan na paggamot ng isang surgical o surgically treated na sugat. Magbabayad ka ng 20% ng halagang inaprubahan ng Medicare para sa iyong doktor o iba pang mga serbisyo ng tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan. Magbabayad ka ng isang nakatakdang **copayment** para sa mga serbisyong ito kapag nakuha mo ang mga ito sa isang tagpo sa ospital para sa outpatient. Nalalapat ang deductible sa Bahagi B.

Telehealth

Sinasaklaw ng Medicare ang ilang partikular na serbisyo sa telehealth na nakukuha mo mula sa isang doktor o iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan na matatagpuan sa ibang lugar gamit ang teknolohiya upang kumontak sa iyo nang real time. Maaaring magbigay ang Telehealth ng maraming serbisyo na karaniwang nangyayari nang personal, kabilang ang mga pagbisita sa opisina, psychotherapy, konsultasyon, at ilang iba pang serbisyong medikal o kalusugan.

Maaari kang makakuha ng mga serbisyo sa telehealth saanmang lokasyon sa U.S., kabilang ang iyong tahanan, **hanggang Disyembre 31, 2024**. Pagkatapos ng panahong ito, kinakailangang naroon ka sa opisina o medikal na pasilidad na matatagpuan sa kabukiran para sa halos lahat ng mga serbisyo sa telehealth. Gayunpaman, ika'y makakuha pa rin ng ilang partikular na serbisyo sa telehealth **nang** hindi nakatira sa kabukirang lugar. Kabilang sa mga ito ang:

- Buwanang End-Stage Renal Disease (ESRD) na mga pagbisita para sa home dialysis
- Mga serbisyo para sa diagnosis, pagsusuri, o paggamot ng mga sintomas ng isang talamak na stroke nasaan ka man, kabilang ang sa isang mobile stroke unit
- Mga serbisyo upang gamutin ang isang substance use disorder o isang kasabay na nangyayaring mental health disorder o para sa diyagnosis, ebalwasyon, o paggamot ng isang mental health disorder, kabilang ang sa iyong tahanan
- Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (tinatawag ding mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip), kabilang ang sa iyong tahanan
- Pagsasanay sa sariling pamamahala sa sarili ng diyabetis
- Pang-medikal na terapiya sa wastong pagkain

Magbabayad ka ng 20% ng **halagang inaprubahan ng Medicare** para sa iyong doktor o iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan o mga serbisyo ng practitioner. Nalalapat ang **deductible** ng Bahagi B. Para sa karamihan ng mga serbisyong ito, babayaran mo ang parehong halagang babayaran mo kung personal mong nakuha ang mga serbisyo.



Paghambingin: Ang **Plano sa Medicare Advantage** at ilang tagapaglaan sa **Orihinal na Medicare** ay maaaring mag-alok ng higit pang mga benepisyo sa telehealth kaysa sa pangunahing polisa sa Orihinal na Medicare. Halimbawa, maaari kang makakuha ng ilang serbisyo mula sa bahay, saan ka man nakatira. Kung ang iyong tagapaglaan sa Orihinal na Medicare ay lumahok sa isang **Accountable Care Organization (ACO)**, kumontak sa kanila upang malaman kung anong mga benepisyo sa telehealth ang maaaring makuha. Pumunta sa mga pahinang 110–111 para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga ACO.

Mga pagsusuri (hindi sa laboratoryo)

Sinasaklaw ng Medicare ang mga Eksray, MRI, CT scan, EKG/ECG, at ilang iba pang diyagnostiko na pagsusuri. You pay 20% of the Medicare-approved amount. Ikaw ay magbabayad ng 20% ng halaga na inaprubahan ng Medicare. Nalalapat ang Bahagi B na deductible.

Kung kukuha ka ng pagsusuri sa isang ospital bilang isang outpatient, babayaran mo rin ang ospital ng isang **copayment** na maaaring higit sa 20% ng halagang inaprubahan ng Medicare. Sa karamihan ng kaso, ang copayment ay hindi maaaring mas marami sa Bahagi A na deductible sa pananatili sa ospital para sa bawat serbisyo. Pumunta sa “Mga pagsusuri sa laboratoryo” sa pahina 44 para sa iba pang mga pagsusuri na saklaw ng Bahagi B.

Mga serbisyo sa pangangasiwa ng transitional care

Maaaring sakupin ng Medicare ang serbisyong ito kung babalik ka sa iyong komunidad pagkatapos ng isang inpatient na pananatili sa ilang partikular na pasilidad, tulad ng isang ospital o [skilled nursing facility](#). Ang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan na namamahala sa iyong paglipat pabalik sa komunidad ay makikipagtulungan sa iyo at sa iyong tagapag-alaga upang makipag-ugnayan at pamahalaan ang iyong pangangalaga sa unang 30 araw pagkatapos mong umuwi. Nalalapat ang Bahagi B na deductible o [coinsurance](#). Bumisita sa [Medicare.gov/coverage/transitional-care-management-services](https://www.medicare.gov/coverage/transitional-care-management-services) para dagdagan ang nalalaman.

Mga transplant & immunosuppressive na gamot

Sinasaklaw ng Medicare ang mga serbisyo ng doktor para sa mga transplant sa puso, бага, bato, pancreas, bituka, at atay sa ilalim ng ilang partikular na kundisyon, ngunit sa mga pasilidad na sertipikado ng Medicare lamang. Sinasaklaw din ng Medicare ang bone marrow at cornea transplant sa ilalim ng ilang partikular na kundisyon.

Sinasaklaw ng Medicare ang mga immunosuppressive na gamot kung binayaran ng Medicare ang organ transplant. Dapat mayroon kang Bahagi A sa panahon ng sakop na organ transplant, at dapat mayroon kang Bahagi B sa oras na kumuha ka ng mga immunosuppressive na gamot (o maging kwalipikado para sa benepisyo ng immunosuppressive na gamot na inilarawan sa pahinang ito). Ikaw ay magbabayad ng 20% ng halaga na inaprubahan ng Medicare Mga Gamot. Nalalapat ang Bahagi B na deductible. Tandaan, ang polisa ng gamot ng Medicare (Bahagi D) ay sumasaklaw sa mga immunosuppressive na gamot kung hindi saklaw ng Bahagi B ang mga ito.

Kung iniisip mo ang tungkol sa pagsali sa isang [Plano sa Medicare Advantage](#) at nasa listahan ng naghihintay na transplant o sa tingin mo ay kailangan mo ng transplant, repasuhin sa plano bago ka sumali upang matiyak na ang iyong mga doktor, iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan, at mga ospital ay nasa network ng plano. Humingi ng impormasyon tungkol sa mga sakop na gamot at ang mga gastos nito. Gayundin, tingnan ang mga tuntunin sa polisa ng plano para sa paunang awtorisasyon at polisa para sa iyong mga nabubuhay na donor.

Maaaring saklawin ng Medicare ang operasyon ng transplant bilang isang serbisyo ng inpatient sa ospital sa ilalim ng Bahagi A. Pumunta sa mga pahinang 27-28.

Binabayaran ng Medicare ang buong halaga ng pangangalaga para sa iyong kidney donor. Ikaw at ang iyong donor ay hindi na kailangang magbayad ng [deductible](#), [coinsurance](#), o anumang iba pang gastos para sa kanilang pamamalagi sa ospital.

Benepisyo sa immunosuppressive na gamot

Kung mayroon ka lang Medicare dahil sa End-Stage Renal Disease (ESRD), ang iyong polisa sa Medicare (kabilang ang immunosuppressive na pagsakop sa gamot) ay magtatapos 36 na buwan pagkatapos ng matagumpay na kidney transplant. Nag-aalok ang Medicare ng benepisyo upang tulungan kang magbayad para sa iyong mga immunosuppressive na gamot na lampas sa 36 na buwan **kung wala kang ilang partikular na uri ng iba pang polisa sa kalusugan** (tulad ng pang-grupong plano sa kalusugan, TRICARE, o [Medicaid](#) na sumasaklaw sa mga immunosuppressive na gamot). **Sinasaklaw lamang ng benepisyong ito ang iyong mga immunosuppressive na gamot at walang iba pang mga item o serbisyo. Hindi ito kapalit para sa buong polisa ng kalusugan. Maaari kang mag-sign up para sa benepisyong ito anumang oras pagkatapos matapos ang iyong polisa ng Medicare Bahagi A, hangga't mayroon kang Medicare dahil sa ESRD sa panahon ng iyong kidney transplant.** Maaari ka ring tumawag sa Kapanatagang Panlipunan sa 1-877-465-0355. Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-800-325-0788.

Magbabayad ka ng buwanang **premium** na \$103 (o mas mataas batay sa iyong kita) at \$240 na mababawas para sa benepisyong ito ng immunosuppressive na gamot sa 2024. Kapag naabot mo na ang deductible, ika'y magbabayad ng 20% ng **halagang inaprubahan ng Medicare** para sa mga immunosuppressive na gamot. Kung limitado ang kita at dulugan mo, maaaring makakuha ka ng tulong mula sa estado mo para pambayad ng gastos mo sa Medicare kung natutugunan mo ang ilang mga kundisyon. Pumunta sa pahina 94, o bumisita sa [Medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease](https://www.medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease) upang dagdagan ang nalalaman.

Bumisita sa [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para sa mga 2025 premium na halaga.

Paglakbay

Sa pangkalahatan ay hindi saklaw ng Medicare ang pangangalagang pangkalusugan habang naglalakbay ka sa labas ng U.S. (kabilang sa “U.S.” ang 50 estado, ang Distrito ng Columbia, Puerto Rico, U.S. Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Islands, at American Samoa). Mayroong ilang limitadong pagbubukod. Bumisita sa [Medicare.gov/coverage/travel-outside-the-u.s](https://www.Medicare.gov/coverage/travel-outside-the-u.s) upang dagdagan ang nalalaman.

Maaaring saklawin ng Medicare ang **medikal na kinakailangan** na transportasyong ambulansiya patungo sa isang dayuhang ospital sa pamamagitan lamang ng pagpasok para sa medikal na kinakailangan na saklaw na mga serbisyo ng ospital para sa inpatient. You pay 20% of the Medicare-approved amount. Ikaw ay magbabayad ng 20% ng halaga na inaprubahan ng Medicare. Nalalapat ang deductible sa Bahagi B.

Lubhang kinakailangan na pangangalaga

Sinasaklaw ng Medicare ang agarang kinakailangang pangangalaga upang gamutin ang isang biglaang karamdaman o pinsala na hindi isang medikal na emergency. Magbabayad ka ng 20% ng halagang inaprubahan ng Medicare para sa iyong doktor o iba pang mga serbisyo ng tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan, at isang **copayment** sa isang tagpo sa ospital para sa outpatient. Nalalapat ang **deductible** ng Bahagi B.

Mga Birtuwal na check-in

Saklaw ng Medicare ang mga birtuwal na check-in kasama ng iyong doktor o ilang pang ibang mga tagapaglaan. Binibigyang-daan ka ng mga virtual na check-in na makipag-ugnayan nang panandalian sa iyong mga tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan gamit ang teknolohiya ng komunikasyong audio o video tulad ng iyong telepono o computer, nang hindi pumupunta sa opisina ng doktor. Ang iyong doktor ay maaari ding magsagawa ng malayuang pagtatasa gamit ang mga larawan o video na mga larawang ipinadala mo para sa pagsusuri upang matukoy kung kailangan mong pumunta sa opisina ng doktor. Maaaring tumugon sa iyo ang iyong doktor o iba pang tagapaglaan sa pamamagitan ng telepono, virtual na paghahatid, secure na text message, email, o portal ng pasyente.

Ang mga virtual na pag-check-in ay iba sa isang pagbisita sa telehealth dahil karaniwan ay 10 minuto o mas kaunti pa ang mga ito at hindi ginagawa sa kasalukuyang oras.

Maaari kang magkaroon ng birtuwal na check-in kung matutugunan mo ang mga kundisyong ito:

- Nakipag-usap ka sa iyong tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan tungkol sa pagsisimula ng mga ganitong uri ng mga pagbisita.
- Pasalita kang pumayag sa virtual na pag-check-in, at idinedokumento ng iyong doktor ang iyong pahintulot sa iyong medikal na rekord. Ang iyong doktor ay maaaring makakuha ng isang pahintulot para sa isang taon na halaga ng mga serbisyong ito.
- Ang virtual na pag-check-in ay hindi nauugnay sa isang medikal na pagbisita na ginawa mo sa loob ng nakaraang 7 araw at hindi humahantong sa medikal na pagbisita sa loob ng susunod na 24 na oras (o ang pinakamaagang appointment na magagamit).



Paghambingin: Karaniwan kang nagbabayad ng 20% ng **inaprubahan ng Medicare na halaga** para sa mga serbisyo ng doktor o ibang tagapaglaan ng pangangalaga sa kalusugan. Nalalapat ang Bahagi B na deductible. Ang **Mga Plano sa Medicare Advantage** ay maaaring mag-alok ng mas maraming serbisyo sa birtuwal na pag-check-in kaysa sa **Orihinal na Medicare**. Tingnan sa iyong plano para malaman kung ano ang inaalok nila.



Serbisyong pang-apula

"Welcome to Medicare" na bisitang pang-apula

Sa unang 12 buwan na mayroon ka ng Bahagi B, maaari kang makakuha ng bisitang pang-apula na "Welcome to Medicare". Kasama sa pagbisita ang pagsusuri ng iyong medikal at panlipunang kasaysayan na nauugnay sa iyong kalusugan. Kasama rin dito ang edukasyon at pagpapayo tungkol sa mga **serbisyong pang-apula**, kabilang ang ilang partikular na iskrining, mga iniksiyon o bakuna (tulad ng para sa trangkaso, at iba pang inirerekomendang mga iniksiyon o bakuna), at mga **referrals** para sa ibang pangangalaga, kung kinakailangan.

Kapag gumawa ka ng iyong appointment, ipaalam sa opisina ng iyong doktor na gusto mong iiskedyul ang iyong pisitang pang-apula sa "Welcome to Medicare". Wala kang babayaran para sa bisitang pang-apula na "Welcome to Medicare" kung ang doktor o iba pang kwalipikadong tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ay tumatanggap ng **pagtatalaga**.

Kung mayroon kang kasalukuyang reseta para sa mga opioid, susuriin ng iyong tagapaglaan ang iyong mga potensyal na salik sa panganib para sa Opioid Use Disorder, susuriin ang iyong kalubhaan ng pananakit at kasalukuyang plano ng paggamot, magbibigay ng impormasyon sa mga opsyon sa paggamot na hindi opioid, at maaari kang i-refer sa isang espesyalista, kung nararapat. Susuriin din ng iyong tagapaglaan ng serbisyo ang iyong mga potensyal na kadahilanan ng panganib para sa substance use disorder at pag-iinom ng alak at paninigarilyo at ituturo ka para sa paggamot, kung kinakailangan.

Mahalaga! Kung ang iyong doktor o iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ay nagsasagawa ng mga karagdagang pagsusuri o serbisyo sa parehong pagbisita na hindi saklaw ng Medicare sa ilalim ng benepisyo ng pang-apula na ito, maaaring kailanganin mong magbayad ng **coinsurance**, at ang Bahagi B na **deductible** ay maaaring ilapat. Kung hindi saklaw ng Medicare ang mga karagdagang pagsusuri o serbisyo (tulad ng karaniwang pisikal na pagsusulit), maaaring kailanganin mong bayaran ang buong halaga.



Serbisyong pang-apula

Taunang pagbisita para sa "Kagalingan".

Kung mayroon kang Bahagi B nang mas mahaba kaysa sa 12 buwan, maaari kang makakuha ng taunang pagbisita sa "Kagalingan". **Ang taunang pagbisita para sa "Kagalingan" ay hindi isang pisikal na eksamen**—ito ay isang pagbisita upang bumuo o i-update ang iyong personalisado na plano upang maiwasan ang sakit o kapansanan batay sa iyong kasalukuyang kalusugan at mga panganib na kadahilanan. Sinasaklawan ng Medicare ang pagbisitang ito minsan tuwing 12 buwan.

Hihilingin sa iyo ng iyong doktor o tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan na sagutan ang isang palatanungan, na tinatawag na "Pagtatasa ng Peligro sa Kalusugan," bilang bahagi ng pagbisitang ito. Maaaring kasama rin sa iyong pagbisita ang mga nakagawiang pagsukat, payo sa kalusugan, pagsusuri ng iyong medikal at family history, pagsusuri ng iyong kasalukuyang mga reseta, paunang pagpapalano ng pangangalaga, at higit pa.

Bago!

Sa iyong taunang bisita para sa “Kagalingan”, maaari ring gamiting nga iyong tagpaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ang isang pagtatasa ng peligro sa kalusugan upang mas mabuting maintindihan ang iyong mga kapakanang panlipunan at ituro ka sa mga angkop na serbisyo at suporta. Tinatawag itong “mga panlipunang determinant ng pagtatasa ng panganib sa kalusugan,” at libre ito kapag nakuha mo ito bilang bahagi ng iyong taunang pagbisita sa “Kagalingan”. Para sa karagdagang impormasyon, pumunta sa [Medicare.gov/coverage](https://www.medicare.gov/coverage)

Magsasagawa rin ang iyong doktor o tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ng kognitibong pagtatasa upang maghanap ng mga senyales ng dementia, kabilang ang Alzheimer’s disease. Ang mga palatandaan ng kapansanan sa pag-iisip ay kinabibilangan ng problema sa pag-alala, pag-aaral ng mga bagong bagay, pag-concentrate, pamamahala sa pananalapi, at paggawa ng mga desisyon tungkol sa iyong pang-araw-araw na buhay. Kung sa tingin ng iyong doktor o tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ay maaaring mayroon kang kapansanan sa pag-iisip, sinasaklaw ng Medicare ang isang hiwalay na pagbisita upang magsagawa ng mas masusing pagsusuri sa iyong pag-andar sa pag-iisip at repasuhin ang mga kondisyon tulad ng dementia, panlulumo, pagkabalisa, o deliryo, at magdisenyo ng plano ng pangangalaga (pahina 35).

Susuriin din ng iyong doktor o tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ang iyong mga potensyal na kadahilanan ng panganib para sa substance use disorder at ituturo ka para sa paggamot, kung kinakailangan. Kung gumagamit ka ng opioid na gamot, susuriin ng iyong tagapaglaan ang iyong plano sa paggamot sa pananakit, magbabahagi ng impormasyon tungkol sa mga opsyon sa paggamot na hindi-opioid, at ituturo ka sa isang espesyalista, kung naaangkop.

Tandaan: Ang iyong unang taunang pagbisita sa “Kagalingan” ay hindi maaaring maganap sa loob ng 12 buwan ng iyong pagpapatala sa Bahagi B o ang iyong “Welcome to Medicare” bisitang pang-apula. Gayunpaman, hindi mo kailangang magkaroon ng “Welcome to Medicare” na bisitang pang-apula para maging kwalipikado para sa taunang pagbisita sa “Kagalingan”.

Wala kang babayaran para sa iyong taunang pagbisita para sa “Kagalingan” kung tumatanggap ang doktor o tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ng [pagtatalaga](#).

Mahalaga! Kung ang iyong doktor o tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ay nagsasagawa ng mga karagdagang pagsusuri o mga serbisyo sa panahon ng iyong pagbisita sa “Kagalingan” na hindi saklaw ng Medicare sa ilalim ng preventive benefit na ito, maaaring kailanganin mong magbayad ng [coinsurance](#), at maaaring ilapat ang Bahagi B na [deductible](#). Kung hindi saklaw ng Medicare ang mga karagdagang pagsusuri o serbisyo (tulad ng karaniwang pisikal na pagsusulit), maaaring kailanganin mong bayaran ang buong halaga.

Anong HINDI saklaw ng Bahagi A at Bahagi B?

Hindi saklaw ng Medicare ang lahat. Kung kailangan mo ng ilang partikular na serbisyong hindi saklaw ng Bahagi A o Bahagi B, ikaw mismo ang kailangang magbayad para sa mga ito maliban kung:

- Mayroon kang iba pang polisa (kabilang ang [Medicaid](#)) upang masakop ang mga gastos.
- Ikaw ay nasa isang [Plano sa Medicare Advantage](#) o Medicare Cost Plan na sumasaklaw sa mga serbisyong ito. Maaaring saklawin ng Mga Plano sa Medicare Advantage at Medicare Cost Plan ang ilang karagdagang benepisyo, tulad ng mga fitness program at mga serbisyo sa paningin, pandinig, at ngipin.

Ang ilan sa mga item at serbisyo na hindi saklaw ng Orihinal na Medicare ay kinabibilangan ng:

- ✗ Mga pagsusulit sa mata (para sa mga de-resetang salamin sa mata).
- ✗ Pangmatagalang pangangalaga
- ✗ Kosmetikong operasyon
- ✗ Massage therapy.

- ✗ Mga rutinang eksamen na pangkatawan.
- ✗ Mga pantulong sa pandinig at mga eksamen para sa pagsusuot ng mga ito.
- ✗ Pangangalaga na concierge (tinatawag ding concierge medicine, retainer-based na gamot, boutique na gamot, platinum practice, o direktang pangangalaga).
- ✗ Mga saklaw na bagay o serbisyo na nakukuha mo mula sa isang doktor o iba pang tagapaglaan na nag-opt out sa paglahok sa Medicare (maliban sa kaso ng isang emergency o agarang pangangailangan). Pumunta sa pahina 60.
- ✗ Karamihan sa mga pangangalaga sa ngipin: Sa karamihan ng mga kaso, hindi sinasaklaw ng Orihinal na Medicare ang mga serbisyo sa ngipin tulad ng nakagawiang paglilinis, pagpapasta, pagbunot ng ngipin, o mga bagay tulad ng mga pustiso. Gayunpaman, sa ilang mga kaso, maaaring magbayad ang Orihinal na Medicare para sa ilang serbisyo sa ngipin na malapit na nauugnay sa ilang mga sakop na serbisyo tulad ng:
 - Isang pag-aayos o pagpapalit ng balbula sa puso.
 - Isang organ transplant.
 - Mga paggamot na may kaugnayan sa kanser.

Pagbabayad para sa pangmatagalang pangangalaga

Ang Medicare at karamihan sa segurong pangkalusugan, kabilang ang Medicare Supplement Insurance (Medigap), ay hindi nagbabayad para sa mga hindi medikal na pangmatagalang serbisyo sa pangangalaga (pumunta sa pahina 43 para sa mga serbisyo sa kalusugan ng tahanan). Kabilang dito ang tulong sa personal na pangangalaga, tulad ng tulong sa pang-araw-araw na gawain, kabilang ang pagbibihis, pagligo at paggamit ng banyo. Ang mga serbisyong hindi pang-medikal na pangmatagalang pangangalaga ay maaari ding kasama ang mga pagkain na inihatid sa bahay, pang-araw-araw na pangangalagang pangkalusugan, mga serbisyo sa tahanan at komunidad at iba pa. Maaari kang maging kwalipikado para sa ilan sa pangangalagang ito sa pamamagitan ng **Medicaid**, o maaari mong piliing bumili ng pribadong pangmatagalang seguro sa pangangalaga.

Maaari kang makakuha ng mga serbisyong hindi medikal na pangmatagalang pangangalaga sa bahay, sa komunidad, sa isang assisted living facility, o sa isang nursing home. **Mahalagang simulan ang pagpapalano para sa hindi medikal na pangmatagalang pangangalaga ngayon upang mapanatili ang iyong kalayaan at upang matiyak na makukuha mo ang pangangalaga na maaaring kailanganin mo, sa setting na gusto mo, ngayon at sa hinaharap.**

Mapagkukunan ng Pangmatagalang pangangalaga

Gamitin ang mga mapagkukunang ito upang makakuha ng karagdagang impormasyon tungkol sa pangmatagalang pangangalaga:

- Bumisita sa longtermcare.acl.gov upang dagdagan ang nalalaman tungkol sa pagpapalano para sa pangmatagalang pangangalaga.
- Bumisita sa Eldercare Locator sa eldercare.acl.gov, o tumawag sa 1-800-677-1116 upang humanap ng tulong sa iyong komunidad.
- Tawagan ang iyong Ombudsman ng Pangmatagalang Pangangalaga, o Bumisita sa ltcombudsman.org para sa tulong sa mga serbisyong kailangan mo at para maabisuhan ka tungkol sa iyong mga karapatan, at upang makahanap ng programa ng Ombudsman na malapit sa iyo.
- Tawagan ang iyong tanggapan ng State Medical Assistance (Medicaid) o bumisita sa [Medicaid.gov](https://www.medicaid.gov) at humingi ng impormasyon tungkol sa polisa ng pangmatagalang pangangalaga.
- Tumawag sa iyong State Health Insurance Assistance Program (SHIP). Pumunta sa mga pahinang 114-117 para sa numero ng telepono ng iyong lokal na SHIP.
- Tawagan ang iyong State Insurance Department para sa impormasyon tungkol sa seguro sa pangmatagalang pangangalaga. Pumunta sa o tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800- 633-4227) para makuha ang numero ng telepono nila. Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Kumuha ng kopya ng “A Shopper’s Guide to Long-Term Care Insurance” mula sa National Association of Insurance Commissioners sa content.naic.org/sites/default/files/publication-ltc-lp-shoppers-guide-long-term.pdf.

Seksyon 3:

Orihinal na Medicare

Paano ba gumagana ang Orihinal na Medicare?

Ang **Orihinal na Medicare** ay isa sa iyong mga pagpipilian sa polisa sa kalusugan ng Medicare. Magkakaroon ka ng Orihinal na Medicare maliban kung pipili ka ng **Plano sa Medicare Advantage** o iba pang uri ng **planong pangkalusugan ng Medicare**. Kasama sa orihinal na Medicare ang dalawang bahagi: Bahagi A (Pang-ospital na Insurance) at Bahagi B (Pang-medikal na Insurance).

Karaniwang kailangan mong magbayad ng bahagi ng halaga para sa bawa't serbisyong sinasaklaw ng Orihinal na Medicare. Walang limitasyon sa kung ano ang babayaran mo mula sa iyong bulsa sa loob ng isang taon maliban kung mayroon kang ibang polisa (tulad ng **Medigap**, **Medicaid**, polisa ng amo, retirado, o unyon).

Orihinal na Medicare

Maaari ko bang makuha ang pangangalaga ng kalusugan ko mula sa sinumang doktor, ibang tagapaglaan ng pangangalaga ng kalusugan o ospital?	Sa karamihan ng mga kaso, oo. Maaari kang pumunta sa alinmang doktor na nakapagtala sa Medicare, ibang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan, ospital, o iba pang pasilidad na tumatanggap ng mga pasyente ng Medicare saanman sa U.S. Bumisita sa Medicare.gov/care-compare upang mahanap at ihambing ang mga tagapaglaan, ospital, at pasilidad sa iyong lugar.
Saklaw ba nito ang mga de-resetang gamot?	Hindi sinasaklaw ng Bahagi B ng Medicare ang karamihan ng mga gamot. Ngunit may ilang mga pagbubukod tulad ng mga immunosuppressive na gamot (pahina 52) o mga gamot para sa pananakit at pamamahala ng sintomas para sa pangangalagang hospisy (pahina 26–27). Maaaring saklawin din ng Bahagi B ang ilang mga gamot na ini-infuse at iniksyon na ibinigay sa opisina ng doktor at insulin na ginagamit kasama ng tradisyonal na bomba. Pumunta sa pahina 39, 44, at 47. Maaari kang magdagdag ng saklaw sa gamot ng Medicare (Bahagi D) sa pamamagitan ng pagsali sa isang hiwalay na plano sa gamot ng Medicare. Pumunta sa mga pahinang 79–90.
Kailangan ko bang pumili ng isang pangunahing doktor ng pangangalaga?	Hindi.
Kailangan ko bang humingi ng referral para magpatingin sa isang espesyalista?	Sa karamihan ng mga kaso, hindi.

Dapat ba akong kumuha ng suplementong polisiya?	Maaaring mayroon ka nang polisa ng Medicaid, o amo, retirado, o unyon na maaaring magbayad ng mga gastos na hindi ginagawa ng Orihinal na Medicare. Kung hindi, maaaring gusto mong bumili ng patakaran sa Medicare Supplement Insurance (Medigap) kung kwalipikado ka. Pumunta sa mga pahinang 75–78. Maaari ka ring magtanong sa iyongtanggapan ng State Medical Assistance (Medicaid) upang malaman kung ika'y kwalipikado para sa Medicaid.
Ano pa ang kailangan kong malaman tungkol sa Orihinal na Medicare?	• Karaniwang nagbabayad ka ng nakatakdang halaga para sa iyong pangangalagang pangkalusugan (deductible) bago magsimulang bayaran ng Medicare ang bahagi nito. Kapag binayaran na ng Medicare ang bahagi nito, magbabayad ka ng coinsurance o copayment para sa mga saklaw na serbisyo at suplay. Walang taunang limitasyon para sa kung ano ang babayaran mo mula sa iyong bulsa maliban kung mayroon kang ibang seguro (tulad ng Medigap, Medicaid, o polisa ng amo, retirado, o unyon). • Karaniwan kang nagbabayad ng buwanang premium para sa Bahagi B. Maaaring magbago ang premium na ito bawa't taon. • Sa pangkalahatan, hindi mo kailangang magsampa ng mga kahilingan sa Medicare. Dapat ihain ng mga tagapaglaan at suplayer ang iyong mga claim para sa mga sakop na serbisyo at suplay na nakukuha mo.

Ano ang babayaran ko?

Ang iyong mula-sa-bulsa na mga gastos sa **Orihinal na Medicare** ay nakasalalay sa:

- Kung mayroon kang Bahagi A at/o Bahagi B. Karamihan sa mga tao ay mayroon pareho.
- Kung ang iyong doktor, ibang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan, o tagapagtustos ay tumatanggap ng **pagtatalaga**. Pumunta sa mga pahinang 59–60.
- Klase ng mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan na kailangan mo at gaano kadalas mo sila kinukuha.
- Kung pipiliin mong kumuha ng mga serbisyo o suplay na hindi saklaw ng Medicare. Kung gayon, babayaran mo ang lahat ng gastos maliban kung mayroon kang ibang seguro na sumasaklaw sa kanila.
- Kung mayroon kang ibang health insurance na gumagana sa Medicare. Pumunta sa pahina 21.
- Kung mayroon kang ganap na polisa ng Medicaid o humingi ng tulong mula sa iyong estado upang bayaran ang iyong mga gastos sa Medicare sa pamamagitan ng isang Medicare Savings Program. Pumunta sa mga pahinang 91–92.
- Isang kabuuang pananaw ng Medicare Supplement Insurance (Medigap).
- Ikaw man at ang iyong doktor o ibang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ay pumirma ng pribadong kontrata. Pumunta sa pahina 60.

Paano ko malalaman kung kuwalipikado ako?

Kung mayroon kang Orihinal na Medicare, makakakuha ka ng “Medicare Summary Notice” (MSN) na naglilista ng lahat ng serbisyong sinisingil sa Medicare. Ang MSN ay hindi isang bayarin. Ipinapakita nito kung ano ang binayaran ng Medicare at kung ano ang maaari mong utang sa tagapaglaan. Repasuhin ang iyong mga MSN upang matiyak na nakuha mo ang lahat ng mga serbisyo, suplay, o kagamitan na nakalista. Kung hindi ka sumasang-ayon sa desisyon ng Medicare na hindi saklawin ang isang serbisyo, sasabihin sa iyo ng MSN kung paano mag-apela. Pumunta sa pahina 99 para sa impormasyon kung paano magsampa ng apela.

Bago!

Simula sa lalong madaling panahon, matatanggap mo ang abisong ito sa koreo tuwing 4 na buwan maliban kung nag-sign up ka upang makuha ito sa elektronikong paraan.

Kung kailangan mong palitan ang iyong adres sa iyong bayarin, bumisita sa [SSA.gov/mycontact](https://ssa.gov/mycontact). Kung ikaw ay nakakuha ng mga benepisyo sa (RRB), kontakin ang RRB sa 1-877-772-5772. Puwedeng tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-312-751-4701.

Sasabihin sa iyo ng iyong MSN kung naka-enroll ka sa programang Qualified Medicare Beneficiary (QMB). Kung ikaw ay nasa QMB program, hindi pinapayagan ang mga tagapaglaan ng Medicare na singilin ka para sa Medicare Bahagi A at/o Bahagi B na mga [deductible](#), [coinsurance](#), o mga [copayment](#). Sa ilang mga kaso, maaari kang singilin ng isang maliit na copayment sa pamamagitan ng [Medicaid](#), kung may naaangkop. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa QMB at mga hakbang na gagawin kung sisingilin ka ng tagapaglaan para sa mga gastos na ito, pumunta sa pahina 91.

Mahalaga! Kunin ang iyong Medicare Summary Notice sa elektronikong paraan

Kunin ang iyong “Mga Medicare Summary Notice” sa elektronikong paraan. Bumisita sa [Medicare.gov](https://medicare.gov) upang mag-log in (o gumawa) ng iyong secure na akawnt sa Medicare. Kung magsa-sign up ka para sa mga elektronikong MSN, padadalhan ka namin ng email baw’t buwan kapag available na ang mga ito sa iyong akawnt sa Medicare, sa halip na mga papel na kopya sa koreo. Simula noong unang bahagi ng 2024, ang mga taong nag-sign up para sa mga elektronikong MSN ay tumulong na i-save ang Medicare Program na malapit sa \$35 milyon.

Mayroon kang mga opsyon para sa kung paano mo makukuha ang iyong impormasyon sa mga claim sa Medicare:

- Maaari mong repasuhin ang iyong MSN para sa impormasyon ng mga claim.
- Maaari mong i-access ang iyong mga claim sa iyong account sa [Medicare.gov](https://medicare.gov) at ibahagi ang impormasyong ito sa mga doktor, botika, at iba pa sa pamamagitan ng pagbisita sa ‘Tingnan ang aking mga claim.’
- Maa-access mo ang iyong mga claim sa pamamagitan ng mga konektadong app ng Medicare. Ang mga konektadong app ay mga application o website na inaprubahan ng Medicare na nilikha ng isang third party (hindi Medicare). Kapag kumonekta ka sa isang app at nag-log in gamit ang impormasyon ng iyong [Medicare.gov](https://medicare.gov) na akawnt, maaari mong gamitin ang mga serbisyo ng app nang hindi manu-manong ipinapasok ang iyong impormasyon sa kalusugan. Maa-access lang ng mga third party na ito ang iyong data ng Medicare kung pipiliin mong ibahagi ito sa kanila. Palagi mong pipiliin kung gusto mong kumonekta (o manatiling konektado) sa isang third-party na app. Pumunta sa pahina 109.

Anong pagtatalaga?

Ang kahulugan ng [pagtatalaga](#) ay ang iyong doktor, tagapaglaan, o suplayer ay pumayag (o inatas ng batas) na tanggapin ang [aprubadong halaga ng Medicare](#) bilang buong bayad sa mga nasaklawang serbisyo. Karamihan sa mga doktor, tagapaglaan, at suplayer ay tumatanggap ng pagtatalaga, ngunit palaging repasuhin upang matiyak na ang sa iyo ang gumagawa.

Kung ang iyong doktor, tagapaglaan, o suplayer ay tumatanggap ng pagtatalaga:

- Maaaring mas mababa ang iyong mula-sa-bulsa na mga gastos.
- Sumasang-ayon sila na singilin ka lamang sa halagang mababawas sa Medicare at coinsurance at kadalasang naghihintay sa Medicare na magbayad ng bahagi nito bago hilingin sa iyo na bayaran ang iyong bahagi.
- Kailangan nilang direktang isumite ang iyong claim sa Medicare at hindi ka maaaring singilin para sa pagsusumite ng claim.

Ang ilang tagapaglaan ay hindi sumang-ayon at hindi inaatas ng batas na tumanggap ng **pagtatalaga** para sa lahat ng serbisyong saklaw ng Medicare, ngunit maaari pa rin nilang piliing tumanggap ng pagtatalaga para sa mga indibidwal na serbisyo. Ang mga tagapaglaan na hindi sumang-ayon na tumanggap ng pagtatalaga para sa lahat ng mga serbisyo ay tinatawag na “hindi kalahok.” Maaaring kailanganin mong magbayad nang higit pa para sa kanilang mga serbisyo kung hindi sila tumatanggap ng pagtatalaga para sa pangangalagang ibinibigay nila sa iyo. Narito ang mangyayari kung ang iyong doktor, tagapaglaan, o suplayer ay hindi tumatanggap ng pagtatalaga:

- **Maaaring kailanganin mong bayaran ang buong singil sa oras ng serbisyo.** Ang iyong doktor, tagapaglaan, o suplayer ay dapat na magsumite ng isang claim sa Medicare para sa anumang mga serbisyong saklaw ng Medicare na ibinibigay nila sa iyo. Kung hindi sila nagsumite ng claim sa Medicare kapag hiniling mo sa kanila, tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puwedeng tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- **Maaari ka nilang singilin ng higit sa halagang inaprubahan ng Medicare. Sa maraming kaso, hindi maaaring lumampas sa 15% ang singil sa halagang inaprubahan ng Medicare para sa mga hindi kalahok na tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan. Ang halagang ito ay tinatawag na “ang naglilimita sa pagsingil.”**



Paghambing: Kung mayroon kang **Orihinal na Medicare**, maaari mong gamitin ang anumang tagapaglaan na gusto mo na kumukuha ng Medicare, saanman sa U.S. Kung ikaw ay nasa isang **Plano sa Medicare Advantage**, sa karamihan ng mga kaso, kakailanganin mong gumamit ng mga doktor at iba pang tagapaglaan na nasa plano ng plano. network.

Alamin kung may tumatanggap ng pagtatalaga o lumahok sa Medicare:



[Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare)

Alamin kung ang isang tagapagtustos ng kagamitang medikal ay tumatanggap ng pagtatalaga:



[Medicare.gov/medical-equipment-suppliers](https://www.medicare.gov/medical-equipment-suppliers)

Tawagan ang iyong State Health Insurance Assistance Program (SHIP) para makakuha ng libreng tulong sa mga paksang ito. Pumunta sa mga pahinang 114-117 para sa numero ng telepono ng iyong lokal na SHIP.

Paano kung gusto kong gumamit ng tagapaglaan na nag-opt out sa Medicare?

Maaaring “mag-opt out” sa Medicare ang ilang partikular na doktor at iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan na ayaw makipagtulungan sa Programa ng Medicare. Hindi nagbabayad ang Medicare para sa anumang mga saklaw na item o serbisyo na nakukuha mo mula sa isang opt-out na doktor o iba pang tagapaglaan, maliban sa kaso ng isang emergency o agarang pangangailangan. Kung gusto mo pa ring gumamit ng opt-out na tagapaglaan, ikaw at ang iyong tagapaglaan ay maaaring mag-set up ng mga tuntunin sa pagbabayad na pareho kayong sinasang-ayunan sa pamamagitan ng isang pribadong kontrata.

Ang isang doktor o ibang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan na pipiliing mag-opt out ay dapat gawin ito sa loob ng 2 taon, at ang pagpipilian ay awtomatikong magre-renew kada 2 taon maliban kung ang tagapaglaan ay humiling na huwag i-renew ang kanilang katayuan sa pag-opt out.

Kung hindi ka sigurado kung ang isang tagapaglaan ay nag-opt out sa Medicare, repasuhin sa kanila upang malaman mo nang maaga kung kailangan mong magbayad nang wala sa iyong bulsa para sa iyong pangangalaga.



Pumunta sa mga pahinang 10-14 para sa numero sa telepono ng iyong lokal Medicare.

Seksyon 4:

Mga Plano sa Medicare Advantage & iba pang mga opsyon

Ano ang Medicare Advantage Plans?

Ang **Plano sa Medicare Advantage** ay isa pang paraan para makuha ang iyong polisa na Bahagi A at Bahagi B ng Medicare. Ang Medicare Advantage Plans, na kung minsan ay tinatawag na “Bahagi C” o “MA Plans,” ay mga planong inaprubahan ng Medicare. Ang mga ito’y inaalok ng mga pribadong kumpanya na dapat sumunod sa mga panuntunang itinakda ng Medicare. Karamihan ng mga Plano sa Medicare Advantage ay may kasamang polisa sa gamot ng Medicare (Bahagi D). Sa maraming mga kaso, kakilangan mong gumamit ng mga doktor na nasa network ng plano. Ang mga planong ito ay nagtatakda ng limitasyon sa kung ano ang kailangan mong bayaran mula sa iyong bulsa baw’t taon para sa mga serbisyong saklaw sa ilalim ng Bahagi A at Bahagi B. Ang ilang mga plano ay nag-aalok ng hindi pang-emergency na saklaw sa labas ng network, ngunit kadalasan sa mas mataas na halaga. Para sa ilang partikular na serbisyo o gamot, maaaring kailanganin mong kumuha ng pag-apruba (tinatawag ding paunang awtorisasyon), mula sa iyong plano bago nito saklawin ang mga ito. Sa ilang mga kaso, maaaring kailanganin mo ring kumuha ng referral para gumamit ng isang espesyalista.

Tandaan, dapat mong gamitin ang card mula sa iyong Plano sa Medicare Advantage upang makuha ang iyong mga serbisyong saklaw ng Medicare. Itago ang iyong pula, puti, at asul na kard sa Medicare sa isang ligtas na lugar dahil maaaring kailanganin mo ito sa ibang pagkakataon.

Kung sasali ka sa isang Plano sa Medicare Advantage, magkakaroon ka pa rin ng Medicare ngunit makukuha mo ang karamihan sa iyong polisa sa Bahagi A at Bahagi B mula sa iyong plan, hindi sa **Orihinal na Medicare**.

Ano ang iba't ibang uri ng mga Plano sa Medicare Advantage?

- **Plano ng Health Maintenance Organization (HMO):** Pumunta sa pahina 66.
- **Plano ng HMO Point-of-Service (HMOPOS):** Maaaring hayaan kang makakuha ng ilang serbisyo sa labas ng network para sa mas mataas na **copayment** o **coinsurance**. Pumunta sa pahina 66.
- **Medical Savings Account (MSA) Plans:** Pumunta sa pahina 67.
- **Preferred Provider Organization (PPO) Plans:** Pumunta sa pahina 68.
- **Planong Private Fee-for-Service (PFFS):** Pumunta sa pahina 69.
- **Special Needs Plan (SNP):** Pumunta sa pahina 70.

Ano ang saklaw ng mga Plano sa Medicare Advantage?

Ang Medicare Advantage Plans ay nagbibigay ng halos lahat ng iyong mga benepisyo sa Bahagi A at Bahagi B, kabilang ang karamihan sa mga bagong benepisyo na nagmumula sa mga batas o desisyon sa patakaran ng Medicare. Ang mga benepisyo ng Plano sa Medicare Advantage ay hindi kasama ang pangangalaga sa hospisyo at ilang gastos ng mga klinikal na pagsubok. Ngunit kung ikaw ay nasa Plano sa Medicare Advantage, tutulungan pa rin ng Orihinal na Medicare na mabayaran ang iyong mga gastos para sa pangangalagang hospisyo at ilang gastos para sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral, at mga benepisyong nagmumula sa mga batas o desisyon sa patakaran ng Medicare na hindi saklaw ng plano. Maaaring piliin ng plano na huwag sakupin ang mga gastos ng mga serbisyo na hindi medikal na kinakailangan sa ilalim ng Medicare. Sa ilang pagkakataon, kung saan ang Medicare ay hindi nagtatag ng pamantayan sa pagsakop, ang mga plano ay maaari ding gumamit ng sarili nilang pamantayan sa pagsakop upang matukoy kung ang ilang partikular na serbisyo ay medikal na kinakailangan. Kung hindi ka sigurado kung saklaw ang isang serbisyo, kumontak sa iyong tagapaglaan bago mo makuha ang serbisyo. Kung hindi ka sumasang-ayon sa isang pagpapasiya sa polisa, maaari kang umapela (mga pahinang 97-100).

Maaaring mag-alok ang mga plano ng ilang karagdagang benepisyo

Sa isang [Plano sa Medicare Advantage](#), maaaring mayroon kang polisa para sa mga bagay na hindi saklaw ng [Orihinal na Medicare](#), tulad ng mga programang pang-fitness (mga membership sa gym o mga diskwento) at ilang serbisyo sa paningin, pandinig, at sa ngipin (tulad ng mga regular na pagsusuri o paglilinis). Ang ilang mga plano ay maaari ding pumili upang sakupin ang iba pang mga benepisyo, tulad ng transportasyon sa mga pagbisita sa doktor, mga over-the-counter na gamot na hindi saklaw ng Bahagi D, at iba pang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Tingnan ang plano bago ka sumali upang malaman kung anong mga benepisyo ang inaalok nito, kung magkano ang halaga ng mga ito, at kung mayroong anumang mga limitasyon.

Ang mga plano ay maaari ding iangkop ang kanilang mga pakete ng benepisyo upang mag-alok ng mga karagdagang benepisyo sa ilang mga nakatala na may malalang sakit. Ang mga paketeng ito ay magbibigay ng mga benepisyong naka-customize para gamutin ang mga partikular na kundisyon. Bagama't maaari mong tingnan ang isang Plano sa Medicare Advantage bago ka sumali upang malaman kung nag-aalok sila ng mga pakete ng benepisyong ito, kailangan mong maghintay hanggang sa sumali ka sa plano upang malaman kung kwalipikado ka.

Sulitin ang iyong mga benepisyo sa ngipin

Kung ikaw ay nasa isang Plano sa Medicare Advantage, pangasiwaan ang iyong kalusugan sa bibig. Kontakin ang sa iyong plano tungkol sa mga serbisyo sa ngipin na maaaring saklawin nito at kung anong mga limitasyon ang maaaring ilapat.

Dapat sundin ng mga Plano sa Medicare Advantage ang mga patakaran ng Medicare

Ang Medicare ay nagbabayad ng isang nakapirming halaga para sa iyong pagkakasakop bawa't buwan sa mga kumpanyang nag-aalok ng Medicare Advantage Plans. Dapat sundin ng mga kumpanyang ito ang mga patakarang itinakda ng Medicare. Subalit, ang bawa't Plano sa Medicare Advantage ay maaaring sumingil ng magkakaibang mula-sa-bulsang gastos ay may magkakaibang patakaran sa kung paano ka makakakuha ng mga serbisyo (tulad ng kung kailangan mo ng [referral](#) para magpatingin sa espesyalista o kung kailangan mong pumunta sa mga doktor, pasilidad, o suplayer na pag-aari ng network ng plan para sa hindi emergency o hindi agarang pag-aalaga). Ang mga patakarang ito ay maaaring magbago bawa't taon. Dapat kang abisuhan ng plano tungkol sa anumang mga pagbabago bago ang simula ng susunod na taon ng pagpapatala.

Tandaan, mayroon kang opsyon bawa't taon na panatilihin ang iyong kasalukuyang Plano sa Medicare Advantage, pumili ng ibang plan, o lumipat sa Orihinal na Medicare. Pumunta sa pahina 71.

Maaaring sumali o umalis ang mga tagapaglaan sa network ng tagapaglaan ng plano anumang oras sa buong taon. Maaari ding baguhin ng iyong plano ang mga tagapaglaan sa network anumang oras sa buong taon. Kung mangyari ito, kadalasan ay hindi mo magagawang baguhin ang mga plano ngunit maaari kang pumili ng bagong tagapaglaan. Sa pangkalahatan, hindi mo maaaring baguhin ang mga plano sa buong taon.

Mahalaga! Kahit na ang network ng mga tagapaglaan ay maaaring magbago sa buong taon, ang plano ay dapat pa rin magbigay sa iyo ng access sa mga kwalipikadong doktor at espesyalista. Aabisuhan ka ng iyong plano na aalis ang iyong tagapaglaan sa iyong plano upang magkaroon ka ng oras na pumili ng bago. Matatanggap mo ang abisong ito kung ito'y isang pangunahing pangangalaga o tagapaglaan ng kalusugan sa pag-uugali at ika'y napunta sa tagapaglaan na iyon sa nakalipas na tatlong taon. Kung aalis ang alinman sa iyong iba pang tagapaglaan sa iyong plano, matatanggap mo ang abisong ito sa ilang partikular na sitwasyon.

Ang iyong plano ay:

- Tulungan kang pumili ng bagong tagapaglaan upang magpatuloy sa pamamahala ng iyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan.
- Tulungan kang ipagpatuloy ang kinakailangang pangangalaga na isinasagawa na.
- Ipaalam sa iyo ang tungkol sa iba't ibang panahon ng pagpapatala na magagamit mo at mga opsyon na maaaring mayroon ka para sa pagbabago ng mga plano.

Basahing mabuti ang iyong mga abiso upang malaman mo ang anumang mga pagbabago at maaari kang magpalit ng mga plano kung hindi ka nasisiyahan, alinman sa panahon ng Open Enrollment o isang Panahon ng Espesyal na Pagpapatala, kung kwalipikado ka.

Kapag ang isang tagapaglaan o benepisyo sa loob ng network ay hindi libre o hindi matutugunan ang iyong mga medikal na pangangailangan, dapat kang tulungan ng iyong plano na makakuha ng anumang mga **medikal na kinakailangan** na serbisyong saklaw sa labas ng network ng tagapaglaan (sa pagbabahagi ng gastos sa network).



Paghambingin: Kung mayroon kang Orihinal na Medicare, hindi mo kailangan ng **referral** para gumamit ng espesyalista sa karamihan ng mga kaso (pahina 57), at sa pangkalahatan ay hindi mo kailangan ng paunang pag-apruba para gumamit ng sakop na benepisyo.

Mahalaga! Basahin ang impormasyong makukuha mo mula sa iyong plano

Kung ikaw ay nasa isang **Plano sa Medicare Advantage**, repasuhin ang “Taunang Abiso ng Pagbabago” at “Ebidensiya ng Polisa” mula sa iyong plano bawat taon.

- **Taunang Abiso sa Pagbabago:** Kasama ang anumang mga pagbabago sa polisa, mga gastos, lugar ng serbisyo, at higit pa na ipatutupad simula sa Enero. Padadalhan ka ng plano mo ng naka-print ng kopya bago ang Setyembre 30.
- **Ebidensiya ng Polisa:** Nagbibigay sa iyo ng mga detalye tungkol sa kung ano ang polisa ng plano, magkano ang babayaran mo, at higit pa sa susunod na taon. Magpapadala sa iyo ang iyong plano ng abiso (o naka-print na kopya) bago ang Oktubre 15. Isasama nito ang impormasyon kung paano ito makukuha sa elektronikong paraan o sa pamamagitan ng koreo.

Kung hindi mo makuha ang mahahalagang dokumentong ito, kumontak sa iyong plano.

Pag-isipang mag-sign up para sa isang elektronikong bersyon ng hanbuk na “Medicare & Ikaw” sa [Medicare.gov/go-digital](https://www.medicare.gov/go-digital) dahil makakakuha ka ng impormasyon sa gastos at polisa mula sa iyong plano.

Ano ang dapat kong malaman tungkol sa mga Plano sa Medicare Advantage?

Para sumali sa isang Plano sa Medicare Advantage dapat kang:

- May Bahagi A at Bahagi B.
- Tumira sa [lugar ng serbisyo](#) ng plano.
- Mamamayan ka ng U.S., nasyonal ng U.S., o legal na nasa U.S.

Pagsali at pag-alis

- Makakasali ka sa isang Plano sa Medicare Advantage kahit na mayroon kang pre-existing na kundisyon.
- **Maaari kang sumali o mag-drop sa isang Plano sa Medicare Advantage lamang sa ilang partikular na oras sa loob ng taon.** Pumunta sa mga pahinang 71-72.
- Bawa't taon, maaaring piliin ng Plano sa Medicare Advantage na umalis sa Medicare o gumawa ng mga pagbabago sa polisa, mga gastos, lugar ng serbisyo, at higit pa. Kung magpasya ang plano na huminto sa paglahok sa Medicare, kailangan mong sumali sa isa pang Plano sa Medicare Advantage o bumalik sa Orihinal na Medicare. Pumunta sa pahina 98.
- Dapat sundin ng mga Plano sa Medicare Advantage ang ilang mga patakaran kapag nagbibigay sa iyo ng impormasyon tungkol sa kung paano sumali sa kanilang plano. Pumunta sa mga pahinang 105-106 para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga panuntunang ito at kung paano protektahan ang iyong personal na impormasyon.

Paano kung mayroon akong End-Stage Renal Disease (ESRD)?

Kung mayroon kang ESRD, maaari mong piliin ang alinman sa [Orihinal na Medicare](#) o isang [Plano sa Medicare Advantage](#) kapag nagpapasiya kung paano kukuha ng polisa ng Medicare. Kung ika'y kwalipikado lamang sa Medicare dahil mayroon kang ESRD at nagpa-opera ka para sa kidney transplant, ang iyong mga benepisyo sa Medicare benefits ay magtatapos sa 36 buwan mula sa oras ng transplant. Pumunta sa pahina 52 para sa karagdagang impormasyon tungkol sa patuloy na pagsakop para sa mga immunosuppressive na gamot.

Polisa ng gamot sa Medicare (Bahagi D)

Karamihan ng mga Plano sa Medicare Advantage ay may kasamang polisa sa gamot ng Medicare (Bahagi D). Sa ilang klase ng mga plano na hindi kasama ang polisa sa gamot ng Medicare (tulad ng Medical Savings Account Plans at ilang Private-Fee-for-Service Plans), makakasali ka sa hiwalay na plano ng gamot sa Medicare. Subalit, kung sumali ka sa isang Health Maintenance Organization o Preferred Provider Organization na plano na hindi nasasaklawan ang gamot, hindi ka makakasali sa isang Medicare na plano sa gamot.

Sa kasong ito, kakailanganin mong gumamit ng iba pang polisa ng inireresetang gamot na mayroon ka (tulad ng polisa ng amo o retirado), o pumunta nang walang polisa sa gamot. Kung magpasya kang hindi kumuha ng polisa sa gamot ng Medicare kapag ikaw ay unang kwalipikado at ang iyong iba pang pagsakop sa gamot ay hindi [credible na polisa sa inireresetang gamot](#), maaaring kailanganin mong magbayad ng multa sa huli sa pagpapatala (mga pahina 83-85) kung sasali ka sa isang Bahagi D na plano mamaya.

Paano kung may iba akong polisa?

Kausapin ang iyong amo, unyon, o ibang administrador ng benepisyo tungkol sa kanilang mga tungkulin bago ka sumali sa isang Plano sa Medicare Advantage. Sa ilang kaso, ang pagsali sa Plano sa Medicare Advantage ay maaaring sanhi ng pagkawala mo ng polisa ng iyong amo o unyon para sa iyo, sa asawa mo at mga umaasa at maaaring hindi mo sila mabawi. Sa ibang kaso, kapag sumali ka sa Plano sa Medicare Advantage, maaari mo pa rin gamitin ang polisa ng iyong amo o unyon kasama ng Plano sa Medicare Advantage na sinalihan mo. Ang iyong amo o unyon ay maaari ring maghandog ng Medicare Advantage na pang-retiradong planong pangkalusugan na tinataguyod nila. Maaari ka lamang makasama sa isang Plano sa Medicare Advantage sa isang pagkakataon.

Paano kung mayroon akong polisiyang Medicare Supplement Insurance (Medigap)?

Mahalaga! Kung mayroon kang **Medigap** at sumali sa **Plano sa Medicare Advantage**, maaaring gusto mong bitawan ang Medigap. **Tandaan, kung iiwan mo ang Medigap upang sumali sa isang Plano sa Medicare Advantage, maaaring hindi mo maibalik ang iyong patakaran sa Medigap depende sa mga tuntunin sa pagpapatala sa Medigap ng iyong estado at sa iyong sitwasyon.** Para sa higit pang mga detalye tungkol sa pag-drop sa iyong patakaran sa Medigap bumisita sa [Medicare.gov/health-drug-plans/medigap/ready-to-buy/change-policies](https://www.medicare.gov/health-drug-plans/medigap/ready-to-buy/change-policies).

Hindi ka makakabili ng Medigap habang nasa Plano sa Medicare Advantage ka maliban kung babalik ka sa **Orihinal na Medicare**. Hindi mo magagamit ang iyong Medigap para bayaran ang iyong mga **copayment**, mga **deductible**, at mga **premium** ng Plano sa Medicare Advantage.

Ano ang babayaran ko?

Ang iyong mula-sa-bulsang na mga gastos sa isang Plano sa Medicare Advantage ay nakasalalay sa:

- Kung maniningil ang plan ng buwanang premium. Ang ilang Plano sa Medicare Advantage ay may \$0 na premium (ngunit maaari mo pa ring bayaran ang Bahagi B na premium). Kung sasali ka sa isang plan na naniningil ng premium, babayaran mo ito bilang karagdagan sa Bahagi B na premium (at ang Bahagi A na premium kung wala kang premium-free na Bahagi A).
- Kung babayaran ng plano ang alinman sa iyong buwanang mga premium ng Bahagi B. Ang ilang Plano sa Medicare Advantage ay tutulong na bayaran ang lahat o bahagi ng iyong Bahagi B na premium. Ito ay kung minsan ay tinatawag na “Medicare Bahagi B premium reduction.”
- Kung ang plano ay may taunang deductible o anumang karagdagang deductible para sa ilang partikular na serbisyo.
- Ang halagang babayaran mo para sa bawa't pagbisita o serbisyo, tulad ng iyong copayment o **coinsurance**. Ang mga Plano sa Medicare Advantage ay hindi maaaring maningil ng higit sa Orihinal na Medicare para sa ilang partikular na serbisyo, tulad ng chemotherapy, dayalasis, at mga ika-21–100 na araw ng **skilled nursing facility care** na pangangalaga.
- Klase ng mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan na kailangan mo at gaano kadalas mo sila kinukuha.
- Kung makakakuha ka ng mga serbisyo mula sa isang network tagapaglaan o isang tagapaglaan na hindi nakipagkontrata sa plano. Kung pupunta ka sa isang doktor, ibang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan, pasilidad, o suplayer na hindi kabilang sa network ng plano para sa mga serbisyong hindi pang-emergency o hindi agarang pangangalaga, maaaring hindi saklawin ng iyong plano ang iyong mga serbisyo, o maaaring mas mataas ang iyong mga gastos.
- Kung pupunta ka man sa isang doktor o suplayer na tumatanggap ng **pagtatalaga** (kung ikaw ay nasa Preferred Provider Organization Plan, Private Fee-for-Service Plan, o Medical Savings Account (MSA) Plan at aalis ka sa network). Pumunta sa mga pahina 59–60 para sa karagdagang impormasyon tungkol sa pagtatalaga.
- Kung naghahandog ang plan ng mga ekstrang benepisyo (bilang karagdagan sa benepisyo ng Orihinal na Medicare) at kung kailangan mong magbayad ng ekstra para makuha sila.
- Ang taunang limitasyon ng plano sa babayaran mo mula-sa-bulsa para sa lahat ng saklaw na serbisyo sa Bahagi A at Bahagi B. Kapag naabot mo ang limitasyon na ito, wala kang babayaran para sa mga serbisyong saklaw ng Bahagi A at Bahagi B.
- Kung mayroon kang **Medicaid** o kumukuha ng tulong mula sa estado mo sa pamamagitan ng Medicare Savings Program para bayaran ang gastos mo sa Medicare. Pumunta sa mga pahinang 91–92.

Upang matuto nang higit pa tungkol sa iyong mga gastos sa isang partikular na Plano sa Medicare Advantage, kumontak sa plano o bumisita sa [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).

Paano ko malalaman kung ang aking plano ay sumasaklaw sa isang serbisyo, gamot, o suplay?

Makakakuha ka ng pagpasya mula sa plano mo bago pa man para makita kung ang nasasaklawan nito ang serbisyo, gamot o suplay. Malalaman mo din kung magkano ang kailangan mong bayaran. **Tinatawag itong “determinasyon ng organisasyon.”** Minsan ay kailangan mo ito gawin bilang paunang pahintulot para sa plano mo para saklawan ang serbisyo, gamot, o suplay. Pumunta sa pahina 101.

Ikaw, ang iyong kinatawan o ang doktor mo ay makahihiling ng determinasyon ng organisasyon. Ang hiniling na pagpapasiya ng organisasyon ay maaaring pasalista o nakasulat. Batay sa mga pangangailangan mo sa kalusugan, ikaw, kinatawan mo, o ang doktor mo ay makakahingi ng mabilis na desisyon sa kahilingan mo sa determinasyon ng organisasyon. Kapag tinanggihan ng plano mo ang polisa, dapat itong sabihin sa iyo ng plano mo sa pamamagitan ng sulat, at may karapatan kang umapela. Pumunta sa mga pahinang 97–100.

Kapag sinangguni ka ng tagapaglaan ng plano para sa serbisyo o tagapaglaan sa labas ng network, pero hindi kumuha ng determinasyon ng organisasyon bago pa man, **tinatawag itong “pagplano ng dinirektang pangangalaga.”** Sa karamihan ng kaso, hindi mo kailangang magbayad ng higit pa sa karaniwang pagbabahagi ng gastos ng plano. Magtanong sa plano mo para sa karagdagang impormasyon tungkol sa proteksiyong ito.

Mga Uri ng mga Plano sa Medicare Advantage

HMO

Plano ng Health Maintenance Organization (HMO)

Maaari ko bang makuha ang pangangalaga ng kalusugan ko mula sa sinumang doktor, ibang tagapaglaan ng pangangalaga ng kalusugan o ospital?

Hindi. Sa pangkalahatan ay dapat mong kunin ang pangangalaga mo at mga serbisyo mula sa mga doktor, ibang tagapaglaan ng pangangalaga sa kalusugan, o mga ospital sa network ng plano, (maliban para sa emergency na pangangalaga o nasa-labas-ng-lugar agarang pangangalaga, o pansamantalang nasa-labas-ng-lugar na dayalasis, na nasasaklawan kung ito man ay nilaan sa network ng plano o nasa labas ng network ng plano). Gayunpaman, ang ilang HMO Plans, na kilala bilang HMO Point-of-Service (HMOPOS) Plans, ay nag-aalok ng out-of-network na benepisyo para sa ilan o lahat ng saklaw na mga benepisyo para sa mas mataas na **copayment** o **coinsurance**.

Saklaw ba ng mga planong ito ang mga de-resetang gamot?

Sa karamihan ng mga kaso, oo. Kung nagpaplano kang mag-enroll sa isang HMO at gusto mo ng polisa ng gamot ng Medicare (Bahagi D), dapat kang sumali sa isang HMO Plan na nag-aalok ng polisa sa gamot ng Medicare. Kung sumali ka sa isang HMO plan na walang polisa sa gamot, hindi ka makakasali sa hiwalay na plano ng gamot sa Medicare.

Kailangan ko bang pumili ng isang pangunahing doktor ng pangangalaga?

Sa karamihan ng mga kaso, oo.

Kailangan ko bang humingi ng referral para magpatingin sa isang espesyalista?

Sa karamihan ng mga kaso, oo. Sa ilang serbisyo, tulad ng taunang Mammogram Mga iskrining, ay hindi kailangan ng referral.

Ano pa ang kailangan kong malaman tungkol sa ganitong uri ng plano?

- Kung kukuha ka ng hindi pang-emergency na pangangalagang pangkalusugan sa labas ng network ng plano nang walang pahintulot, maaaring kailanganin mong bayaran ang buong halaga.
- Mahalagang sundan mo ang mga patakaran ng plano, tulad ng pagkuha ng pag-apruba mula sa partikular na serbisyo kapag kailangan.
- Bumisita sa [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o magtanong sa tagapaglaan ng plano para sa karagdagang impormasyon.

MSA**Mga Plano sa Medical Savings Account (MSA)****Maaari ko bang makuha ang pangangalaga ng kalusugan ko mula sa sinumang doktor, ibang tagapaglaan ng pangangalaga ng kalusugan o ospital?**

Oo. Maaari kang pumunta sa alinmang doktor na inaprubahan ng Medicare, iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan, o ospital na sumasang-ayon na gamutin ka at hindi nag-opt out sa Medicare (para sa mga item at serbisyo ng Medicare Bahagi A at Bahagi B). Karaniwang walang network ng mga doktor, iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan, o ospital ang MSA Plans.

Saklaw ba ng mga planong ito ang mga de-resetang gamot?

Hindi. Kapag sumali ka sa isang Medicare MSA plan at kailangan ng polisa sa gamot (Bahagi D), kakailanganin mong sumali sa hiwalay na plano ng gamot sa Medicare.

Kailangan ko bang pumili ng [pangunahing doktor sa pangangalaga](#)?

Hindi.

Kailangan ko bang humingi ng [referral](#) para magpatingin sa isang espesyalista?

Hindi.

Ano pa ang kailangan kong malaman tungkol sa ganitong uri ng plano?

Ang plano ay nagdedeposito ng pera sa isang espesyal na savings account para magamit mo sa pagbabayad ng mga gastos sa pangangalagang pangkalusugan. Ang halaga ng deposito ay nag-iiba ayon sa plano. Maaari mong gamitin ang perang ito upang bayaran ang iyong mga gastos na sakop ng Medicare bago mo matugunan ang [deductible](#). Ang perang natitira sa iyong account sa katapusan ng taon ay mananatili doon. Kung pananatilihin mo ang iyong plano sa susunod na taon, magdaragdag ang iyong plano ng anumang mga bagong deposito sa halagang natitira.

- Ang MSA Plans ay hindi naniningil ng [premium](#), ngunit dapat mong ipagpatuloy ang pagbabayad ng iyong Bahagi B na premium.
- Ang plano ay magsisimula lamang na sakupin ang iyong mga gastos sa Bahagi A at Bahagi B kapag naabot mo ang isang mataas na taunang deductible, na nag-iiba ayon sa plano.
- Maaaring saklawin ng ilang plano ang ilang karagdagang benepisyo, tulad ng mga serbisyo sa paningin, pandinig, at ngipin. Maaari kang magbayad ng premium para sa karagdagang polisa na ito.
- Bumisita sa [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o tingnan ang plano para sa karagdagang impormasyon.

PPO

Preferred Provider Organization (PPO) plans

Maaari ko bang makuha ang pangangalaga ng kalusugan ko mula sa sinumang doktor, ibang tagapaglaan ng pangangalaga ng kalusugan o ospital?

Ang mga plano ng PPO ay mayroong mga doktor sa network, mga espesyalista, mga ospital, at iba pang mga tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan na magagamit mo. Maaari ka ring gumamit ng mga tagapaglaan na wala sa network para sa mga saklaw na serbisyo, kadalasan para sa mas mataas na halaga, kung sumang-ayon ang tagapaglaan na gamutin ka at hindi nag-opt out sa Medicare (para sa mga item at serbisyo ng Medicare Bahagi A at Bahagi B). Lagi kang nasasaklawan para sa emergency at agarang pangangalaga.

Saklaw ba ng mga planong ito ang mga de-resetang gamot?

Sa karamihan ng mga kaso, oo. Kung nagpaplano kang mag-enroll sa isang PPO at gusto mo ng polisa ng gamot ng Medicare (Bahagi D), dapat kang sumali sa isang plano ng PPO na nag-aalok ng polisa ng gamot ng Medicare. Kung sumali ka sa isang PPO plan na walang polisa sa gamot, hindi ka makakasali sa hiwalay na plano ng gamot sa Medicare.

Kailangan ko bang pumili ng pangunahing doktor sa pangangalaga?

Hindi.

Kailangan ko bang humingi ng referral para magpatingin sa isang espesyalista?

Sa karamihan ng mga kaso, hindi. Kung gumamit ka ng mga espesyalista sa plano (sa loob ng network), ang mga gastos mo para sa mga saklaw na serbisyo ay karaniwang mas mababa kaysa kung gumamit ka ng mga espesyalista na wala sa plano (sa labas ng network).

Ano pa ang kailangan kong malaman tungkol sa ganitong uri ng plano?

- Dahil ang ilang mga tagapaglaan ng PPO ay “ginustong,” maaari kang makatipid ng pera sa pamamagitan ng paggamit sa kanila.
- Bumisita sa [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o tingnan ang plano para sa karagdagang impormasyon.

PFFS**Private Fee-for-Service (PFFS) na Plano****Maaari ko bang makuha ang pangangalaga ng kalusugan ko mula sa sinumang doktor, ibang tagapaglaan ng pangangalaga ng kalusugan o ospital?**

Maaari kang pumunta sa sinumang doktor na inaprubahan ng Medicare, ibang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan, o ospital na tumatanggap ng mga tuntunin sa pagbabayad ng plano, sumasang-ayon na gamutin ka, at hindi nag-opt out sa Medicare (para sa mga item at serbisyo ng Bahagi A at Bahagi B ng Medicare). Kapag sumali ka sa isang Private Fee-for-Service na Plano na may network, maaari ka ring magpatingin sa alinman sa mga tagapaglaan ng network na sumang-ayong palaging gamutin ang mga miyembro ng plano. Maaari ka ring pumili ng nasa-labas-ng-network na doktor, ospital, o ibang tagapaglaan, na tumatanggap sa mga tuntunin ng plano, pero baka mas malaki ang babayaran mo.

Saklaw ba ng mga planong ito ang mga de-resetang gamot?

Minsan. Kung hindi naghahandog ang iyong PFFS na plano ng polisa sa gamot, makakasali ka sa hiwalay na plano ng gamot sa Medicare para kumuha ng polisa (Bahagi D).

Kailangan ko bang pumili ng pangunahing doktor sa pangangalaga?

Hindi.

Kailangan ko bang humingi ng referral para magpatingin sa isang espesyalista?

Hindi.

Ano pa ang kailangan kong malaman tungkol sa ganitong uri ng plano?

- Ang plano ang magpapasya kung magkano ang babayaran mo para sa mga serbisyo. bawa't taon ang plano ay magpapadala ng "Taunang Abiso ng Pagbabago" at "Ebidensiya ng Polisa" na may impormasyon tungkol sa iyong pagbabahagi sa gastos.
- Ang ilang PFFS Plans ay nakikipagkontrata sa isang network ng mga tagapaglaan na sumasang-ayon na palagi kang tratuhin, kahit na hindi mo pa nagamit ang mga ito dati.
- Maaaring magpasya ang mga wala sa network na doktor, ospital, at iba pang tagapaglaan na huwag kang gamutin, kahit na ginamit mo na ang mga ito dati.
- Sa isang medikal na emerhensiya, dapat kang gamutin ng mga doktor, ospital, at iba pang tagapaglaan.
- Para sa bawa't serbisyong makukuha mo, tiyaking ipakita ang iyong card ng miyembro ng plan sa bawa't tagapaglaan bago ka magamot.
- Bumisita sa [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o tingnan ang plano para sa karagdagang impormasyon.

SNP

Special Needs Plan (SNP)

Ang SNP ay nagbibigay ng mga benepisyo at serbisyo sa mga taong may partikular na malala at malalang sakit, ilang partikular na pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan, o mayroon ding polisa ng **Medicaid**. Kasama sa mga SNP ang mga serbisyo sa koordinasyon ng pangangalaga at iniangkop ang kanilang mga benepisyo, mga pagpipilian sa tagapaglaan, at listahan ng mga gamot (mga pormularyo) upang pinakamahusay na matugunan ang mga partikular na pangangailangan ng mga grupong kanilang pinaglilingkuran.

Maaari ko bang makuha ang pangangalaga ng kalusugan ko mula sa sinumang doktor, ibang tagapaglaan ng pangangalaga ng kalusugan o ospital?

Sinasaklaw ng ilang SNP ang mga serbisyo sa labas ng network at ang ilan ay hindi. Tingnan sa plano upang malaman kung saklaw nila ang mga serbisyo sa labas ng network, at kung gayon, kung paano ito nakakaapekto sa iyong mga gastos.

Saklaw ba ng mga planong ito ang mga de-resetang gamot?

Oo. Lahat ng mga SNP ay dapat magbigay ng polisa sa de-resetang gamot ng Medicare (Bahagi D).

Kailangan ko bang pumili ng pangunahing doktor sa pangangalaga?

Ang ilang mga SNP ay nangangailangan ng mga pangunahing doktor sa pangangalaga at ang ilan ay hindi. Tingnan ang plano upang malaman kung kailangan mong pumili ng pangunahing doktor sa pangangalaga.

Kailangan ko bang humingi ng referral para magpatingin sa isang espesyalista?

Ang ilang mga SNP ay nangangailangan ng mga referral at ang ilan ay hindi. Ang ilang partikular na serbisyo, tulad ng taunang iskrining sa mga mammogram, ay hindi nangangailangan ng referral. Tingnan ang plano para malaman kung kailangan mo ng referral.

Ano pa ang kailangan kong malaman tungkol sa ganitong uri ng plano?

- Ang mga pangkat na ito ay kwalipikado, ngunit hindi kinakailangan, na magpatala sa isang SNP:
 - **Dual Eligible SNP (D-SNP):** Mga taong kwalipikado para sa parehong Medicare at Medicaid. Kontrata ang mga D-SNP sa iyong programang Medicaid ng estado upang tumulong na i-coordinate ang iyong mga benepisyo sa Medicare at Medicaid. Ang ilang D-SNP ay maaaring magbigay ng mga serbisyo ng Medicaid bilang karagdagan sa mga serbisyo ng Medicare. Tawagan ang opisina ng iyong State Medical Assistance (Medicaid) para i-verify ang iyong pagiging kwalipikado sa Medicaid.
 - **Panmatagalang Kondisyon SNP (C-SNP):** Mga taong may partikular na malubha o hindi nagpapagana ng mga malalang kondisyon (tulad ng diyabetis, End-Stage Renal Disease (ESRD), HIV/AIDS, talamak na pagpalya ng puso, o dementia). Maaaring higit pang limitahan ng mga plano ang pagiging miyembro sa isang talamak na kondisyon o isang pangkat ng mga nauugnay na malalang kondisyon.
 - **Institusyonal na SNP (I-SNP):** Mga taong nakatira sa ilang partikular na institusyon (tulad ng mga nursing home) o nakatira sa komunidad ngunit nangangailangan ng mataas na antas ng nursing care sa bahay.
- Upang mahanap at ihambing ang mga SNP o iba pang **Plano sa Medicare Advantage**



[Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare)

I-filter ang iyong mga resulta ng paghahanap ayon sa “Mga Espesyal na Plano sa Pangangailangan” para malaman kung may available na SNP sa iyong lugar. Tingnan ang plano para sa karagdagang impormasyon.

Maaari kang sumali, lumipat, mag-drop, o gumawa ng mga pagbabago sa iyong Plano sa Medicare Advantage

Panahon ng Paunang Pagpapatala Pumunta sa pahina 17.	Noong una kang naging kwalipikado para sa Medicare	Kapag una kang naging kwalipikado para sa Medicare, maaari kang sumali sa isang Plano sa Medicare Advantage. Kung sumali ka sa isang Plano sa Medicare Advantage sa panahon ng iyong Panahon ng Paunang Pagpapatala, maaari kang lumipat sa isa pang Plano sa Medicare Advantage (mayroon o walang polisa sa gamot) o bumalik sa Orihinal na Medicare (mayroon man o walang hiwalay na plano sa gamot ng Medicare) sa loob ng unang 3 buwan na iyong magkaroon ng Medicare.
Panahon sa Pangkalahatang Pagpapatala Pumunta sa pahina 18.	Enero 1 hanggang Marso 31	Kung mayroon kang Bahagi A na polisa at kumuha ka ng Bahagi B para sa unang beses sa panahong ito, maaari ka ring sumali sa Plano sa Medicare Advantage. Magsisimula ang iyong polisa sa unang araw ng buwan pagkatapos mong mag-sign up. Tandaan, dapat mayroon kang parehong Bahagi A at Bahagi B para makasali sa isang Plano sa Medicare Advantage.
Panahon ng Bukas na Pagpapatala	Oktubre 15 hanggang Disyembre 7	Maaari ka lang makasali, lumipat o bumitas sa Plano sa Medicare Advantage sa mga panahon ng pag-enroll sa ibaba. Ang polisa mo ay magsisimula sa Enero 1 (sa kundisyon na makuha ng plano ang kahilingan mo sa Disyembre 7). Kung sasali ka sa isang Plano sa Medicare Advantage sa panahong ito ngunit nagbago ang iyong isip, maaari kang bumalik sa Orihinal na Medicare o lumipat sa ibang Plano sa Medicare Advantage (depende sa kung aling polisa ang mas mahusay para sa iyo) sa panahon ng Panahon ng Bulas na Pagpapatala sa Medicare Advantage (Enero 1 – Marso 31) na inilarawan sa susunod na pahina.

Panahon ng Bukas na Pagpapatala sa Medicare Advantage	Enero 1 hanggang Marso 31 Tandaan: Isang beses ka lang makakapagpalit ng mga plano sa panahong ito. Magsisimula ang polisa sa unang bahagi ng buwan pagkatapos makuha ng plano ang iyong kahilingan.	Kung ikaw ay nasa isang Plano sa Medicare Advantage (mayroon o walang polisa sa gamot), sa panahong ito maaari kang: - Lumipat sa ibang Plano sa Medicare Advantage (mayroon o walang polisa sa gamot). - I-drop ang iyong Plano sa Medicare Advantage at bumalik sa Orihinal na Medicare. Makakasali ka rin sa isang plano ng gamot sa Medicare. Sa panahong ito, ikaw ay hindi maaaring: - Lumipat mula sa Orihinal na Medicare papunta sa Plano sa Medicare Advantage. - Sumali sa isang plano ng gamot sa Medicare kung ikaw ay mayroong Orihinal na Medicare. - Lumipat mula sa isang plano ng gamot sa Medicare papunta sa iba kung ikaw ay mayroong Orihinal na Medicare. Isang pagbabago lang ang magagawa mo sa panahong ito, at anumang mga pagbabagong gagawin mo ay may bisa sa unang buwan makalipas makuha ng plano ang kahilingan mo. Kung bumabalik ka sa Orihinal na Medicare at sumasali sa plano ng gamot, hindi mo kailangang kontakin ang iyong Plano sa Medicare Advantage para mag-disenroll. Ang pag-disenroll ay awtomatikong mangyayari kapag sumali ka sa plano ng gamot.
Panahon ng Espesyal na Pagpapatala Pumunta sa pahina 17.	Kwalipikadong Kaganapan sa Buhay	Sa karamihan ng mga kaso, kung sasali ka sa isang Plano sa Medicare Advantage, dapat mong itago ito para sa taon ng kalendaryo simula sa petsa ng pagsisimula ng iyong polisa. Gayunpaman, sa ilang partikular na sitwasyon, tulad ng kung lumipat ka o nawalan ka ng iba pang saklaw ng seguro, maaari kang sumali, lumipat, o mag-drop ng Plano sa Medicare Advantage sa panahon ng Panahon ng Espesyal na Pagpapatala. Pumunta sa pahina 80.
5-bituin na Panahon ng Espesyal na Pagpapatala	Disyembre 8 hanggang Nobyembre 30 sa susunod na taon. Tandaan: Isang beses ka lang makakapagpalit ng mga plano sa panahong ito.	Gumagamit ang Medicare ng mga rating mula 1–5 star para tulungan kang paghambingin ang mga plano batay sa kalidad at performance. Kung ang isang Plano sa Medicare Advantage, plano ng gamot sa Medicare, o Plano ng Gastos sa Medicare na may 5-bituing de-kalidad na marka ay available sa iyong lugar, maaari mong gamitin ang 5-bituing na Panahon ng Espesyal na Pagpapatala upang lumipat mula sa iyong kasalukuyang plano ng Medicare patungo sa isang Medicare plan na may 5-star na kalidad ng rating. Bumisita sa Medicare.gov para sa karagdagang impormasyon.

Mahalaga! Kung aalisin mo ang iyong patakaran sa Medicare Supplement Insurance (**Medigap**) upang sumali sa isang **Plano sa Medicare Advantage**, maaaring hindi mo makuha ang parehong patakaran. Gayundin, kung gusto mong bumalik sa **Orihinal na Medicare** at huwag i-drop ang iyong Plano sa Medicare Advantage sa loob ng 12 buwan ng pagsali sa Plano sa Medicare Advantage, maaari kang maging limitado sa iyong kakayahang makakuha ng patakaran ng Medigap kapag bumalik ka sa Orihinal na Medicare. Pumunta sa pahina 78.

Tandaan: Sa pangkalahatan, kapag sumali ka sa isang Plano sa Medicare Advantage, dapat mong panatilihin ang planong iyon para sa natitirang bahagi ng taon, maliban kung i-drop mo ito upang bumalik sa Orihinal na Medicare sa loob ng 12 buwan ng pagsali sa Plano sa Medicare Advantage. Maaari mong i-drop o baguhin ang Medicare Advantage Plans sa panahon ng Bukas na Pagpapatala, o Bukas na Pagpapatala sa Medicare Advantage, o kung kwalipikado ka para sa isang Espesyal na Panahon ng Enrollment.

Nag-aalok ba ang Medicare ng iba pang mga uri ng mga plano o programa para makakuha ng polisa sa kalusugan?

Oo, maaaring mag-alok ang Medicare ng ilang iba pang mga plano at programa sa iyong lugar. Ang ilan ay nagbibigay ng parehong Bahagi A (Segurong Pang-ospital) at Bahagi B (Segurong Pang-medikal) na polisa, habang ang iba ay nagbibigay lamang ng Bahagi B na polisa. Ang ilan ay nagbibigay rin ng polisa ng gamot sa Medicare (Bahagi D). Mayroon silang ilang (ngunit hindi lahat) mga kaparehong patakaran tulad ng mga Plano sa Medicare Advantage. Gayunpaman, ang bawa't isa ay may mga espesyal na panuntunan at pagbubukod, kaya dapat kang kumontak sa anumang mga plano na interesado ka para makakuha ng higit pang mga detalye.

Mga Plano sa Gastos ng Medicare

Ang Mga Plano sa Gastos ng Medicare ay isang uri ng **planong pangkalusugan ng Medicare** na magagamit sa ilang mga partikular at limitadong lugar ng bansa.

- Sa pangkalahatan, maaari kang sumali kahit na mayroon ka lamang Bahagi B.
- Kung mayroon kang Bahagi A at Bahagi B at pumunta sa isang tagapaglaan na hindi sa network, sinasaklaw ng Orihinal na Medicare ang mga serbisyo. Babayaran mo ang Bahagi A at Bahagi B na **coinsurance** at mga **deductible**.
- Maaari kang sumali anumang oras na tumatanggap ang Medicare Cost Plan ng mga bagong miyembro.
- Maaari kang umalis anumang oras at bumalik sa Orihinal na Medicare.
- Maaari kang sumali sa isang hiwalay na plano sa gamot ng Medicare, o maaari kang makakuha ng polisa sa gamot ng Medicare (Bahagi D) mula sa Plano sa Gastos ng Medicare (kung inaalok). Maaari mong piling kumuha ng hiwalay na plano sa gamot ng Medicare kahit na ang Medicare Cost Plan ay nag-aalok ng polisa sa gamot ng Medicare. Maaari ka lamang magdagdag o mag-drop ng polisa sa gamot sa ilang partikular na oras (pahina 80–81).

Pumunta sa [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) para malaman kung mayroong mga Plano sa Gastos sa Medicare ang iyong lugar. Maaari kang kumontak sa plano kung saan ka interesado para sa karagdagang impormasyon. Pumunta sa mga pahinang 114–117 para sa numero ng telepono ng iyong lokal na SHIP. Ang isang pinagkakatiwalaang ahente o broker ay maaari ring makatulong.

Programang Saklaw-lahat na Pangangalaga para sa mga Matatanda (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)

Ang PACE ay isang programa ng Medicare at **Medicaid** at Medicaid na inaalok sa maraming estado na nagpapahintulot sa mga taong nangangailangan ng antas ng pangangalaga na kagaya ng nursing home upang manatili sa komunidad, tulad ng isang tahanan, apartment, o iba pang naaangkop na setting:

- Ika'y 55 o higit pa.
- Nakatira ka sa **lugar ng serbisyo** ng isang organisasyon ng PACE.
- Na-certify ka ng iyong estado bilang nangangailangan ng pangangalaga sa antas ng nursing home.
- Sa oras na sumali ka, maaari kang mamuhay nang ligtas sa komunidad sa tulong ng mga serbisyo ng PACE.

Sinasaklaw ng PACE ang lahat ng pangangalaga at serbisyong saklaw ng Medicare at Medicaid, at iba pang mga serbisyo na ipinasiya ng pangkat ng PACE ng mga propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na kinakailangan upang mapabuti at mapanatili ang iyong kalusugan at kagalingan. Kabilang dito ang mga gamot, gayundin ang anumang iba pang **medikal na kinakailangang** pangangalaga, tulad ng mga pagbisita sa doktor o tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan, transportasyon, pangangalaga sa bahay, mga pagbisita sa ospital, at kahit na mga pananatili sa nursing home kung kinakailangan.

Kung mayroon kang Medicaid, hindi mo kailangang magbayad ng buwanang **premium** para sa pangmatagalang bahagi ng pangangalaga ng benepisyo ng PACE. Kung mayroon kang Medicare ngunit hindi Medicaid, sisingilin ka ng buwanang premium upang masakop ang bahagi ng pangmatagalang pangangalaga ng benepisyo ng PACE at isang premium para sa polisa ng gamot ng Medicare (Bahagi D). Gayunpaman, sa PACE, walang anumang **deductible** o **copayment** para sa anumang gamot, serbisyo, o pangangalaga na inaprubahan ng pangkat ng PACE ng mga propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan.

Bumisita sa **[Medicare.gov/pace](https://www.medicare.gov/pace)** para malaman kung mayroong organisasyon ng PACE na naglilingkod sa iyong komunidad.

Inobasyon sa Medicare

Bumubuo ang Medicare ng mga makabagong modelo, **mga demonstrasyon**, at eksperimental na inisyatiba upang subukan at sukatin ang epekto ng mga potensyal na pagbabago sa Medicare. Ang mga hakbangin na ito ay nakakatulong na makahanap ng mga bagong paraan upang ikonekta ka sa pangangalagang nakabatay sa halaga, na nakatutok sa mas mahusay na kalidad ng pangangalaga, pagganap ng tagapaglaan, at karanasan sa iyong pasyente. Ang mga inisyatiba na ito ay maaari ring magsama ng mas mababang gastos at maaaring mag-alok sa iyo ng mga karagdagang benepisyo at serbisyo. Gumagana lamang sila para sa isang limitadong oras at para sa isang partikular na grupo ng mga tao at/o inaalok lamang sa mga partikular na lugar.

Kasama sa mga halimbawa ng kasalukuyan at hinaharap na mga modelo, demonstrasyon, at pilot na inisyatiba ang mga inobasyon sa dementia, pangunahing pangangalaga, pangangalagang nauugnay sa mga partikular na pamamaraan (tulad ng pagpapalit ng balakang at tuhod), pangangalaga sa kanser, **skilled nursing facility** na pangangalaga o pangangalaga sa rehabilitasyon, at pangangalaga sa mga taong may talamak na sakit sa bato at End-Stage Renal Disease (ESRD). Sinasaliksik din ng Medicare ang mga inobasyon sa pamamagitan ng **Accountable Care Organizations (ACOs)**.

Tanungin ang iyong doktor kung lumahok sila sa mga modelong ito, demonstrasyon, at pilot program at kung ano ang kahulugan nito para sa iyong pangangalaga. Upang matuto nang higit pa tungkol sa kasalukuyang mga modelo ng Medicare, demonstrasyon, at pilot na inisyatiba, tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.



Pumunta sa mga pahinang 10-14 para sa numero sa telepono ng iyong lokal Medicare.

Seksyon 5:

Suplementong Seguro sa Medicare (Medigap)

Paano gumagana ang Medigap?

Ang **Orihinal na Medicare** ay hindi nagbabayad sa lahat ng gastos sa mga saklaw na serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan at mga suplay. Ang mga polisiya ng Suplementong Seguro ng Medicare (**Medigap**) na tinitinda ng mga pribadong kompanya sa seguro, ay makakatulong sa pagbabayad ng ilan sa natitirang gastos sa pangangalaga ng kalusugan para sa mga saklaw na serbisyo at mga suplay, tulad ng mga **copayment**, **coinsurance**, at mga **deductible**.

Sinasaklaw din ng ilang mga polisiya ng Medigap ang mga serbisyong hindi saklaw ng Orihinal na Medicare, tulad ng pangangalagang pang-medikal kapag naglalakbay ka sa labas ng U.S. Sa pangkalahatan, hindi saklaw ng Medigap ang pangmatagalang pangangalaga (tulad ng pangangalaga sa isang nursing home), mga serbisyo sa paningin o ngipin, mga pantulong sa pandinig, mga salamin sa mata, o private-duty nursing.

Ang mga Medigap na polisiya ay standardisado.

Ang bawat Medigap policy ay dapat sumunod sa mga batas pederal at ng estado na dinesenyo para protektahan ka at dapat malinaw na matukoy ang policy bilang “Medicare Supplement Insurance.” Ang mga kompanya ng seguro ay maaaring magbenta lamang sa iyo ng mga “standardized” na mga plano, na pinangalanan sa karamihan ng mga estado sa pamamagitan ng mga titik A-D, F, G, at K-N. Ang lahat ng mga plano na may parehong sulat ay nag-aalok ng parehong mga pangunahing benepisyo, saan ka man nakatira o kung saang kompanya ng seguro ka bumili ng patakaran. Ang ilan ay nag-aalok ng mga karagdagang benepisyo. Ihambing ang mga benepisyo ng bawat naka-letrang plano upang makahanap ng isa na tumutugon sa iyong mga pangangailangan. Sa Massachusetts, Minnesota, at Wisconsin, ang mga patakaran ng Medigap ay na-standardize sa ibang paraan. Kumuha ng impormasyon at hanapin ang mga polisiya ng Medigap sa iyong lugar:



[Medicare.gov/medigap-supplemental-seguro-plans](https://www.medicare.gov/medigap-supplemental-seguro-plans)

Maaari mo ring bumisita sa [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications) upang repasuhin ang librito na “Pagpili ng Polisiya sa Medigap: Isang Gabay sa Segurong Pangkalusugan para sa mga Taong may Medicare.”

Mahalaga! Ang mga Medigap plan na binenta sa mga taong bago sa Medicare sa o makalipas ang Enero 1, 2020 ay hindi papayagang sumaklaw sa Bahagi B na deductible. Dahil dito, Ang Plan C at F ay hindi na magagamit ng mga tao na bagong nararapat para sa Medicare sa o makalipas ang Enero 1, 2020. Gayunpaman, kung kwalipikado ka para sa Medicare bago ang Enero 1, 2020, ngunit hindi pa nakakapag-enroll, maaari kang bumili ng Plan C o Plan F. Habang ang mga taong bago sa Medicare sa o pagkatapos ng Enero 1, 2020, ay hindi makakabili Plans C at F, may karapatan silang bumili ng mga Planong D at G (sa halip na Plans C at F), na nagbibigay ng parehong mga benepisyo maliban sa polisa para sa Bahagi B na mababawas.



Tandaan: Pumunta sa mga pahinang 119–122 para sa mga kahulugan ng **asul** na mga salita.

Paano ko ihahambing ang mga Medigap na plano?

Ang chart sa ibaba ay nagpapakita ng pangunahing impormasyon tungkol sa iba't ibang benepisyong sakop ng Medicare Supplement Insurance (Medigap) sa 2024. Kung may porsiyentong lalabas, nasasaklawan ng Medigap plan ang porsiyentong iyon ng benepisyo at responsable kang bayaran ang natitira.

Mga Benepisyo	Mga Plano sa Medigap									
	A	B	C	D	F*	G*	K	L	M	N
Ang Medicare na Bahagi A na coinsurance at mga gastos sa ospital (hanggang sa karagdagang 365 na araw matapos magamit ang mga benepisyong Medicare)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Medicare na Bahagi B coinsurance o copayment	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%***
Dugong benepisyo (unang 3 pint)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
Bahagi A na pangangalagang hospisyo na coinsurance o copayment	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
Skilled nursing facility na pangangalaga na coinsurance			100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
Bahagi A na deductible		100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	50%	100%
Bahagi B na deductible			100%		100%					
Bahagi B na mga sobrang singil					100%	100%				
Banyagang biyaheng emergency (hanggang sa mga limitasyon ng plan)			80%	80%	80%	80%			80%	80%
							Mula-sa-bulsang limitasyon sa 2024**			
							\$7,060	\$3,530		

- * Ang mga Planong F at G ay naghahandog din ng mataas na deductible na plano sa ilang mga estado. Sa opsiyong ito, dapat mong bayaran ang mga gastos ng mga saklaw na serbisyo ng Medicare na gastos (coinsurance, mga copayment at mga deductible) hanggang sa deductible na halaga na \$2,800 sa 2024 bago may bayaran ang iyong policy. (Hindi ka makakabili ng Plans C at F kung bago ka sa Medicare noong Enero 1, 2020 o pagkatapos nito. Pumunta sa pahina 75.)
- ** Para sa Plan K at L, matapos mo matugunan ang iyong mga mula-sa-bulsang taunang limitasyon at ang iyong taunang Bahagi B na deductible (\$240 sa 2024), nagbabayad ang Medigap plan ng 100% ng mga nasasaklawang serbisyo para sa natitirang bahagi ng taon ng kalendaryo.
- *** Ang Plano N ay nagbabayad sa 100% ng coinsurance ng Bahagi B. Dapat kang magbayad ng copayment na umaabot ng \$20 para sa mga pagbisita sa tanggapan at copayment na umaabot ng \$50 sa mga pagbisita sa emergency room na hindi nagreresulta sa pag-admit bilang inpatient.

Bumisita sa Medicare.gov para sa 2025 na mga halaga.

Ano pa ang dapat kong malaman tungkol sa Medigap?

Bago ka makabili ng Medicare Supplement Insurance (**Medigap**), dapat ay mayroon kang Bahagi A at Bahagi B sa pangkalahatan. Sa Medigap, nagbabayad ka ng buwanang **premium** sa isang pribadong kompanya ng seguro bilang karagdagan sa buwanang Bahagi B na premium na binabayaran mo sa Medicare. **Kung nag-iisip ka tungkol sa pagbili ng Medigap, siguraduhing ihambing ang mga plano. Maaaring mag-iba ang mga gastos sa pagitan ng mga planong inaalok ng iba't ibang kumpanya para sa eksaktong parehong polisa, at maaaring tumaas habang tumatanda ka. Nililimitahan ng ilang estado ang mga gastos sa premium ng Medigap.** Sinasaklawan ng Medigap policy ang isang tao lang. Dapat bumili ang mga mag-asawa ng magkakahiwalay na policy.

Tandaan: Sa ilang estado, maaari kang makabili ng ibang klase ng Medigap policy na tinatawag na Medicare SELECT. Ito ay mga standardized na plano na maaaring kailanganin kang gumamit ng mga ospital at, sa ilang mga kaso, ang mga doktor sa loob ng network nito ay narapat sa mga buong benepisyo (maliban sa emerhensiya). Kung bibili ka ng Medicare SELECT, mayroon kang mga karapatan na baguhin ang iyong isip sa loob ng 12 buwan at lumipat sa karaniwang Medigap.

Maaari ba akong bumili ng Medigap at isang hiwalay na plano sa gamot ng Medicare mula sa parehong kumpanya?

Oo. Ngunit maaaring kailanganin mong gumawa ng 2 magkakahiwalay na pagbabayad ng premium. Kontakin ang kompanya ng para malaman kung paano babayaran ang iyong premium.

Maaari ba akong magkaroon ng polisa sa gamot sa parehong Medigap at sa aking plano sa gamot sa Medicare?

Hindi. Pumunta sa pahina 89 para sa karagdagang impormasyon.

Kailan magsisimula ang isang patakaran sa Medigap?

Sa pangkalahatan, magsisimula ang iyong patakaran sa Medigap sa unang bahagi ng buwan pagkatapos mong mag-apply, ngunit maaari kang magpasya kung kailan mo ito gustong magsimula.

Kailan ang pinakamagandang oras para bumili ng patakaran sa Medigap?

- Ang pinakamagandang oras para bumili ng polisiya sa Medigap ay sa iyong Panahon ng Bukas na Pagpapatala ng Medigap. Ang 6-na buwang panahong ito ay magsisimula sa unang buwan na mayroon kang Medicare Bahagi B (Medical Insurance), **at** ikaw ay edad 65 o mas matanda. (Ang ilang mga estado ay may mga karagdagang Panahon ng Bukas na Pagpapatala.) **Pagkatapos ng panahon ng pagpapatala na ito, maaaring hindi ka makabili ng patakaran ng Medigap o maaaring mas malaki ang halaga nito.** Sa ilang partikular na sitwasyon, maaari kang magkaroon ng mga karapatan na bumili ng patakaran sa Medigap (garantisadong mga karapatan sa isyu) sa labas ng iyong Panahon ng Open Enrollment ng Medigap.
- Kung naantala mo ang pag-sign up para sa Bahagi B dahil mayroon kang polisa na pangkalusugan ng grupo batay sa iyong kasalukuyang trabaho (o ng iyong asawa), hindi magsisimula ang iyong Panahon ng Bukas na Pagpapatala sa Medigap hanggang sa makuha mo ang Bahagi B.
- Ang pederal na batas sa pangkalahatan ay hindi nangangailangan ng mga kompanya ng seguro na magbenta ng Medigap sa mga taong wala pang edad 65. Kung wala ka pang edad 65, maaaring hindi mo mabili ang patakarang gusto mo, o anumang patakaran, hanggang sa maging edad 65 ka. Gayunpaman, ang ilang mga estado ay nangangailangan ng mga kompanya ng seguro ng Medigap na magbenta ng mga patakaran ng Medigap sa mga taong wala pang edad 65. Kung makakabili ka ng isa, maaaring mas mahal ito.

Tawagan ang iyong State Health Insurance Assistance Program (SHIP) (pumunta sa mga pahinang 114–117 para sa numero ng telepono ng iyong lokal na SHIP), o ang iyong Departamento ng Seguro ng Estado upang matuto nang higit pa tungkol sa iyong mga karapatang bumili ng patakaran sa Medigap. Ang isang pinagkakatiwalaang ahente o broker ay maaari ding tumulong.

Maaari ba akong magkaroon ng Medigap at Plano sa Medicare Advantage?

- Kung mayroon ka nang [Plano sa Medicare Advantage](#), ilegal para bentahan ka ng sinuman ng [Medigap](#) na polisiya maliban kung lilipat ka pabalik sa [Orihinal na Medicare](#). Kung hindi mo binabalak na iwan ang iyong Plano sa Medicare Advantage, at may nagsubok na bentahan ka ng Medigap policy, iulat ito sa iyong State Insurance Department.
- Kung mayroon kang Medigap at sumali sa Plano sa Medicare Advantage, maaaring gusto mong bitawan ang Medigap. Hindi mo magagamit ang iyong Medigap para bayaran ang iyong mga [copayments](#), [deductibles](#), at mga [premiums](#) ng Plano sa Medicare Advantage.

Mahalaga! Kung gusto mong kanselahin ang iyong Medigap policy, kontakin ang kompanya ng seguro. Sa karamihan ng mga kaso, kung aalisin mo ang iyong patakaran sa Medigap upang sumali sa isang Plano sa Medicare Advantage, **maaaring hindi mo muli makuha ang kaparehong polisiya, o sa ilang mga kaso, ang anumang polisiya ng Medigap** maliban kung aalis ka sa iyong Plano sa Medicare Advantage sa panahon ng iyong trial right period.

- Kung i-drop mo ang isang patakaran sa Medigap upang sumali sa isang Plano sa Medicare Advantage sa unang pagkakataon, magkakaroon ka ng isang solong 12-buwang panahon (ang iyong panahon ng pagsubok sa tamang panahon) upang maibalik ang iyong polisiya sa Medigap **kung ibebenta pa rin ito ng parehong kumpanya ng seguro** sa sandaling bumalik ka sa Orihinal na Medicare. Kung hindi ito available, maaari kang bumili ng patakaran ng Medigap na kwalipikado ka para sa ibinebenta ng isang kompanya ng seguro sa iyong estado (maliban sa Plans M o N). Maaari ka ring magkaroon ng pagkakataong magpatala sa isang plano sa gamot ng Medicare sa oras na ito.
- Kung sumali ka sa isang Plano sa Medicare Advantage noong una kang naging kwalipikado para sa Medicare Bahagi A noong edad 65, maaari kang pumili mula sa anumang patakaran ng Medigap na ibinebenta ng isang kompanya ng seguro sa iyong estado kung lilipat ka sa Orihinal na Medicare sa loob ng unang taon ng pagsali sa Medicare Advantage Plano. Maaari ka ring magkaroon ng pagkakataong magpatala sa isang plano sa gamot ng Medicare sa oras na ito.
- Ang ilang mga estado ay nagbibigay ng karagdagang mga espesyal na karapatan upang bumili ng patakaran ng Medigap.

Saan ako makakakuha ng karagdagang impormasyon?

- Tawagan ang iyong State Insurance Department. Pumunta sa o tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para makuha ang numero ng telepono nila. Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Bumisita sa [Medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans](https://www.medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans) upang mahanap ang mga patakaran at pagpepresyo sa iyong lugar.
- Pumunta sa [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications) para repasuhin ang librito na “Pagpipili sa Polisiya ng Medigap: Isang Gabay sa Segurong Pangkalusugan para sa mga Taong may Medicare.”
- Tumawag sa iyong State Health Insurance Assistance Program (SHIP). Pumunta sa mga pahinang 114–117 para sa numero ng telepono ng iyong lokal na SHIP. Ang isang pinagkakatiwalaang ahente o broker sa iyong lugar ay maaari ding makatulong.

★ Pumunta sa mga pahinang 10–14 para sa numero sa telepono ng iyong lokal Medicare.

Seksyon 6:

Polisa ng gamot sa Medicare (Bahagi D)

Paano ba gumagana ang polisa ng gamot sa Medicare?

Ang polisa ng gamot sa Medicare (Bahagi D) ay tumutulong sa pagbabayad para sa iyong mga inireresetang gamot. Ito’y opsyonal at inaalok sa lahat ng may Medicare. Kahit na hindi ka umiinom ng mga inireresetang gamot ngayon, isaalang-alang ang pagkuha ng polisa sa gamot ng Medicare. Kung magpasya kang hindi ito kunin noong una kang kwalipikado, at wala kang ibang [creditable na polisa ng inireresetang gamot](#) (tulad ng pagsakop sa gamot mula sa isang amo o unyon) o kumuha ng [Karagdagang Tulong, malamang na magbabayad ka ng multa sa nahuling pagpapatala kung sumali ka sa isang plano mamaya](#). Sa pangkalahatan, kailangan mong bayaran ang multa na ito sa kundisyon na mayroon kang planong polisa ng (Pahina 83– 85) Medicare. Kung gusto mo ng polisa sa gamot ng Medicare, dapat kang sumali sa isang Medicare- plan na naghahandog ng polisa sa gamot. Ang bawa’t plano ay maaaring mag-iba sa gastos at mga partikular na gamot na sakop. Bumisita sa [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) para makita at maihambing ang mga plano sa iyong lugar. Maaari mo ring tawagan ang iyong State Health Insurance Assistance Program (SHIP) para sa tulong sa paghahambing ng mga plano. Pumunta sa mga pahinang 114–117 para sa numero sa telepono ng iyong lokal na SHIP, o bumisita sa [shiphelp.org](https://www.shiphelp.org).

Mayroong 2 na paraan upang makakuha ng polisa ng gamot sa Medicare (Bahagi D):

- 1. Mga Plano ng gamot sa Medicare.** Ang mga planong ito ay nagdaragdag ng polisa ng gamot ng Medicare (Bahagi D) sa [Orihinal na Medicare](#), ilang Medicare Cost Plan, ilang Medicare Advantage Private Fee-for-Service na mga Plano, at Medical Savings Account (MSA) na mga Plano. Dapat mayroon kang Bahagi A at/o Bahagi B para makasali sa isang hiwalay na plano ng gamot sa Medicare.
- 2. Mga Plano sa Medicare Advantage o iba pang mga planong pangkalusugan ng Medicare na may polisa sa gamot.** Makukuha mo ang iyong Bahagi A, Bahagi B, at polisa ng gamot sa Medicare (Bahagi D) sa pamamagitan ng mga planong ito. Alalahanin na dapat ay mayroon kang Bahagi A at Bahagi B para makasali sa isang Plano sa Medicare Advantage, at hindi lahat ng Plano sa Medicare Advantage ay nag-aalok ng polisa sa gamot.

Sa alinmang kaso, dapat kang tumira sa [lugar ng serbisyo](#) ng plano na gusto mong salihan at naroroon ayon sa batas sa U.S.

Ang mga plano sa gamot ng Medicare at mga planong pangkalusugan ng Medicare na may polisa sa gamot ay tinatawag na “Polisa sa gamot ng Medicare” sa handbuk na ito.

Mahalaga! Kung mayroon kang polisa ng amo o unyon

Tawagan ang iyong administrator ng mga benepisyo bago ka gumawa ng anumang mga pagbabago, o mag-sign up para sa anumang iba pang polisa. Kung mag-sign up ka para sa iba pang polisa, maaari kang mawala sa iyong amo o pagkakasakop sa kalusugan at gamot para sa iyo at sa iyong mga dependent. Kung mangyari ito, maaaring hindi mo maibalik ang polisa ng iyong amo o unyon. Kung gusto mong malaman kung paano gumagana ang polisa ng gamot ng Medicare (Bahagi D) kasama ng iba pang polisa ng gamot, pumunta sa mga pahina 88-90.

Kailan ako makakasali, makakalipat, o makakaalis sa isang plano?

Maaari kang sumali, lumipat, o mag-drop ng isang plano sa gamot ng Medicare o isang **Plano ng Advantage ng Medicare** na may polisa sa gamot sa mga panahong ito:

- **Panahon ng Paunang Pagpapatala.** Kapag una kang naging kwalipikado para sa Medicare, maaari kang sumali sa isang plano. Pumunta sa pahina 17.
- **Panahon ng Bukas na Pagpapatala.** Mula Oktubre 15 – Disyembre 7 bawa't taon, maaari kang sumali, lumipat, o mag-drop ng isang plano. Ang polisa mo ay magsisimula sa Enero 1 (sa kundisyon na makuha ng plano ang kahilingan mo sa Disyembre 7). Pumunta sa pahina 71.
- **Panahon ng Bukas na Pagpapatala sa Medicare Advantage (kung mayroon ka nang Plano sa Medicare Advantage lamang).** Mula Enero 1 – Marso 31 bawa't taon, maaari kang lumipat sa ibang Plano sa Medicare Advantage o lumipat sa **Orihinal na Medicare** (at sumali sa isang hiwalay na plano sa gamot ng Medicare) nang isang beses sa panahong ito. Pumunta sa pahina 72.

Kung kailangan mong magbayad para sa Bahagi A, at mag-sign up ka para sa Bahagi B sa panahon ng General Enrollment Period (Enero 1 – Marso 31), maaari ka ring sumali sa isang plano sa gamot ng Medicare kapag nag-sign up ka para sa Bahagi B. Magkakaroon ka ng 2 buwan pagkatapos mag-sign up para sa Bahagi B upang sumali sa isang plano sa gamot. Ang polisa ng iyong gamot ay magsisimula sa buwan pagkatapos makuha ng plano ang iyong kahilingang sumali.

Mga Panahon ng Espesyal na Pagpapatala

Sa pangkalahatan, dapat kang manatili sa iyong plano para sa buong taon. Ngunit kapag nangyari ang ilang partikular na kaganapan sa iyong buhay, tulad ng kung lumipat ka o nawalan ng iba pang segurong polisa, maaari kang maging kwalipikado para sa Panahon ng Espesyal na Pagpapatala. Maaari kang gumawa ng mga pagbabago sa iyong plano sa kalagitnaan ng taon kung kwalipikado ka. Kumpirmahin sa tagapaglaan ng iyong plano para sa karagdagang impormasyon.

Mahalaga! Kung magsa-sign up ka para sa Bahagi A o Bahagi B sa panahon ng Panahon ng Espesyal na Pagpapatala dahil sa isang pambihirang pangyayari (pahina 18), magkakaroon ka ng 2 buwan para sumali sa isang Plano sa Medicare Advantage (na mayroon o walang polisa sa gamot) o isang plano sa gamot ng Medicare. Ang iyong polisa ay magsisimula sa unang araw ng buwan matapos makuha ng plano ang iyong Sumali.

Bumisita sa [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o magtanong sa tagapaglaan ng plano para sa karagdagang impormasyon. Maaari mo ring tawagan ang iyong State Health Insurance Assistance Program (SHIP) para sa tulong. Pumunta sa mga pahinang 114-117 para sa numero ng telepono ng iyong lokal na SHIP.

Paano ako magpapalit ng mga plano?

Maaari mong ilipat ang polisa ng gamot sa Medicare sa pamamagitan lamang ng pagsali sa isa pang plano sa isa sa mga oras na nakalista sa pahina 80. Ang iyong lumang polisa sa gamot ay magtatapos kapag ang iyong bagong polisa sa gamot ay nagsimula. Dapat kang makakuha ng sulat mula sa iyong bagong plan na nagsasabi sa iyo kung kailan magsisimula ang iyong polisa, kaya **hindi mo kailangang kanselahin ang iyong lumang plan**. Maaari ka ring tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

Paano ako makakaalis sa aking plano?

Kung gusto mong umalis sa iyong plano at ayaw mong sumali sa isang bagong plan, magagawa mo lang ito sa ilang partikular na oras (pahina 80). Maaari kang mag-disenroll sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE. Maaari ka ring magpadala ng sulat sa plano para sabihin sa kanila na gusto mong mag-disenroll. Kung iiwan mo ang iyong plano at gusto mong sumali sa isa pang plano sa gamot ng Medicare o [planong pangkalusugan ng Medicare](#) na may polisa sa gamot sa ibang pagkakataon, kailangan mong maghintay ng panahon ng pagpapatala. Maaaring kailanganin mo ring magbayad ng multa sa nahuling pagpapatala kung wala kang [creditable na polisa ng inireresetang gamot](#). Pumunta sa mga pahinang 83-85.

Basahin ang impormasyong makukuha mo mula sa iyong plano

Suriin ang “Ebidensiya ng Polisa” at “Taunang Abiso ng Pagbabago” na ipinapadala sa iyo ng iyong plano baw’t taon. Binibigyan ka ng mga detalye tungkol sa nasasaklawan ng plano, magkano ang binabayad mo at higit pa. Kasama sa Taunang Abiso ng Pagbabago ang anumang mga pagbabago sa polisa, mga gastos, mga network ng tagapaglaan, [lugar ng serbisyo](#), at higit pa na magkakabisa sa Enero. Kung hindi mo makuha ang mahahalagang dokumentong ito sa unang bahagi ng taglagas, kumontak sa iyong plano.

Magkano ang babayaran ko?

Mag-iiba-iba ang iyong mga gastos sa gamot batay sa planong pipiliin mo. Tandaan, ang polisa ng plano at mga gastos ay maaaring magbago baw’t taon. Maaaring kailanganin mong magbayad ng [premium](#), [deductible](#), mga [copayment](#), o [coinsurance](#) sa buong taon. Matuto nang higit pa tungkol sa mga gastos na ito sa susunod na pahina.

Bago!

Simula sa 2025, ang iyong mula-sa-bulsang na mga gastos sa gamot ay malilimitahan sa \$2,000. Pumunta sa pahina 83.

Ang iyong aktwal na mga gastos sa pagsakop sa gamot ay mag-iiba depende sa:

- Ang iyong mga reseta at kung ang mga ito ay nasa listahan ng mga sakop na gamot ([pormularyo](#)) ng iyong plano. Pumunta sa pahina 85.
- Saang “tier” ang isang gamot. Pumunta sa pahina 85.
- Aling bahagi ng benepisyo ng gamot ang iyong kinaroroonan (tulad ng kung naabot mo ang iyong deductible, o naabot mo ang iyong mula-sa-bulsa na limitasyon). Pumunta sa pahina 83.
- Aling botika ang ginagamit mo (kung nag-aalok ito ng mas gusto o karaniwang pagbabahagi ng gastos, wala sa network, o order sa koreo). Maaaring mas mura ang iyong mga gastos sa gamot mula sa bulsa sa isang gustong botika dahil sumang-ayon ito sa iyong plano na mas mababa ang singilin.
- Kung makakakuha ka ng [Karagdagang Tulong](#) sa pagbabayad ng iyong mga gastos sa gamot sa Medicare. Pumunta sa pahina 92.



Presyo & polisa: Ang ilang mga paraan na maaari mong mapababa ang halaga ng iyong mga gamot ay kasama ang pagpili ng mga generic kaysa sa mga reseta ng brand name o biosimilar kaysa sa mga orihinal na biological na produkto. Maaari ka ring magbayad para sa isang gamot na walang seguro (tulad ng paggamit ng mga programa sa pagtitipid sa botika o mga diskwento ng tagagawa). Tanungin ang iyong parmasyutiko—maaari nilang sabihin sa iyo kung mayroong available na mas murang opsyon. Tingnan sa iyong doktor upang matiyak na ang generic o biosimilar na opsyon ay pinakamainam para sa iyo.

Buwanang premium

Karamihan sa mga plano ng gamot ay naniningil ng buwanang bayad na nag-iiba ayon sa plano. Kung mayroon kang Bahagi B, babayaran mo ito bilang karagdagan sa Bahagi B na [premium](#). Kung ikaw ay nasa isang [Plano sa Medicare Advantage](#) o isang Plano sa Gastos sa Medicare na may polisa ng gamot, ang buwanang premium ay maaaring magsama ng halaga para sa polisa ng gamot.

Tandaan: Kontakin ang sa iyong plano (hindi Kapanatagang Panlipunan o sa Railroad Retirement Board (RRB)) kung gusto mong ibawas ang iyong premium sa gamot mula sa iyong buwanang Kapanatagang Panlipunan o RRB na pagbabayad. Kung gusto mong ihinto ang mga premium na bawas at direktang masingil, kumontak sa iyong plano.

Mahalaga! Kung mayroon kang mas mataas na kita, maaari kang magbayad ng higit pa para sa iyong polisa sa gamot sa Medicare (Bahagi D). Kung ang iyong kita ay higit sa isang tiyak na limitasyon (sa 2024 \$103,000 kung isa-isa kang nag-file o \$206,000 kung ikaw ay kasal at magkasamang magsampa), magbabayad ka ng karagdagang halaga bilang karagdagan sa iyong premium ng plano (minsan ay tinatawag na “Bahagi D IRMAA”). Kakailanganin mo ring bayaran ang dagdag na halagang ito kung ikaw ay nasa isang Plano sa Medicare Advantage na may kasamang polisa sa gamot. Hindi ito nakakaapekto sa lahat, kaya karamihan sa mga tao ay hindi magbabayad ng dagdag na halaga.

Bumisita sa [Medicare.gov](#) para sa mga 2025 na limitasyon.

Kadalasan, ibabawas ng Medicare o ng RRB ang dagdag na halaga mula sa iyong pagbabayad sa Kapanatagang Panlipunan o RRB. Kung sisingilin ka ng Medicare o ng RRB para sa dagdag na halaga sa halip na ibawas ito mula sa iyong Kapanatagang Panlipunan o RRB na bayad, dapat mong bayaran ang dagdag na halaga sa Medicare o sa RRB, hindi sa iyong plano. Kung hindi mo babayaran ang dagdag na halaga, maaari mong mawala ang iyong polisa sa gamot sa Medicare (Bahagi D). Maaaring hindi ka kaagad makasali sa isa pang plano, at maaaring kailanganin mong magbayad ng multa sa nahuling pagpapatala hangga’t mayroon kang polisa sa gamot.

Babayaran mo ang mga pagbabayad sa Bahagi D IRMAA nang hiwalay, kahit na binayaran ng iyong amo o ibang third party (tulad ng sistema ng pagreretiro) ang mga premium ng iyong plano.

Kung kailangan mong bayaran ang Bahagi D IRMAA at hindi ka sumasang-ayon (halimbawa, mayroon kang isa o higit pang mga kaganapan sa pagbabago ng buhay na nagpapababa ng iyong kita), bumisita sa [SSA.gov/medicare/lower-irmaa](#).

Taunang deductible

Ito ang halagang dapat mong bayaran bago simulan ng iyong plano na bayaran ang bahagi nito sa iyong mga sakop na gamot. Ang ilang mga plano ay walang [deductible](#). Sa ilang mga plano na may deductible, ang mga gamot sa ilang tier ay sakop bago ang deductible.

Mga Copayment o coinsurance

Ito ang mga halagang binabayaran mo para sa iyong mga sakop na gamot pagkatapos ng **deductible** (kung mayroon ang plano). Babayaran mo ang iyong bahagi at binabayaran ng iyong plano ang bahagi nito para sa mga sakop na gamot. Kung magbabayad ka ng **coinsurance**, maaaring mag-iba ang mga halagang ito dahil maaaring baguhin ng mga plano at manufacturer ng gamot ang kanilang sinisingil anumang oras sa buong taon. Ang halagang babayaran mo ay depende rin sa antas ng antas na itinalaga sa iyong gamot. Pumunta sa pahina 85.

Sa sandaling gumastos ka at ang iyong plano ng \$5,030 na pinagsama sa mga gamot (kabilang ang deductible) sa 2024, sa pangkalahatan ay magbabayad ka ng hindi hihigit sa 25% ng halaga para sa mga inireresetang gamot hanggang sa ang iyong mula-sa-bulsa na paggasta ay \$8,000.

Bago!

Out-of-pocket na limitasyon sa mga gastos sa gamot

Sa 2025, ang iyong taunang mula-sa-bulsa na mga gastos sa gamot ay malilimitahan sa \$2,000. Kapag naabot mo na ang limitasyong ito sa 2025 (mula sa iyong mula-sa-bulsa na paggastos kasama ang ilang partikular na pagbabayad na ginagawa ng ibang tao o entity, kasama ang **Karagdagang Tulong** na programa ng Medicare) hindi mo na kailangang magbayad ng **copayment** o coinsurance para sa mga sakop na Bahagi D na gamot para sa iba pa. ng taon ng kalendaryo.

Tandaan: Kung makakakuha ka ng Karagdagang Tulong, wala kang ilan sa mga gastos sa Bahagi D na ito. Pumunta sa mga pahinang 92-94.

Mahalaga! Bumisita sa [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) para makakuha ng partikular na plano ng gamot sa Medicare at mga gastos sa Plano sa Medicare Advantage, at tawagan ang mga tagapaglaan ng plano na interesado ka para makakuha ng higit pang mga detalye. Para sa tulong sa paghahambing ng mga gastos sa plano, tawagan ang iyong State Health Insurance Assistance Program (SHIP). Pumunta sa mga pahinang 114-117 para sa numero ng telepono ng iyong lokal na SHIP. Ang isang pinagkakatiwalaang ahente o broker ay maaari ring makatulong.

Bago!

Plano ng Pagbabayad ng Reseta ng Medicare

Simula sa 2025, gagana ang bagong opsyon sa pagbabayad na ito sa iyong kasalukuyang polisa sa gamot upang matulungan kang pamahalaan ang iyong mga gastos sa gamot na mula sa bulsa, sa pamamagitan ng pagpapakalat ng mga ito sa buong taon ng kalendaryo (Enero–Disyembre). **Ang opsyon sa pagbabayad na ito ay maaaring makatulong sa iyo na pamahalaan ang iyong mga gastos, ngunit hindi ito nakakatipid sa iyo ng pera o nagpapababa ng iyong mga gastos sa gamot.**

Kung pipiliin mo ang opsyon sa pagbabayad na ito, bawa't buwan ay patuloy mong babayaran ang premium ng iyong plan (kung mayroon ka nito), **at** makakakuha ka ng bill mula sa iyong planong pangkalusugan o gamot upang bayaran ang iyong mga inireresetang gamot (sa halip na bayaran ang botika). Lahat ng mga plano ay nag-aalok ng opsyon sa pagbabayad na ito, at ang **paglahok ay boluntaryo**. Walang anumang halaga ang pagsali sa Medicare Prescription Payment Plan. Kontakin ang sa iyong plano o bumisita sa [Medicare.gov/prescription-payment-plan](https://www.medicare.gov/prescription-payment-plan) para sa karagdagang impormasyon at upang malaman kung ang opsyon sa pagbabayad na ito ay tama para sa iyo.

Anong multa ng nahuling pagpapatala sapolisa ng gamot sa Medicare (Bahagi D)?

Ang multa sa huling pagpapatala ay isang halaga na permanenteng idinaragdag sa iyong **premium** sa polisa ng gamot sa Medicare (Bahagi D). Maaaring kailanganin mong magbayad ng multa sa nahuling pagpapatala kung mag-enroll ka anumang oras pagkatapos ng iyong Panahon ng Paunang Pagpapatala at mayroong isang yugto ng 63 o higit pang mga araw nang sunud-sunod kapag wala kang polisa sa gamot ng Medicare o iba pang **creditable na polisa ng inireresetang gamot**. Sa pangkalahatan kailangan mong bayaran ang multa na ito sa kundisyon na mayroon kang planong polisa ng Medicare.

84 Seksyon 6: Pagsasaklaw sa gamot ng Medicare (Bahagi D)

Kung makakuha ka ng **Karagdagang Tulong**, hindi ka magbabayad ng multa sa nahuling pagpapatala.

Mayroong 3 paraan upang maiwasang makabayad ng multa:

- 1. Kumuha ng polisa ng gamot sa Medicare (Bahagi D) kung ika'y kwalipikado para rito sa unang banda.** Kahit na hindi ka umiinom ng mga gamot ngayon, dapat mong isaalang-alang ang pagsali sa isang hiwalay na plano sa gamot ng Medicare o isang **Plano sa Medicare Advantage** na may polisa sa gamot upang maiwasan ang isang multa. Maaari kang makahanap ng isang plano na nakakatugon sa iyong mga pangangailangan na may kaunti o walang buwanang mga **premium**.
- 2. Magdagdag ng polisa sa gamot ng Medicare (Bahagi D) kung mawawalan ka ng iba pang pagkakasakop sa kredito.** Maaaring kabilang sa **creditable polisa ng inireresetang gamot** ang polisa ng gamot mula sa kasalukuyan o dating amo o unyon, TRICARE, Indian Health Service, Kagawaran ng mga Kapakanan ng mga Beterano, o indibidwal na polisa ng segurong pangkalusugan. Dapat sabihin sa iyo ng iyong tagapaglaan ng plano bawa't taon kung ang polisa ng gamot na hindi sa Medicare ay creditable na polisa. Kung pupunta ka nang 63 araw o higit pa nang sunud-sunod na walang polisa sa gamot ng Medicare o iba pang nasasaklawan ng inireresetang gamot, maaaring kailanganin mong magbayad ng multa kung magsa-sign up ka para sa polisa ng gamot ng Medicare sa ibang pagkakataon.
- 3. Panatilihin ang mga talaan na nagpapakita kung kailan ka nagkaroon ng ibang creditable na polisa ng inireresetang gamot, at sabihin sa iyong plano kapag nagtanong sila tungkol dito.** Kung hindi mo sasabihin sa iyong plano ang tungkol sa dati mong pagkakasakop sa inireresetang gamot, maaaring kailanganin mong magbayad ng multa hangga't mayroon kang polisa sa gamot ng Medicare.

Magkano pa ang babayaran ko para sa isang multa sa nahuling pagpapatala?

Ang gastos sa multa sa late na pag-enroll ay depende sa kung gaano katagal lang walang Bahagi D o creditable na polisa sa inireresetang gamot. Sa kasalukuyan, Ang multa sa nahuling pagpapatala ay kinakalkula sa pamamagitan ng pag-multiply ng 1% ng “pambansang base beneficiary premium” (\$34.70 sa 2024) sa numero ng kabuuang hindi-saklaw na mga buwan na kwalipikado ka pero wala kang polisa ng gamot sa Medicare (Bahagi D) at nabuhay nang walang ibang creditable na polisa sa inireresetang gamot. Ang panghuling halaga ay ira-round sa pinakamalapit na \$.10 at idinaragdag sa buwanan mong premium. Ang “national base beneficiary premium” ay maaaring tumaas o bumaba bawa't taon. Kung mangyari iyon, maaaring tumaas o bumaba ang halaga ng parusang babayaran mo. Pagkatapos mong makakuha ng polisa sa gamot ng Medicare, sasabihin sa iyo ng plano kung may utang kang multa at kung ano ang magiging premium mo.

Halimbawa:

Kasalukuyang kwalipikado si Gng. Martinez Martinez para sa Medicare, at natapos ang kanyang Panahon ng Paunang Pagpapatala noong Hulyo 31, 2020. Wala siyang polisa na inireresetang gamot mula sa anumang ibang pinagmulan. Hindi siya sumali noong Hulyo 31, 2020, at sa halip ay sumali sa Panahon ng Bukas na Pagpapatala na natapos noong Disyembre 7, 2022. Ang kanyang polisa ng gamot ay epektibo noong Enero 1, 2023.

2023

Dahil si Gng. Martinez Martinez ay walang creditable na polisa ng inireresetang gamot mula Agosto 2020–Disyembre 2022, ang kanyang multa noong 2023 ay 29% (1% para sa bawa't isa sa 29 na buwan) ng \$32.74 (ang national base beneficiary premium para sa 2023) o \$9.49. Dahil ang buwanang multa ay palaging naka-round sa pinakamalapit na \$.10, nagbabayad siya ng \$9.50 bawa't buwan bilang karagdagan sa buwanang premium ng kanyang plano.

Narito ang kalkulasyon:

.29 (29% na multa) × **\$32.74** (2023 base beneficiary premium) = **\$9.49**

\$9.49 na ikinalkula sa pinakamalapit na \$.10 = **\$9.50**

\$9.50 = buwanang multa ng nahuling pagpapatala ni Gng. Martinez para sa 2023

2024

Noong 2024, muling kinakalkula ng Medicare ang multa ni Gng. Martinez gamit ang 2024 base beneficiary **premium** (\$34.70). Kung kaya, ang bagong buwanang multa ni Gng. Martinez sa 2024 ay 29% ng \$34.70, o \$10.06 bawa't buwan. Dahil ang buwanang multa ay palaging naka-round sa pinakamalapit na \$0.10, nagbabayad siya ng \$10.10 bawa't buwan bilang karagdagan sa buwanang premium ng kanyang plano.

Narito ang kalkulasyon:

.29 (29% na multa) × **\$34.70** (2024 base beneficiary premium) = **\$10.06**

\$10.06 na ikinalkula sa pinakamalapit na \$0.10 = **\$10.10**

\$10.10 = buwanang multa ng nahuling pagpapatala ni Mrs. Martinez para sa 2024

Paano kung hindi ako sang-ayon sa multa ng nahuling pagpapatala?

Ang iyong polisa sa gamot sa Medicare ay magpapadala sa iyo ng sulat na nagsasaad na kailangan mong magbayad ng multa sa huli sa pagpapatala. Kung hindi ka sumasang-ayon sa iyong multa, maaari kang humiling ng pagsusuri (karaniwan ay sa loob ng 60 araw mula sa petsa sa sulat). Punan ang "reconsideration request form" na makukuha mo kasama ng iyong sulat sa petsang nakalista sa sulat. Maaari kang magbigay ng patunay na sumusuporta sa iyong kaso, tulad ng impormasyon tungkol sa nakaraang **creditable na polisa ng inireresetang gamot**. Kung kailangan mo ng tulong, tawagan ang tagapaglaan ng iyong plano.

Alin ang mga saklawna gamot?

Ang lahat ng mga plano ay dapat sumaklaw sa isang malawak na hanay ng mga inireresetang gamot na iniinom ng mga taong may Medicare, kabilang ang karamihan sa mga gamot sa ilang partikular na "mga protektadong klase," tulad ng mga gamot para sa paggamot sa kanser, HIV/AIDS, o panlulumo. Hindi kasama sa hanbuk na ito ang impormasyon tungkol sa listahan ng mga sakop na gamot (tinatawag na "**pormularyo**") ng plano dahil ang bawa't plano ay may sariling pormularyo. **Bago sumali sa isang plano, tiyaking repasuhin ang pormularyo nito.** Ang isang plano ay maaaring gumawa ng ilang pagbabago sa listahan ng gamot nito sa loob ng taon kung ito ay sumusunod sa mga alituntuning itinakda ng Medicare. Halimbawa, maaaring baguhin ng iyong plano ang listahan ng gamot nito sa loob ng taon dahil nagbabago ang mga terapiya sa gamot, inilabas ang mga bagong gamot, o nagiging available ang bagong impormasyong medikal. Maaaring tumaas ang **coinsurance** ng iyong plano para sa isang partikular na brand name na gamot o generic na gamot kapag itinaas ng tagagawa ang presyo. Ang iyong **copayment** o coinsurance ay maaaring tumaas kapag ang isang plano ay nagsimulang mag-alok ng generic na bersyon ng isang brand name na gamot o biosimilar na bersyon ng isang orihinal na biological na produkto, ngunit patuloy kang umiinom ng brand name na gamot o orihinal na biological na produkto. Sa ilang mga kaso, maaaring saklawin ng plano ang isang gamot para sa isang kondisyon ng kalusugan ngunit hindi sa isa pa.

Tandaan: Sinasaklaw ng Medicare Bahagi B ang limitadong bilang ng mga iniresetang gamot para sa outpatient. Pumunta sa pahina 39 para sa karagdagang impormasyon. Kasama sa polisa sa gamot ng Medicare (Bahagi D) ang mga gamot, tulad ng buprenorphine, upang gamutin ang Mga Karamdaman sa Paggamit ng Opioid. Sinasaklaw din nito ang mga gamot, tulad ng methadone, kapag inireseta para sa pananakit (ngunit hindi sakop sa ilalim ng Bahagi D upang gamutin ang mga Opioid Use Disorders).

Ang Bahagi D ay karaniwang naglalagay ng mga gamot sa iba't ibang antas na tinatawag na "mga tier" sa kanilang mga pormularyo. Ang mga gamot sa bawa't antas ay may iba't ibang halaga. Halimbawa, ang isang gamot sa isang mas mababang antas ay karaniwang mas mababa ang halaga sa iyo kaysa sa isang gamot sa isang mas mataas na antas.

Ano ang mangyayari kung ang aking gamot ay nasa mas mataas na antas?

Sa ilang mga kaso, kung ang iyong gamot ay nasa mas mataas na antas at ang iyong tagapagreseta (iyong doktor o iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan na legal na pinapayagang magsulat ng mga reseta) ay iniisip na kailangan mo ang gamot na iyon sa halip na isang katulad na gamot sa mas mababang antas, ikaw o ang iyong tagapagreseta ay maaaring humingi ng eksepsiyon sa iyong plano upang makakuha ng mas mababang coinsurance o copayment para sa gamot sa mas mataas na antas. Pumunta sa pahina 100 para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga eksepsiyon.

Maaaring baguhin ng mga plano ang kanilang mga pormularyo anumang oras. Maaaring abisuhan ka ng iyong plano tungkol sa anumang mga pagbabago sa **pormularyo** na nakakaapekto sa mga gamot na iniinom mo.

Kontakin ang iyong plano para sa kasalukuyang pormularyo nito, o bumisita sa website ng plano. Maaari mo ring bumisita sa [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) o tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) upang malaman kung ang isang gamot ay nasa pormularyo ng iyong plano. Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

Mahalaga! bawa't buwan na pinupunan mo ang isang reseta, ang iyong plano ay nagpapadala sa iyo ng notice na “Paliwanag ng Mga Benepisyo.” Repasuhin ang iyong abiso at repasuhin ito para sa mga pagkakamali. Kontakin ang iyong plano kung mayroon kang mga tanong o makakita ng mga pagkakamali. Kung pinaghihinalaan mo ang panloloko, tawagan ang Medicare Drug Integrity Contractor sa 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379). Pumunta sa pahina 106.

Maaaring may mga tuntunin sa polisa ang mga plano para sa ilang partikular na gamot

- **Paunang awtorisasyon:** Nililimitahan ang polisa ng isang gamot sa mga pasyenteng nakakatugon sa ilang partikular na pangangailangan. Bago mo mapunan ang reseta, dapat makipag-ugnayan ang iyong tagapagreseta sa iyong plano upang ipakita na ang gamot ay **medikal na kinakailangan** at na natutugunan mo ang ilang mga rekisito.

Ang mga plano ay maaari ding gumamit ng paunang awtorisasyon kapag sinasaklaw nila ang isang gamot para lamang sa ilang partikular na kondisyong medikal kung saan ito inaprubahan, ngunit hindi sa iba. Kapag nangyari ito, ang mga plano ay malamang na may mga alternatibong gamot sa kanilang listahan ng mga sakop na gamot (pormularyo) para sa iba pang mga kondisyong medikal na inaprubahang gamutin ng gamot. Kontakin ang iyong plano o bumisita sa kanilang website upang malaman ang tungkol sa mga kinakailangan sa paunang pahintulot.

- **Mga Limitasyon sa kantidad:** Nililimitahan kung gaano karaming gamot ang maaari mong makuha sa isang pagkakataon.
- **Step therapy:** Maaaring kailanganin mong subukan ang isa o higit pang katulad, mas murang mga gamot bago saklawin ng plano ang iniresetang gamot.
- **Mga pagsusuri sa kaligtasan ng Opioid na gamot sa pananakit sa botika:** Bago punan ng botika ang iyong mga reseta, ang iyong plano at botika ay nagsasagawa ng mga karagdagang pagsusuri sa kaligtasan, tulad ng pagsuri para sa mga pakikipag-ugnayan sa gamot at mga maling dosis.

Kasama rin sa mga pagsusuri sa kaligtasan ng opioid ang pagsuri para sa posibleng hindi ligtas na dami ng mga gamot sa pananakit ng opioid, nililimitahan ang suplay sa araw ng unang reseta para sa mga opioid, at nililimitahan ang paggamit ng mga opioid kasabay ng mga benzodiazepine (karaniwang ginagamit para sa pagkabalisa at pagtulog). Ang gamot sa pananakit ng opioid (tulad ng oxycodone at hydrocodone) ay maaaring makatulong sa ilang uri ng pananakit, ngunit may mga panganib at epekto (tulad ng pag-asa, labis na dosis, at kamatayan). Maaaring tumaas ang mga ito kapag umiinom ka ng opioids kasama ng ilang partikular na gamot, tulad ng benzodiazepines, mga anti-seizure na gamot, gabapentin, muscle relaxer, ilang antidepressant, at mga gamot para sa mga problema sa pagtulog. Tingnan sa iyong doktor o parmasyutiko kung mayroon kang mga tanong tungkol sa mga panganib o side effect.

- **Mga Programa sa Pamamahala ng Gamot:** Ang polisa ng gamot sa Medicare (Bahagi D) ay may mga programang nakahanda upang tulungan kang ligtas na gumamit ng mga opioid at benzodiazepine. Kung ang iyong paggamit ng opioid ay maaaring hindi ligtas (halimbawa, dahil sa pagkuha ng mga reseta ng opioid mula sa maraming doktor o botika, o kung nagkaroon ka ng kamakailang overdose mula sa mga opioid), makikipag-ugnayan ang iyong plano sa mga doktor na nagreseta sa kanila para matiyak na sila ay medikal na kinakailangan at ginagamit mo ang mga ito nang naaangkop.

Kung ang iyong plano ay nagpasya na ang iyong paggamit ng mga de-resetang opioid at benzodiazepine ay maaaring hindi ligtas, ang plano ay magpapadala sa iyo ng isang sulat nang maaga. Sasabihin sa iyo ng liham na ito kung ang plano ay maglilimita sa polisa ng mga gamot na ito para sa iyo, o kung kakailanganin mong kunin ang mga reseta para sa mga gamot na ito mula lamang sa isang doktor o botika na iyong pipiliin. Ikaw at ang iyong doktor ay may karapatang iapela ang mga limitasyong ito kung hindi ka sumasang-ayon sa desisyon ng plano (pahina 99). Sasabihin din sa iyo ng liham kung paano kumontak sa plano kung mayroon kang mga tanong o gusto mong umapela.

Ang mga pagsusuri sa kaligtasan ng opioid sa botika at Mga Programa sa Pamamahala ng Gamot sa pangkalahatan ay hindi nalalapat kung ikaw ay may kanser o sickle cell disease, nakakakuha ng pangangalagang pampakalma o end-of-life na pangangalaga, nasa hospisy, o nakatira sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga.

Kung naniniwala ka o ang iyong tagapagreseta na dapat talikuran ng iyong plano ang isa sa mga tuntunin sa polisa na ito, maaari kang humingi ng eksepsiyon. Pumunta sa pahina 100.

Mahalagang payo kung niresetahan ka ng mga opioid:

- Ang mga gamot na opioid ay maaaring maging isang mahalagang bahagi ng pamamahala ng sakit, ngunit maaari rin silang magkaroon ng malubhang panganib sa kalusugan kung maling gamitin.
- Sinasaklaw ng Medicare ang inireresetang naloxone, isang gamot na maaaring ireseta ng iyong doktor bilang isang panukalang pangkaligtasan kung sakaling kailanganin mong mabilis na baligtarin ang mga epekto ng labis na dosis ng opioid. Makipag-usap sa iyong doktor tungkol sa pag-inom ng naloxone sa iyong tahanan.
- Makipag-usap sa iyong doktor tungkol sa iyong dosis at ang haba ng oras na iinom ka ng opioids. Ikaw at ang iyong doktor ay maaaring magpasya sa ibang pagkakataon na hindi mo kailangang kunin ang lahat ng iyong reseta.
- Makipag-usap sa iyong doktor tungkol sa iba pang mga opsyon na polisa ng Medicare upang gamutin ang iyong pananakit, tulad ng mga non-opioid na gamot at device, terapiyang pangkatawan, acupuncture para sa lower back pain, indibidwal at grupong psychotherapy, mga serbisyo sa pagsasama ng pangkagawiang kalusugan, at higit pa.
- Huwag kailanman uminom ng mas maraming opioid kaysa sa inireseta. Gayundin, makipag-usap sa iyong doktor tungkol sa anumang iba pang mga gamot at sangkap na maaari mong gamitin.
- Ligtas na iimbak at itapon ang mga hindi nagamit na de-resetang opioid sa pamamagitan ng iyong community drug take-back program o ng iyong botika na mail-back program.

Para sa karagdagang impormasyon sa ligtas at epektibong pamamahala sa pananakit at paggamit ng opioid, bumisita sa [Medicare.gov/coverage/pain-management](https://www.medicare.gov/coverage/pain-management) o tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

Maaari ba akong makakuha ng mga awtomatikong paglalagay ng reseta sa koreo?

Ang mga plano sa gamot ng Medicare ay maaaring mag-alok ng isang boluntaryong programa sa pagpapadala ng sasakyan na nagpapahintulot sa ilang taong may Medicare na awtomatikong maihatid ang kanilang mga inireresetang gamot bago sila maubusan. Kontakin ang tagapaglaan ng iyong plano para sa karagdagang impormasyon.

Mga serbisyo sa Pamamahala ng Terapiya ng Panggagamot

Ang mga plano na may polisa sa gamot ng Medicare (Bahagi D) ay dapat mag-alok ng mga serbisyo sa Pamamahala ng Terapiya sa Panggagamot upang tulungan ang mga miyembro kung natutugunan nila ang ilang partikular na pangangailangan o nasa isang Programa sa Pamamahala ng Gamot (pahina 86). Kung kwalipikado ka, maaari mong makuha ang mga serbisyong ito nang walang bayad upang matulungan kang maunawaan kung paano pangasiwaan ang iyong mga gamot at inumin ang mga ito nang ligtas. Ang mga serbisyo ng Pamamahala ng Therapy ng Medication ay karaniwang may kasamang talakayan sa isang parmasyutiko o tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan upang repasuhin ang iyong mga gamot. Ang mga serbisyong ito ay maaaring mag-iba ayon sa plano. Kontakin ang iyong plano para sa mga partikular na detalye at para malaman kung kwalipikado ka.

Bahagi D na polisa para sa insulin

Sinasaklaw ng Bahagi D ang insulin, kabilang ang insulin na ginagamit sa isang disposable o hindi tradisyonal na insulin pump. Sinasaklaw din nito ang ilang mga medikal na suplay na ginagamit sa pag-iniksyon ng insulin, tulad ng mga syringe, gauze, at mga pamunas ng alkohol. Ang mga sakop na produkto ng insulin ay kasama sa **pormularyo** ng iyong plano.

Mahalaga! Hindi ka maaaring singilin ng mga tagapaglaan ng plano ng higit sa \$35 para sa isang buwang suplay ng baw't insulin na saklaw ng Bahagi D na kinukuha mo, at hindi mo kailangang magbayad ng **deductible** para sa insulin.

Ang mga katulad na limitasyon sa mga gastos ay nalalapat para sa tradisyonal na insulin na ginagamit sa Bahagi B-covered insulin pump. Bumisita sa [Medicare.gov/coverage/insulin](https://www.medicare.gov/coverage/insulin) upang dagdagan ang nalalaman.

Paano gumagana ang ibang seguro at mga programa sa polisa ng gamot ng Medicare (Bahagi D)?

Medicaid

Kung mayroon kang Medicare at/o buong **Medicaid**, sinasaklawan ng Bahagi D ang iyong de-resetang gamot. Subalit, Maaari pa ring saklawin ng Medicaid ang ilang gamot na hindi polisa ng Medicare.

Tandaan: Awtomatiko kang kwalipikado para sa **Karagdagang Tulong** kung mayroon kang Medicare at Medicaid. Pumunta sa pahina 92.

Polisa ng amoo unyon

Ito ay polisa ng kalusugan mula sa kasalukuyan o dating amo o unyon mo, ng iyong asawa, o ibang miyembro ng pamilya. Kapag mayroon kang polisa ng amo o unyon o iba pang segurong pangkalusugan (tulad ng planong pangkalusugan ng retirado) at Medicare, may mga patakaran kung ang Medicare o ang iba mong polisa ay unang nagbabayad (pahina 21). Kung mayroon kang polisa sa gamot batay sa iyong kasalukuyan o nakaraang trabaho, aabisuhan ka ng iyong amo o unyon baw't taon upang ipaalam sa iyo kung ang pagkakasakop mo sa gamot ay kredito. **Panatilihin ang impormasyong makukuha mo.** Tawagan ang iyong administrator ng mga benepisyo para sa karagdagang impormasyon bago gumawa ng anumang mga pagbabago sa iyong polisa.

Mahalaga! Kung nakakuha ka ng polisa sa gamot ng Medicare, ikaw, ang iyong asawa, o ang iyong mga dependent ay maaaring mawala sa iyong amo o pagkakasakop sa kalusugan ng unyon.

COBRA (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act)

Maaaring pahintulutan ka ng pederal na batas na ito na pansamantalang panatilihin ang pagkakasakop sa kalusugan ng amo o unyon pagkatapos ng trabaho o pagkatapos mong mawalan ng pagkakasakop bilang isang dependent ng sakop na empleyado. Maaaring may mga dahilan kung bakit dapat mong kunin ang Bahagi B sa halip na, o bilang karagdagan sa, polisa ng COBRA (pahina 18). Gayunpaman, kung kukuha ka ng COBRA at kwalipikado ka para sa Medicare, **ang COBRA ay maaari lamang magbayad ng maliit na bahagi ng iyong mga gastos pang-medikal**, at maaaring ikaw mismo ang magbayad ng karamihan sa mga gastos. Kontakin ang iyong COBRA plan at itanong kung anong porsyento ang binabayaran nila. Upang maiwasan ang mga hindi inaasahang singil sa medikal, maaaring kailanganin mong mag-sign up kaagad para sa Medicare. Makipag-usap sa iyong State Health Insurance Assistance Program (SHIP) para sa libre, personalisado na tulong sa desisyong ito. Pumunta sa mga pahinang 114–117 para sa numero ng telepono ng iyong lokal na SHIP.

Kung mayroon kang COBRA na may kasamang **creditable na polisa ng inireresetang gamot**, magkakaroon ka ng Panahon ng Espesyal na Pagpapatala upang makakuha ng polisa sa gamot ng Medicare (Bahagi D) nang hindi nagbabayad ng multa kapag natapos na ang polisa ng COBRA. Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa Medicare at COBRA, tawagan ang Sentro ng Koordinasyon & Pagbawi ng mga Benepisyo sa 1-855-798-2627. Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-855-797-2627. Ang isang pinagkakatiwalaang ahente o broker ay maaari ring makatulong.

Suplementong Seguro sa Medicare (Medigap) na may polisa ng gamot

Ang mga polisiya ng **Medigap** ay hindi na maaaring ibenta nang may polisa sa gamot, ngunit kung mayroon kang mas lumang patakaran sa Medigap na ibinenta kasama ang polisa ng gamot, maaari mo itong panatilihin. Maaari mong piliing sumali sa isang hiwalay na plano sa gamot ng Medicare dahil karamihan sa polisa ng gamot sa Medigap ay hindi mapagkakatiwalaan, at maaari kang magbayad nang higit pa kung sasali ka sa isang plano sa gamot sa ibang pagkakataon. Pumunta sa pahina 83.

Hindi ka maaaring magkaroon ng polisa sa gamot sa parehong Medigap at sa iyong plano sa gamot sa Medicare. Kung magpasya kang sumali sa isang hiwalay na plano sa gamot ng Medicare, sabihin sa iyong kompanya ng seguro sa Medigap upang maalis nila ang polisa sa gamot at maisaayos ang iyong mga **premium**. Tawagan ang iyong kumpanya ng seguro sa Medigap para sa karagdagang impormasyon.

Paano gumagana ang ibang seguro ng gobyerno sa polisa ng gamot ng Medicare (Bahagi D)?

Ang mga uri ng seguro na nakalista sa ibaba ay lahat ay itinuturing na creditable na polisa ng inireresetang gamot. Sa karamihan ng mga kaso, makabubuti sa iyo na panatilihin ang polisa na ito kung mayroon ka nito.

Programa sa Federal Employee Health Benefits (FEHB)

Ito ay polisa ng kalusugan para sa kasalukuyan at mga retiradong pederal na empleyado at sakop na miyembro ng pamilya. Ang mga planong ito ay kadalasang kinabibilangan ng creditable na polisa ng inireresetang gamot, kaya hindi mo kailangang kumuha ng polisa sa gamot ng Medicare (Bahagi D). Gayunpaman, kung magpasya kang kumuha ng polisa sa gamot ng Medicare, maaari mong panatilihin ang iyong FEHB plan, at sa karamihan ng mga kaso, ang Medicare ang unang magbabayad. Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [OPM.gov/healthcare-insurance/healthcare](https://www.opm.gov/healthcare-insurance/healthcare), o tawagan ang Tanggapan ng Pangangasiwa sa Empleyado sa 1-888-767-6738. Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 711. Kung ikaw ay isang aktibong pederal na empleyado, kumontak sa iyong Opisyal sa mga Benepisyo. Bumisita sa apps.opm.gov/abo para sa listahan ng mga Opisyal sa mga Benepisyo. Maaari mo ring tawagan ang iyong plano kung mayroon kang mga tanong.

Bago!

Simula sa Enero 1, 2025, ang mga kwalipikadong empleyado ng U.S. Postal Service, mga retirado, at kanilang mga pamilya ay makakakuha ng polisa sa pamamagitan ng Postal Service Health Benefits Program (PSHB) sa halip na FEHB. Bumisita sa [OPM.gov/healthcare-insurance/psbh](https://www.opm.gov/healthcare-insurance/psbh) upang dagdagan ang nalalaman.

Mga Benepisyo ng mga beterano

Ito ay polisa ng kalusugan para sa mga beterano at mga taong nagsilbi sa militar ng U.S. Maaari kang makakuha ng polisa sa gamot sa pamamagitan ng programa ng U.S. Department of Veterans Affairs (VA). Maaari kang sumali sa isang hiwalay na plano sa gamot ng Medicare, ngunit kung gagawin mo, hindi mo magagamit ang parehong uri ng polisa para sa parehong gamot nang sabay. Para sa karagdagang impormasyon, pumunta sa [VA.gov](https://www.va.gov) o tumawag sa VA sa 1-800-827-1000. Puwedeng tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.

CHAMPVA (Civilian Health and Medical Program of the Department of Veterans Affairs)

Ito ay isang komprehensibong programa sa pangangalagang pangkalusugan kung saan ibinabahagi ng Department of Veterans Affairs (VA) ang halaga ng mga polisa na serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan at mga suplay sa mga kwalipikado na taong may Medicare. Maaari kang sumali sa isang hiwalay na plano sa gamot ng Medicare, ngunit kung gagawin mo, hindi mo magagamit ang programang Meds by Mail na maaaring magbigay ng iyong mga gamot sa pagpapanatili nang walang bayad (walang mga [premium](#), mga [deductible](#), at mga [copayment](#)). Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [VA.gov/communitycare/programs/dependents/champva](https://www.va.gov/communitycare/programs/dependents/champva) o tumawag sa CHAMPVA sa 1-800-733-8387.

TRICARE (mga pangmilitar na benepisyo sa kalusugan)

Ito ay isang programa sa pangangalagang pangkalusugan para sa mga aktibong miyembro ng serbisyo, mga retirado ng militar, at kanilang mga pamilya. **Karamihan sa mga taong may TRICARE na may karapatan sa Bahagi A ay dapat ding magkaroon ng Bahagi B upang mapanatili ang kanilang mga benepisyo sa TRICARE na gamot.** Kung mayroon kang TRICARE, hindi mo kailangang sumali sa isang hiwalay na plano sa gamot ng Medicare. Gayunpaman, kung sasali ka sa ganoon, ang iyong plano ng gamot sa Medicare ay magbabayad nang una, at ang TRICARE ay magbabayad nang pangalawa.

Kung sasali ka sa isang [Plano sa Medicare Advantage](#) na may polisa sa gamot, ang iyong Plano sa Medicare Advantage at TRICARE ay maaaring mag-coordinate ng mga benepisyo kung ang iyong botika sa network ng Plano sa Medicare Advantage ay isang TRICARE network na botika din. Kung hindi, maaari kang magsampa ng iyong sariling claim upang mabayaran muli para sa iyong mga gastos mula sa bulsa. Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [tricare.mil](https://www.tricare.mil), o tawagan ang Programang Pangbotika ng TRICARE sa 1-877-363-1303. Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-877-540-6261.

Indian Health Service (IHS)

Ang IHS ay ang pangunahing tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan sa populasyon mga American Indian/Alaska Native Medicare. Ang sistema ng pangangalagang pangkalusugan mga American Indian, na binubuo ng mga programang pangkalusugan ng IHS na pinamamahalaan ng tribo, lungsod, at pederal, ay naghahatid ng ilang mga serbisyong pangkalusugan na klinikal at pang-apula sa pamamagitan ng isang network ng mga ospital, klinika, at iba pang entidad. Maraming pasilidad sa kalusugan mga American Indian ang lumahok sa polisa ng gamot ng Medicare (Bahagi D). Kung kukuha ka ng mga inireresetang gamot sa pamamagitan ng pasilidad ng kalusugan mga American Indian, patuloy mong makukuha ang mga ito nang walang bayad sa iyo, at hindi maaantala ang iyong polisa. Ang pagsali sa isang Medicare na plano sa gamot o Plano sa Medicare Advantage na may polisa sa gamot ay maaaring makatulong sa iyong pasilidad sa kalusugan mga American Indian dahil binabayaran ng plano ang pasilidad ng kalusugan mga American Indian para sa halaga ng iyong mga iniresetang gamot. Makipag-usap sa iyong lokal na tagapangasiwa ng mga benepisyong pangkalusugan mga American Indian na makakatulong sa iyong pumili ng isang plano na tumutugon sa iyong mga pangangailangan at sabihin sa iyo kung paano gumagana ang Medicare sa sistema ng pangangalagang pangkalusugan mga American Indian.



Pumunta sa mga pahinang 10–14 para sa numero sa telepono ng iyong lokal Medicare.

Seksyon 7:

Humingi ng tulong sa pagbabayad sa mga gastos sa iyong kalusugan at gamot

Medicare Savings Programs (MSPs)

Kung limitado ang kita at dulugan mo, maaaring makakuha ka ng tulong mula sa estado mo para pambayad ng gastos mo sa Medicare kung natutugunan mo ang ilang mga kundisyon.

May 4 na klaseng Medicare Savings Program:

1. **Qualified Medicare Beneficiary (QMB):** Sinasaklaw ng programa ng QMB ang Bahagi A at/o Bahagi B na mga **premium**. Bilang karagdagan, hindi pinapayagan ang mga tagapaglaan ng Medicare na singilin ka para sa mga serbisyo at item na polisa ng Medicare, kabilang ang mga **deductible**, **coinsurance**, at mga **copayment**. Kung makakakuha ka ng bill para sa mga singil na ito, sabihin sa iyong tagapaglaan o sa debt collector na ikaw ay nasa QMB Program at hindi maaaring singilin para sa mga deductible, coinsurance, at copayment ng Medicare. Kung nakagawa ka na ng mga pagbabayad sa isang bayarin para sa mga serbisyo at bagay na polisa ng Medicare, mayroon kang karapatan sa refund. Kung ikaw ay nasa isang **Plano sa Medicare Advantage**, dapat mo ring kontakin ang plano upang hilingin sa kanila na ihinto ang mga singil.

Para matiyak na alam ng iyong tagapaglaan na ikaw ay nasa QMB Program, ipakita pareho ang iyong Medicare at **Medicaid** o QMB card sa tuwing makakakuha ka ng pangangalaga. Kung mayroon kang **Orihinal na Medicare**, maaari mo ring bigyan ang iyong tagapaglaan ng kopya ng iyong “Medicare Summary Notice” (MSN). Ipapakita ng iyong MSN na ikaw ay nasa QMB Program at hindi dapat singilin. Mag-log in (o lumikha) ng iyong secure na akawnt sa Medicare sa **Medicare.gov** upang mag-sign up upang makuha ang iyong mga MSN sa elektronikong paraan.

Kung ang iyong tagapaglaan ay hindi titigil sa pagsingil sa iyo, tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Maaari rin naming kumpirmahin na ikaw ay nasa QMB Program.
2. **Maaari rin naming kumpirmahin na ikaw ay nasa QMB Program.** Saklaw ang Bahagi B na premium lamang.
3. **Qualifying Individual (QI):** Saklaw ang Bahagi B na premium lamang. Ang QI ay magagamit lamang para sa mga taong hindi kwalipikado para sa anumang iba pang polisa o benepisyo ng Medicaid.
4. **Qualified Disabled & Working Individuals (QDWI):** Saklaw ang Bahagi A na premium lamang. Maaaring kuwalipikado ka para sa programang ito kung mayroon kang kapansanan, nagtatrabaho ka, at nawala mo ang iyong mga benepisyo para sa kapansanan ng Kapanatagang Panlipunan at premium-na libreng Bahagi A dahil bumalik ka sa trabaho.

Kung nag-sign up ka para sa benepisyo ng immunosuppressive na gamot (pahina 52) at may limitadong kita at mga mapagkukunan, ngunit wala kang ganap na saklaw ng **Medicaid**, maaari kang maging kwalipikado para sa tulong sa pagbabayad ng mga gastos sa pamamagitan ng QMB, SLMB, o QI Program. Kontakin ang iyong estado para mag-apply.

92 Seksyon 7: Humingi ng tulong sa pagbabayad sa mga gastos sa iyong kalusugan at gamot

Kung kwalipikado ka para sa isang QMB, SLMB, o QI Program, awtomatiko kang magiging kwalipikado para sa **Karagdagang Tulong**, isang hiwalay na programa na tumutulong sa pagbabayad para sa polisa ng gamot sa Medicare (Bahagi D).

Mahalaga! Ang Medicare Savings Programs ay makukuha sa pamamagitan ng iyong estado. Ang mga pangalan ng mga programang ito at kung paano sila gumagana ay maaaring iba-iba sa bawat estado. Ang mga Medicare Savings Program ay hindi magagamit sa Puerto Rico at sa U.S. Virgin Islands.

Paano ako magiging kwalipikado?

- Sa karamihan ng mga kaso, upang maging kuwalipikado para sa isang Medicare Savings Program, dapat kang magkaroon ng kita at mga mapagkukunan na mas mababa sa isang tiyak na limitasyon. Ang mga limitasyon sa kita at mapagkukunan ay nag-iiba ayon sa estado.
- Kahit na sa tingin mo ay hindi ka kwalipikado, dapat ka pa ring mag-apply. Tumawag sa tanggapan ng iyong State Medical Assistance (Medicaid).
- Upang makuha ang numero ng telepono para sa opisina ng Medicaid ng iyong estado, bumisita sa [Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu](https://www.medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu) o tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

Humingi ng Karagdagang Tulong sa pagbabayad sa mga gastos ng gamot sa Medicare.

Kung ikaw ay may limitadong kita at mga mapagkukunan, maaari kang maging kuwalipikado para sa Karagdagang Tulong, isang programa upang tumulong sa pagbabayad ng ilang mga gastos sa gamot sa Medicare, tulad ng mga premium, deductible, at coinsurance.

Maaari kang maging kwalipikado para sa Karagdagang Tulong kung ang iyong taunang kita at mga mapagkukunan ay mas mababa sa mga limitasyong ito sa 2024:

	Taunang kita	Mga Mapagkukunan
Nag-iisang tao	mas mababa sa \$22,590	mas mababa sa \$17,220
Kasal na tao na nakatira kasama ang asawa at walang ibang dependyente	mas mababa sa \$30,660	mas mababa sa \$34,360

Mahalaga! Ang Karagdagang Tulong ay lumawak upang masakop ang mas maraming gastos sa gamot para sa ilang partikular na tao na may limitadong kita at mga mapagkukunan.

Sa ilang sitwasyon, maaari kang maging kwalipikado kahit na mas mataas ang kita. Halimbawa, kung nagtatrabaho ka pa rin, nakatira sa Alaska o Hawaii, o may mga dependent na nakatira sa iyo, mas mataas ang mga limitasyon sa kita.

Mga Mapagkukunan

- **Isama** ang pera sa isang checking o savings account, mga stock, bond, mutual funds, at Individual Retirement Accounts (IRAs).
- **Huwag isama** ang iyong bahay, kotse, gamit sa bahay, burial plot, hanggang \$1,500 para sa mga gastusin sa burol (bawat tao), o mga patakarang seguro sa buhay.

Makakakita ka ng 2025 na mga limitasyon sa kita at mapagkukunan sa [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

Kung kwalipikado ka para sa **Karagdagang Tulong** at sumali sa isang hiwalay na plano ng gamot sa Medicare o **Plano sa Medicare Advantage** na may polisa ng gamot sa Medicare (Bahagi D):

- Makakakuha ka ng tulong sa pagbabayad ng iyong mga gastos sa pagsakop sa gamot.
- Hindi ka magbabayad ng multa sa nahuling pagpapatala ng Bahagi D.

Tandaan: Ang Karagdagang Tulong ay hindi available sa Puerto Rico, U.S. Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Islands, o American Samoa. Ngunit may iba pang mga programa na magagamit sa mga lugar na ito upang matulungan ang mga taong may limitadong kita at mga mapagkukunan. Pumunta sa pahina 96.



Presyo & polisa: Karamihan sa mga taong may Medicare ay maaari lamang lumipat ng mga plano sa ilang partikular na oras ng taon. Simula sa 2025, kung mayroon kang **Medicaid** o nakakuha ng Karagdagang Tulong, maaari mong baguhin ang iyong polisa ng gamot isang beses bawa't buwan.

Kung gagawa ka ng pagbabago, magsisimula ito sa unang araw ng susunod na buwan.

Awtomatiko kang kwalipikado para sa Karagdagang Tulong kung mayroon kang Medicare at natutugunan mo ang alinman sa mga kundisyong ito:

- Mayroon kang ganap na saklaw ng Medicaid.
- Tinutulungan ka ng programa sa Medicaid sa iyong estado na bayaran ang iyong Bahagi B na mga **premium** at iba pang mga gastos sa Medicare. Pumunta sa mga pahinang 91-96.
- Makukuha mo ang mga benepisyo sa Supplemental Security Income (SSI).

Magpapadala sa iyo ang Medicare ng lilang liham upang ipaalam sa iyo na awtomatiko kang kwalipikado para sa Karagdagang Tulong. Itago ito para sa iyong mga talaan. Hindi mo kailangang mag-aplay para sa Karagdagang Tulong kung makuha mo ang liham na ito.

- Kung wala ka pang polisa sa gamot ng Medicare (Bahagi D), dapat mo itong gamitin para gumamit ng Karagdagang Tulong.
- Kung wala kang polisa sa gamot, maaaring i-enroll ka ng Medicare sa isang hiwalay na plano sa gamot ng Medicare upang magamit mo ang Karagdagang Tulong. Kung ini-enroll ka ng Medicare sa isang plano, makakatanggap ka ng isang dilaw na liham na nagpapaalam sa iyo kapag nagsimula ang iyong polisa, at magkakaroon ka ng Panahon ng Espesyal na Pagpapatala upang baguhin ang mga plano kung gusto mong sumali sa ibang plano kaysa sa kung saan ka nakatala ng Medicare.
- Iba't ibang mga plano ang sumasaklaw sa iba't ibang gamot. Tingnan upang malaman kung ang plano kung saan ka naka-enroll ay sumasaklaw sa mga gamot na ginagamit mo at kung maaari kang pumunta sa mga botika na gusto mo. Bumisita sa [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) o tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) upang ihambing ang iyong plano sa ibang mga plano sa iyong lugar. Puwedeng tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Kung mayroon kang Medicaid at nakatira sa ilang partikular na institusyon (tulad ng isang nursing home) o nakakuha ng ilang partikular na serbisyo sa bahay at nakabatay sa komunidad, wala kang babayaran para sa iyong mga sakop na gamot.
- Ang mga gastos sa gamot para sa mga taong kwalipikado ay karaniwang hindi hihigit sa \$4.50 para sa bawa't generic na gamot at \$11.20 para sa bawa't brand-name na gamot na pupunuin mo sa isa sa mga kalahok na botika ng iyong plano. Tingnan ang mga karagdagang liham ng Tulong na nakukuha mo, o kumontak sa iyong plano kung mayroon kang mga tanong tungkol sa mga gastos.

Kung ayaw mong sumali sa isang hiwalay na plano ng gamot sa Medicare (sahalimbawa, dahil gusto mo lamang ang iyong amo o polisa ng unyon), tawagan ang plan na nakalista sa iyong sulat, o tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Sabihin sa kanila na ayaw mong mapabilang sa isang plano sa gamot ng Medicare (gusto mong “mag-opt out”). Kung patuloy kang maging kwalipikado para sa **Karagdagang Tulong** o kung ang polisa ng iyong amo o unyon ay **creditable na polisa ng inireresetang gamot**, hindi mo kailangang magbayad ng multa kung sasali ka sa ibang pagkakataon.

Mahalaga! Kung mayroon kang polisa ng amo o unyon at nakakuha ka ng polisa sa gamot ng Medicare (Bahagi D), maaaring mawala sa iyo ang polisa ng iyong amo o unyon (para sa iyo at sa iyong mga dependent) kahit na kwalipikado ka para sa Karagdagang Tulong. Tawagan ang iyong administrator ng mga benepisyo bago ka makakuha ng polisa sa gamot ng Medicare.

Kung hindi ka awtomatikong naging kwalipikado para sa Karagdagang Tulong, maaari kang mag-apply anumang oras sa [SSA.gov/extrahelp](https://ssa.gov/extrahelp).

Kapag nag-apply ka para sa Karagdagang Tulong, maaari mo ring simulan ang proseso ng aplikasyon para sa isang Medicare Savings Program (MSP). Ang mga programang ito ng estado ay tumutulong sa iba pang mga gastos sa Medicare. Magpapadala ang Kapanatagang Panlipunan ng impormasyon sa iyong estado upang simulan ang isang aplikasyon sa MSP, maliban kung sasabihin mo sa kanila na huwag gawin ito sa aplikasyon ng Karagdagang Tulong.

Upang makakuha ng tulong sa pagpili ng polisa sa gamot at mga sagot sa iyong mga tanong tungkol sa Karagdagang Tulong, tawagan ang iyong State Health Insurance Assistance Program (SHIP). Pumunta sa mga pahinang 114–117 para sa numero ng telepono ng iyong lokal na SHIP. Maaari ka ring tumawag sa 1-800-MEDICARE.

Iba pang mga paraan upang makatipid sa mga gastos ng pangangalagang pangkalusugan sa Medicare

Medicaid

Ang **Medicaid** ay pinagsamang programa ng pederal at estado na tumutulong sa pagbabayad ng mga gastusing medikal kung may limitado kang kita at/o mga dulugan at natutugunan ang mga ibang inaatas. Ang ilang mga tao ay kwalipikado para sa parehong Medicare at Medicaid.

Ano ang saklaw ng Medicaid?

- Kung mayroon kang Medicare at buong Medicaid polisa, karamihan sa mga gastos mo sa pag-aalaga ng kalusugan ay malamang sinasaklawan. Makukuha mo ang iyong polisa sa Medicare sa pamamagitan ng **Orihinal na Medicare** o isang **Plano sa Medicare Advantage**, tulad ng isang Special Needs Plan. Pumunta sa pahina 70.
- Kung mayroon kang Medicare at buong Medicaid polisa, sinasaklawan ng Medicare ang iyong de-resetang gamot. Awtomatiko kang kwalipikado para sa Karagdagang Tulong sa pagbabayad ng iyong mga gastos sa gamot sa Medicare (pahina 92). Maaari pa ring saklawin ng Medicaid ang ilang gamot na hindi polisa ng Medicare.
- Ang mga taong may polisa sa **Medicaid** ay maaaring makakuha ng polisa sa mga serbisyo na hindi sinasaklawan o bahagyang sinasaklawan lang ng Medicare, tulad ng pangangalaga sa nursing home, personal na pangangalaga, transportasyon papunta sa mga serbisyong pang-medikal, mga serbisyong batay sa tahanan at komunidad, mga pagkaing inihatid sa tahanan, at mga serbisyo sa ngipin, paningin, at pandinig.

Paano ako magiging kwalipikado?

- Ang mga programa ng Medicaid ay nag-iiba-iba sa bawa't estado. Maaari rin silang magkaroon ng iba't ibang pangalan, tulad ng “Medikal na Tulong” o “Medi-Cal.”
- Ang bawa't estado ay may iba't ibang mga kinakailangan sa kita at mapagkukunan.
- Tumawag sa tanggapan mo ng State Medical Assistance (Medicaid) para malaman kung kuwalipikado ka. Bumisita sa [Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu](https://www.Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu) o tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) upang makuha ang numero ng telepono para sa opisina ng Medicaid ng iyong estado. Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

Tandaan: Kung kwalipikado ka para sa parehong Medicare at Medicaid, kumontak sa iyong lokal na State Health Insurance Assistance Program (SHIP) para sa tulong sa iyong mga opsyon. Pumunta sa mga pahinang 114–117 para sa numero ng telepono ng iyong lokal na SHIP.

Mga Plano sa Medicare-Medicaid

Nakikipagtulungan ang Medicare sa ilang estado at mga planong pangkalusugan upang mag-alok ng mga plano sa [demonstrasyon](#) para sa ilang partikular na tao na may parehong Medicare at Medicaid upang gawing mas madali para sa kanila na makuha ang mga serbisyong kailangan nila. Ang mga ito ay tinatawag na mga Plano sa Medicare-Medicaid. Kasama sa mga planong ito ang polisa sa gamot at available lang sa ilang mga estado. Upang malaman kung ang isang Medicare-Medicaid plan ay available sa iyong lugar, bumisita sa [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare), ilagay ang iyong zip code at piliin ang [Plano sa Medicare Advantage \(Bahagi C\)](#). Kapag tinanong kung nakakakuha ka ng tulong sa iyong mga gastos, piliin ang Medicaid. Ang isang listahan ng lahat ng magagamit na mga plano ay lilitaw at ang mga plano sa pagpapakita ay magkakaroon (Medicare-Medicaid Plan) sa tabi ng kanilang pangalan.

Mga Parmasyutikong Pantulong na Programa ng Estado

Maraming estado ang may Mga Parmasyutikong Pantulong na Programa ng Estado na tumutulong sa ilang partikular na tao na magbayad para sa mga inireresetang gamot batay sa pangangailangang pinansyal, edad, o kondisyong medikal. Para malaman kung mayroong Parmasyutikong Pantulong na Programa ng Estado sa iyong estado at kung paano ito gumagana, tawagan ang iyong State Health Insurance Assistance Program (SHIP). Pumunta sa mga pahinang 114–117 para sa numero ng telepono ng iyong lokal na SHIP. Maaari ka ring bumisita sa [Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program/#state-programs](https://www.Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program/#state-programs).

Mga Parmasyutikong Pantulong na Programa (tinatawag ding Mga Pasyenteng Pantulong na Programa)

Maraming pangunahing tagagawa ng gamot ang nag-aalok ng mga programa ng tulong para sa mga taong may polisa sa gamot ng Medicare (Bahagi D) na nakakatugon sa ilang mga kinakailangan. Bumisita sa [Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program](https://www.Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program) upang dagdagan ang nalalaman tungkol sa mga Parmasyutikong Pantulong na Programa.

Programang Saklaw-lahat na Pangangalaga sa mga Matatanda (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)

Ang PACE ay isang programa ng Medicare at Medicaid na inaalok sa maraming estado na nagpapahintulot sa mga taong nangangailangan ng antas ng pangangalaga sa nursing home na manatili sa komunidad. Pumunta sa pahina 74.

Mga bayad na Supplemental Security Income (SSI)

Nagbibigay ang SSI ng buwanang pagbabayad sa mga matatanda at bata na bulag o may kapansanan at may limitadong kita at mga mapagkukunan. Ang mga pagbabayad ng SSI ay ibinibigay din sa mga taong edad 65 at mas matanda na walang mga kapansanan na nakakatugon sa mga kwalipikasyong pinansyal. Ang mga pagbabayad na ito ay hindi katulad ng mga benepisyo sa pagreretiro ng Kapanatagang Panlipunan. Maaari kang makakuha ng parehong mga benepisyo ng SSI at Kapanatagang Panlipunan sa parehong oras kung ang iyong benepisyo sa Kapanatagang Panlipunan ay mas mababa kaysa sa rate ng pederal na benepisyo ng SSI. Kung kwalipikado ka para sa SSI, awtomatiko kang kwalipikado para sa **Karagdagang Tulong** at kadalasang kwalipikado para sa **Medicaid**.

Maaari mong bumisita sa [SSA.gov/apply/ssi](https://ssa.gov/apply/ssi) para malaman kung kwalipikado ka para sa SSI o iba pang mga benepisyo.

Tandaan: Ang mga taong nakatira sa Puerto Rico, sa U.S. Virgin Islands, Guam, o American Samoa ay hindi makakakuha ng SSI.

Mga programa para sa mga taong nakatira sa mga teritoryo ng U.S.

May mga programa sa Puerto Rico, U.S. Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Islands, at American Samoa upang tulungan ang mga taong may limitadong kita at mga mapagkukunan na magbayad ng kanilang mga gastos sa Medicare. Iba-iba ang mga programa sa mga lugar na ito. Tumawag sa tanggapan ng iyong State Medical Assistance (Medicaid). Bumisita sa [Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu](https://medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu) or tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) upang makuha ang numero ng telepono. Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

Seksyon 8:

Iyong mga karapatan & mga proteksyon sa Medicare

Ano ang aking mga karapatan sa Medicare?

Lahat ng mga tao na mayroong Medicare ay may ilang mga karapatan at proteksyon. Mayroon kang karapatan na:

- Tratuhan nang may kagandahang-loob, dignidad, at paggalang sa lahat ng oras.
- Maging protektado mula sa labag sa batas na diskriminasyon.
- Panatilihin pribado ang iyong personal at impormasyong pangkalusugan.
- Kumuha ng impormasyon sa paraang nauunawaan mo mula sa Medicare, mga tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan, at, sa ilalim ng ilang partikular na sitwasyon, mga kontratista.
- Alamin ang tungkol sa iyong mga pagpipilian sa paggamot sa malinaw na wika na mauunawaan mo, at lumahok sa mga desisyon sa paggamot.
- Kumuha ng impormasyon ng Medicare at mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa isang wikang naiintindihan mo.
- Kunin ang iyong impormasyon sa Medicare sa isang naa-access na format, tulad ng braille o malaking print. Pumunta sa “Mga Maa-access na Komunikasyon” sa pahina 124.

Tandaan: Kung kailangan mo ng impormasyon ng plano sa isang wika maliban sa English o sa isang naa-access na format, kumontak sa iyong plano.

- Kumuha ng mga sagot sa iyong mga tanong sa Medicare.
- Magkaroon ng access sa mga doktor, espesyalista, at ospital para sa mga serbisyong **medikal na kinakailangan**.
- Kumuha ng mga serbisyong sakop ng Medicare sa isang emergency.
- Kumuha ng desisyon tungkol sa pagbabayad sa pangangalagang pangkalusugan, polisa ng mga bagay at serbisyo, o polisa sa gamot. Kapag nag-file ka o ang iyong tagapaglaan ng claim, makakatanggap ka ng abiso na nagpapaalam sa iyo kung ano ang sasakupin at hindi. Ang abisong ito ay nagmula sa isa sa mga ito:
 - Medicare
 - Ang iyong **Plano sa Medicare Advantage (Bahagi C)** o iba pang **planong pangkalusugan ng Medicare**
 - Iyong plano ng gamot sa Medicare

Kung hindi ka sumasang-ayon sa desisyon sa iyong paghahabol, may karapatan kang magsampa ng apela. Maaari kang humiling ng repaso (apela) ng ilang mga desisyon tungkol sa pagbabayad sa pangangalagang pangkalusugan, polisa ng mga bagay at serbisyo, o polisa ng gamot.

98 Seksyon 8: Iyong mga karapatan & mga proteksyon sa Medicare

Kung mayroon kang mga alalahanin tungkol sa kalidad ng pangangalaga at iba pang mga serbisyonang nakukuha mo mula sa isang tagapaglaan ng Medicare, maaari mong:

- magsampa ng reklamo (minsan ay tinatawag na “dalamhati”).
- Humingi ng tulong mula sa End-Stage Renal Disease (ESRD) Networks at State Survey Agencies kung mayroon kang mga reklamo (karaingan) tungkol sa iyong dayalasis o pangangalaga sa kidney transplant.

Bumisita sa [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) upang dagdagan ang nalalaman tungkol sa paghahain ng reklamo. Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

Ano ang aking mga karapatan kung ang tagapaglaan ng aking plano ay huminto sa pakikilahok Medicare?

Maaaring magpasya ang mga plano sa kalusugan at gamot ng Medicare na huwag lumahok sa Medicare para sa darating na taon. Sa mga kasong ito, ang iyong polisa sa ilalim ng plano ay magtatapos pagkatapos ng Disyembre 31. Ang iyong plano ay magpapadala sa iyo ng liham na nagpapaliwanag sa iyong mga opsyon. Kung mangyari ito:

- Maaari kang pumili ng isa pang plano mula Oktubre 15 – Disyembre 7. Ang iyong polisa ay magsisimula sa Enero 1.
- **Mayroon ka ring espesyal na karapatan na sumali sa isa pang plano ng Medicare hanggang sa huling araw ng Pebrero.**
- Maaaring may karapatan kang bumili ng ilang partikular na polisiya ng [Medigap](#) sa loob ng 63 araw pagkatapos matapos ang polisa ng iyong plano.

Ano ang apela?

Ang apela ay ang aksyon na maaari mong gawin kung hindi ka sumasang-ayon sa isang polisa o desisyon sa pagbabayad ng Medicare o ng iyong Medicare plan. Halimbawa, maaari kang umapela kung ang Medicare o ang iyong plano ay tumanggi sa:

- Isang kahilingan para sa serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, suplay, item, o gamot na sa tingin mo ay dapat saklawin ng Medicare.
- Isang kahilingan para sa pagbabayad ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, suplay, item, o gamot na nakuha mo na.
- Isang kahilingan na baguhin ang halagang dapat mong bayaran para sa isang serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, suplay, item, o gamot.

Maaari ka ring mag-apela:

- Kung ang Medicare o ang iyong plano ay huminto sa pagbibigay o pagbabayad para sa lahat o bahagi ng isang serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, suplay, item, o gamot na sa tingin mo ay kailangan mo pa.
- Isang nasa panganib na pagpapasiya na ginawa sa ilalim ng isang Programa sa Pamamahala ng Gamot na naglilimita sa pag-access sa polisa para sa mga madalas na inaabusong gamot, tulad ng mga opioid at benzodiazepine. Pumunta sa pahina 86.
- Kung ang iyong paghahabol ay tinanggihan dahil sa isang bukas na talaan ng aksidente, at ang claim ay hindi nauugnay sa aksidente.

Kung magpasya kang magsampa ng apela, maaari mong tanungin ang iyong doktor, suplayer, o iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan para sa anumang impormasyon upang palakasin ang iyong apela. **Magtago ng kopya ng lahat ng bagay na nauugnay sa iyong apela**, kasama ang iyong ipinadala sa Medicare o iyong plano.

Paano ako magsasampa ng apela?

Kung paano ka magsampa ng apela ay depende sa uri ng polisa ng Medicare na mayroon ka.

Kung mayroon kang Orihinal na Medicare

- Kunin ang “Medicare Summary Notice” (MSN) na nagpapakita ng item o serbisyo na iyong inaapela. Pumunta sa pahina 58 para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga MSN.
- Bilugan ang (mga) item sa MSN na hindi mo sinasang-ayunan. Ipaliwanag sa sulat kung bakit hindi mo sinasang-ayunan ang desisyon. Maaari kang sumulat sa MSN o sa isang hiwalay na piraso ng papel at ilakip ito sa MSN.
- Isama ang iyong pangalan, numero ng telepono, at Numero ng Medicare sa MSN. Magtago ng kopya para sa iyong mga talaan.
- Ipadala ang MSN, o isang kopya, sa kumpanyang nangangasiwa ng mga bayarin para sa Medicare (Administratibong Kontratista sa Medicare) na nakalista sa MSN. Maaari mong isama ang anumang impormasyon na mayroon ka tungkol sa iyong apela, tulad ng impormasyon mula sa iyong tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan. O, maaari mong gamitin ang Form CMS-20027. Upang makuha ang form na ito sa Ingles at Espanyol, bumisita sa [Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/appeals](https://www.medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/appeals), o tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para padalhan ka ng kopya. Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Dapat mong ihain ang iyong apela sa petsa sa MSN. Kung napalampas mo ang deadline para sa pag-apela, maaari ka pa ring magsampa ng apela at makakuha ng desisyon kung maaari kang magpakita ng magandang dahilan para sa hindi pagtupad sa deadline (halimbawa, kung mayroon kang kapansanan, sakit, o aksidente na naantala sa iyong pagpapadala nito ng deadline).
- Karaniwang makakakuha ka ng desisyon mula sa Administratibong Kontratista sa Medicare sa loob ng 60 araw pagkatapos nilang makuha ang iyong kahilingan. Kung sasakupin ng Medicare ang (mga) item o (mga) serbisyo, ito ay ililista sa iyong susunod na MSN.
- Maaari kang magkaroon ng karapatan sa isang mabilis na apela kung sa tingin mo ang iyong mga serbisyo ng Medicare mula sa isang ospital o iba pang pasilidad ay masyadong maagang magtatapos (pahina 100).

Kung ikaw ay nasa isang Medicare Advantage o iba pang planong pangkalusugan ng Medicare

Ang takdang panahon para sa paghahain ng apela ay maaaring iba sa [Orihinal na Medicare](#). Sa ilang mga kaso, maaari kang magsampa ng mabilis na apela. Upang matuto nang higit pa, tingnan ang mga materyal na ipinapadala sa iyo ng iyong plano, tawagan ang iyong plano, o bumisita sa [Medicare.gov/claims-appeals/how-do-i-file-an-appeal](https://www.medicare.gov/claims-appeals/how-do-i-file-an-appeal).

Kung mayroon kang hiwalay na plano ng gamot sa Medicare

Bago ka pa man bumili ng isang partikular na gamot, may karapatan kang:

- Kumuha ng nakasulat na paliwanag para sa mga desisyon sa polisa sa gamot (tinatawag na “pagpapasiya sa polisa”) mula sa iyong plano sa gamot sa Medicare. Ang pagpapasiya sa polisa ay ang unang desisyon na gagawin ng iyong plano sa gamot sa Medicare (hindi ang botika) tungkol sa iyong mga benepisyo. Ito ay maaaring isang desisyon tungkol sa kung saklaw ng plano ang iyong gamot, kung natugunan mo ang mga kinakailangan ng plano para sakupin ang gamot, o kung magkano ang babayaran mo para sa gamot. Makakakuha ka rin ng desisyon sa pagtukoy sa polisa kung hihilingin mo sa iyong plano na gumawa ng pagbubukod sa mga panuntunan nito para sakupin ang iyong gamot.
- Humingi ng eksepsiyon kung ikaw o ang iyong tagapagreseta (iyong doktor o iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan na legal na pinapayagang magsulat ng mga reseta) ay naniniwala na kailangan mo ng gamot na wala sa listahan ng mga saklaw na gamot ([pormularyo](#)) ng iyong plano.
- Humingi ng eksepsiyon kung naniniwala ka o ang iyong tagapagreseta na dapat talikdan ng iyong plano ang isang tuntunin sa pagsakop (tulad ng paunang awtorisasyon).
- Humingi ng eksepsiyon kung sa tingin mo ay dapat kang magbayad ng mas mababa para sa mas mataas na antas ng gamot dahil naniniwala ka o ang iyong tagapagreseta na hindi ka maaaring uminom ng alinman sa mga mas mababang antas ng gamot para sa parehong kondisyon.

Paano ako makakakuha ng tulong sa paghahain ng apela?

Maaari kang magtalaga ng isang kinatawan. Maaari silang maging miyembro ng pamilya, kaibigan, tagapagtaguyod, abogado, tagapayo sa pananalapi, doktor, o ibang tao upang kumilos sa ngalan mo. Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [Medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me](https://www.medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me). Makakakuha ka rin ng tulong sa paghahain ng apela mula sa iyong State Health Insurance Assistance Program (SHIP). Pumunta sa mga pahinang 114–117 para sa numero ng telepono ng iyong lokal na SHIP.

Paano ako magtatanong para sa determinasyon o eksepsiyon ng polisa?

Ikaw o ang iyong tagapagreseta ay dapat kumontak sa iyong plano upang humingi ng pagpapasiya sa polisa o isang pagbubukod. Kung hindi mapunan ng iyong botika sa network ang isang reseta, bibigyan ka ng parmasyutiko ng abiso na nagpapaliwanag kung paano kumontak sa iyong plano sa gamot sa Medicare upang magawa mo ang iyong kahilingan. Kung hindi ibigay sa iyo ng parmasyutiko ang pabatid na ito, humingi ng kopya.

Kung humihingi ka ng reseta na hindi mo pa nakukuha, ikaw o ang iyong tagapagreseta ay maaaring gumawa ng karaniwang kahilingan o isang pinabilis (mabilis) na kahilingan sa pamamagitan ng telepono o nakasulat. Kung humihiling kang mabayaran para sa mga inireresetang gamot na binili mo na, maaaring hilingin sa iyo o sa iyong tagapagreseta na gawin ang karaniwang kahilingan nang nakasulat.

Ikaw o ang iyong tagapagreseta ay maaaring tumawag o sumulat sa iyong plano para sa isang pinabilis (mabilis) na kahilingan. Ang iyong kahilingan ay mapapabilis kung hindi mo pa nakukuha ang reseta at ang iyong plano ay nagpasiya, o ang iyong tagapagreseta ay nagsasabi sa iyong plano, na ang iyong buhay o kalusugan ay maaaring nasa panganib sa pamamagitan ng paghihintay.

Mahalaga! Kung humihiling ka ng eksepsiyon, ang iyong tagapagreseta ay dapat magbigay ng pahayag na nagpapaliwanag sa medikal na dahilan kung bakit dapat aprubahan ng iyong plano ang pagbubukod.

Ano ang aking mga karapatan kung sa tingin ko ay masyadong maagang magtatapos ang aking mga serbisyo?

Kung nakakakuha ka ng mga serbisyo sa Medicare mula sa isang ospital, [skilled nursing facility](#), ahensya ng kalusugan sa tahanan, pasilidad sa rehabilitasyon ng komprehensibong outpatient, o hospisyo, at sa palagay mo ay masyadong maagang magtatapos ang iyong mga serbisyong sakop ng Medicare (o masyadong maaga kang ma-discharge), maaari kang humingi ng mabilis na apela (kilala rin bilang isang “kaagad na apela” o isang “pinabilis na apela”). Bibigyan ka ng iyong tagapaglaan ng abiso bago matapos ang iyong mga serbisyo na nagsasabi sa iyo kung paano humingi ng mabilis na apela. Basahing mabuti ang abisong ito. Kung hindi mo makuha ang abisong ito, humiling nito. Sa isang mabilis na apela, isang independiyenteng tagasuri, na tinatawag na isang Beneficiary and Family Centered Care-Quality Improvement Organization (BFCC-QIO), ang magpapasya kung dapat magpatuloy ang iyong mga sakop na serbisyo. Maaari kang kumontak sa iyong BFCC-QIO para sa tulong sa paghahain ng apela. Pumunta sa pahina 112.

Ang isang mabilis na apela ay sumasaklaw lamang sa desisyon na tapusin ang mga serbisyo o paalisin ka sa ospital. Maaaring kailanganin mong magsimula ng hiwalay na apela para sa anumang mga bagay o serbisyo na maaaring nakuha mo pagkatapos ng desisyon na wakasan ang mga serbisyo. Bumisita sa [Medicare.gov/appeals](https://www.medicare.gov/appeals) o [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications) para repasuhin ang librito, “Mga Apela sa Medicare.”

Anong “Advance Beneficiary Notice of Non-coverage” (ABN)?

Kung mayroon kang **Orihinal na Medicare**, maaaring magbigay sa iyo ang iyong doktor, iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan, o tagapagtustos ng nakasulat na abiso kung sa tingin nila ay hindi babayaran ng Medicare ang mga bagay o serbisyong makukuha mo. Ang abiso na ito ay tinatawag na “Advance Beneficiary Notice of Non-coverage,” o ABN. Inililista ng ABN ang mga item o serbisyo na inaasahan ng iyong tagapaglaan na hindi babayaran ng Medicare, kasama ang pagtatantya ng mga gastos para sa mga item at serbisyo at ang mga dahilan kung bakit maaaring hindi magbayad ang Medicare.

Ano ang mangyayari kung makatanggap ako ng abisong ito?

- Hihilingin sa iyong piliin kung kukunin ang mga item o serbisyong nakalista sa abiso.
- Kung pipiliin mong kunin ang mga item o serbisyong nakalista sa abiso, sumasang-ayon kang magbayad kung hindi ang Medicare.
- Hihilingin sa iyong lagdaan ang abiso upang sabihin na nabasa at naunawaan mo ito.
- Ang mga doktor, iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan, at mga tagapagtustos ay hindi kailangang (ngunit maaari pa ring) magbigay sa iyo ng abiso para sa mga serbisyong hindi sinasaklaw ng Medicare. Pumunta sa pahina 55.
- Ang ABN ay hindi isang opisyal na pagtanggig sa pagkakasakop ng Medicare. Kung tatanggihan ng Medicare ang pagbabayad, maaari ka pa ring magsampa ng apela sa sandaling makuha mo ang “Medicare Summary Notice” (MSN) na nagpapakita ng item o serbisyong pinag-uusapan. Gayunpaman, kailangan mong magbayad para sa mga item o serbisyo kung magpasya ang Medicare na ang mga item o serbisyo ay hindi saklaw (at walang ibang insurer ang mananatagot para sa pagbabayad).

Maaari ba akong makakuha ng abiso na tulad nito para sa iba pang mga kadahilanan?

Maaari kang makakuha ng “Skilled Nursing Facility ABN” kapag naniniwala ang pasilidad na hindi na sasakupin ng Medicare ang iyong pananatili o iba pang mga item at serbisyo.

Paano kung hindi ko nakuha ang paunawang ito?

Kung kinailangang ibigay sa iyo ng iyong tagapaglaan ang abisong ito ngunit hindi, sa karamihan ng mga kaso, dapat bigyan ka ng iyong tagapaglaan ng refund para sa binayaran mo para sa item o serbisyo.

Saan ako makakakuha ng karagdagang impormasyon?

Bumisita sa [Medicare.gov/basics/your-medicare-rights/your-protections](https://www.medicare.gov/basics/your-medicare-rights/your-protections) upang dagdagan ang nalalaman tungkol sa mga iba-ibang uri ng ABN at kung anong gagawin kung makatanggap ka ng isa sa mga ito.

Tandaan: Kung ikaw ay nasa isang **Plano sa Medicare Advantage**, may karapatan kang tanungin ang plano nang maaga kung saklaw nito ang isang partikular na serbisyo, gamot, o suplay. Kontakin ang iyong plano para humiling at magsumite ng kahilingan bago ang serbisyo para sa pagpapasiya ng organisasyon. Kung tatanggihan ng plano ang iyong kahilingan, kasama sa kanilang tugon ang mga tagubilin para magsampa ng napapanahong apela. Maaari ka ring makakuha ng nakadirekta na pangangalaga sa plano. Kapag sinangguni ka ng tagapaglaan ng plano para sa serbisyo o tagapaglaan sa labas ng network, pero hindi kumuha ng determinasyon ng organisasyon bago pa man, tinatawag itong “pangangalagang dinirekta ng plano. Pumunta sa pahina 66.

Ang iyong karapatan na ma-access ang impormasyon ng iyong personal na kalusugan

Ayon sa batas, ikaw o ang iyong legal na kinatawan sa pangkalahatan ay may karapatan na repasuhin at/o kumuha ng mga kopya ng iyong personal na impormasyon sa kalusugan mula sa mga tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan na gumagamot sa iyo at naniningil sa Medicare para sa iyong pangangalaga. Kung gusto mong ibigay ng Medicare ang iyong personal na impormasyon sa ibang tao, tulad ng isang tagapag-alaga, pumunta sa pahina 107 upang matuto nang higit pa tungkol sa pagkumpleto ng isang porma na “Authorization to Disclose Personal Health Information”. Sa pangkalahatan, mayroon ka ring karapatang kunin ang impormasyong ito mula sa mga planong pangkalusugan na nagbabayad para sa iyong pangangalaga, kabilang ang Medicare.

Ang mga uri ng personal na impormasyong pangkalusugan ay kinabibilangan ng:

- Mga Claim at talaan ng pagsingil
- Impormasyong nauugnay sa iyong pagpapatala sa mga planong pangkalusugan, kabilang ang Medicare
- Mga rekord ng medikal at pamamahala ng kaso
- Iba pang mga rekord na ginagamit ng mga doktor o mga planong pangkalusugan upang gumawa ng mga desisyon tungkol sa iyo

Sa pangkalahatan, maaari mong makuha ang iyong impormasyon sa papel o elektroniko. Kung iniimbak ng iyong mga tagapaglaan o mga plano ang iyong impormasyon sa elektronikong paraan, sa pangkalahatan ay dapat silang magbigay sa iyo ng mga elektronikong kopya kung hihilingin mo ang mga ito. May karapatan kang makuha ang iyong impormasyon sa isang napapanahong paraan, ngunit maaaring tumagal ng hanggang 30 araw bago makakuha ng tugon. Kung elektronikong ang iyong impormasyon, maaari mo ring hilingin na ipadala ito sa isang ikatlong partido na iyong pinili, tulad ng isang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan na gumagamot sa iyo, isang miyembro ng pamilya, o isang mananaliksik.

Maaaring kailanganin mong punan ang isang porma upang humiling ng mga kopya ng iyong impormasyon at magbayad ng singil. Ang singil na ito ay karaniwang hindi maaaring higit sa kabuuang halaga ng:

- Sikap ng pagkopya ng impormasyong hiniling
- Mga suplay para sa paggawa ng kopya
- Postage (kung hihilingin mo sa iyong pangangalagang pangkalusugan tagapaglaan na magpadala sa iyo ng kopya)

Sa karamihan ng mga kaso, hindi ka sisingilin para sa pagsusuri, paghahanap, pag-download, o pagpapadala ng iyong impormasyon sa pamamagitan ng isang electronic portal.

Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [HHS.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers](https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers).

Kung kailangan mo ng tulong sa pagkuha at paggamit ng iyong mga talaang pangkalusugan, nilikha ng Tanggapan ng Pambansang Tagapag-ugnay para sa Teknolohiya ng Impormasyong Pangkalusugan (ONC) sa Kagawaran ng Kalusugan at Serbisyong Pantao (HHS) ng U.S. ang “Ang Gabay sa Pagkuha at Paggamit ng Iyong Mga Rekord ng Kalusugan.” Ipinapakita nito sa iyo kung paano kunin ang iyong mga rekord ng kalusugan at tiyaking tumpak at kumpleto ang mga ito, para masulit mo ang iyong pangangalagang pangkalusugan. Bumisita sa [healthit.gov/how-to-get-your-health-record](https://www.healthit.gov/how-to-get-your-health-record) upang repasuhin ang gabay.

Paano ginagamit ng Medicare ang aking personal na impormasyon?

Pinoprotektahan ng Medicare ang pagkapribado ng iyong impormasyon sa kalusugan. Inilalarawan ng susunod na 2 pahina kung paano maaaring gamitin at ibigay ng Medicare ang iyong impormasyon at ipaliwanag kung paano mo makukuha ang impormasyong ito.

Abiso ng Mga Kasanayan sa Pagkapribado para sa Orihinal na Medicare

Inilalarawan ng notice na ito kung paano maaaring gamitin at ibunyag ang medikal na impormasyon tungkol sa iyo at kung paano ka makakakuha ng access sa impormasyong ito. Mangyaring repasuhin ito nang mabuti.

Inaatasan ng batas ang Medicare na protektahan ang privacy ng iyong personal na impormasyong medikal. Hinihiling din sa amin na ibigay sa iyo ang abisong ito upang malaman mo kung paano namin magagamit at maibabahagi ("ibunyag") ang personal na impormasyong medikal na mayroon kami tungkol sa iyo.

Dapat naming ibigay ang iyong impormasyon sa:

- Sa iyo, sa isang taong pinangalanan mo ("itinalaga"), o isang taong may legal na karapatang kumilos para sa iyo (iyong personal na kinatawan)
- Ang Kalihim ng Kagawaran ng Kalusugan at Serbisyong Pantao, kung kinakailangan
- Sinuman na hinihiling ng batas na magkaroon nito

May karapatan kaming gamitin at ibigay ang iyong impormasyon upang bayaran ang iyong pangangalagang pangkalusugan at upang patakbuhan ang Medicare.

Sa halimbawa:

- Ginagamit ng mga Administrative Contractor ng Medicare ang iyong impormasyon upang bayaran o tanggihan ang iyong mga claim, kolektahin ang iyong mga [premium](#), ibahagi ang iyong bayad sa benepisyo sa iyong iba pang (mga) insurer, o ihanda ang iyong "Medicare Summary Notice."
- Maaari naming gamitin ang iyong impormasyon upang mabigyan ka ng mga serbisyo sa customer, lutasin ang mga reklamo na mayroon ka, kumontak sa iyo tungkol sa mga pag-aaral sa pananaliksik, at tiyaking makakakuha ka ng de-kalidad na pangangalaga.

Maaari naming gamitin o ibahagi ang iyong impormasyon sa ilalim ng mga limitadong pagkakataong ito:

- Sa estado at iba pang pederal na ahensya na may legal na karapatang kumuha ng data ng Medicare (tulad ng pagtiyak na ang Medicare ay gumagawa ng mga wastong pagbabayad at upang tumulong sa mga pederal/estadong programa sa [Medicaid](#))
- Para sa mga aktibidad sa pampublikong kalusugan (tulad ng pag-uulat ng mga paglaganap ng sakit)
- Para sa mga aktibidad sa pangangasiwa ng pangangalagang pangkalusugan ng pamahalaan (tulad ng pagsisiyasat sa pandaraya at pang-aabuso)
- Para sa hudisyal at administratibong paglilitis (tulad ng pagtugon sa isang utos ng hukuman)
- Para sa mga layunin ng pagpapatupad ng batas (tulad ng pagbibigay ng limitadong impormasyon upang mahanap ang nawawalang tao)
- Para sa mga pag-aaral sa pananaliksik na nakakatugon sa lahat ng kinakailangan sa batas sa privacy (tulad ng pananaliksik upang maiwasan ang isang sakit o kapansanan)
- Upang maiwasan ang isang seryoso at napipintong banta sa kalusugan o kaligtasan
- Para kumontak sa iyo tungkol sa mga bago o binagong benepisyo ng Medicare
- Upang lumikha ng isang koleksyon ng impormasyon na walang sinuman ang maaaring masubaybayan sa iyo
- Sa mga tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan at kanilang mga kasosyo sa negosyo para sa koordinasyon ng pangangalaga at mga layunin ng pagpapahusay ng kalidad, tulad ng pakikilahok sa isang [Accountable Care Organization \(ACO\)](#)

Hindi namin ibinebenta o ginagamit at ibinabahagi ang iyong impormasyon para sabihin sa iyo ang tungkol sa mga produkto o serbisyong pangkalusugan ("marketing"). Dapat nasa amin ang iyong nakasulat na pahintulot (isang "awtorisasyon") na gamitin o ibahagi ang iyong impormasyon para sa anumang layunin na hindi inilarawan sa notice na ito.

Maaari mong bawiin ("bawiin") ang iyong nakasulat na pahintulot anumang oras, maliban kung nagbahagi na kami ng impormasyon dahil binigyan mo kami ng pahintulot.

Mayroon kang karapatan na:

- Suriin at kumuha ng kopya ng impormasyong mayroon kami tungkol sa iyo.
- Palitan namin ang iyong impormasyon kung sa tingin mo ay mali o hindi kumpleto, at sumasang-ayon kami. Kung hindi kami sumasang-ayon, maaaring mayroon kang pahayag ng iyong hindi pagkakasundo na idinagdag sa iyong impormasyon.
- Kumuha ng listahan ng mga taong kumukuha ng iyong impormasyon mula sa amin. Hindi sasaklawin ng listahan ang impormasyong ibinigay namin sa iyo, sa iyong personal na kinatawan, o tagapagpatupad ng batas, o impormasyong ginamit namin upang bayaran para sa iyong pangangalaga o para sa aming mga operasyon.
- Hilingin sa amin na kumontak sa iyo sa ibang paraan o sa ibang lugar (halimbawa, sa pamamagitan ng pagpapadala ng mga materyales sa isang PO Box sa halip na ang address ng iyong tahanan).
- Hilingin sa amin na limitahan kung paano namin ginagamit ang iyong impormasyon at kung paano namin ito ibibigay para magbayad ng mga claim at magpatakbo ng Medicare. Maaaring hindi kami makasang-ayon sa iyong kahilingan.
- Kumuha ng liham na nagsasabi sa iyo tungkol sa posibleng panganib sa privacy ng iyong impormasyon ("notification ng paglabag").
- Kumuha ng ibang de-papel na kopya ng abisong ito.
- Makipag-usap sa isang Customer Service Representative tungkol sa aming abiso sa privacy. Tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

Kung naniniwala kang nalabag ang iyong mga karapatan sa privacy, maaari kang magsampa ng reklamo sa privacy sa:

- Ang Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). Bumisita sa [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o tumawag sa 1-800-MEDICARE.
- Ang Kagawaran ng Kalusugan at Serbisyong Pantao sa U.S. (Department of Health and Human Services, HHS), Tanggapan sa mga Karapatang Sibil (Office for Civil Rights, OCR). Bumisita sa [HHS.gov/hipaa/filing-a-complaint](https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint).

Ang paghahain ng reklamo ay hindi makakaapekto sa iyong polisa sa ilalim ng Medicare.

Inaatasan tayo ng batas na sundin ang mga tuntunin sa abisong ito. May karapatan kaming baguhin ang paraan ng paggamit o pagbabahagi namin ng iyong impormasyon. Kung gagawa kami ng pagbabago, magpapadala kami sa iyo ng abiso sa loob ng 60 araw pagkatapos ng pagbabago.

Ang Notice of Privacy Practices para sa Orihinal na Medicare ay naging epektibo noong Setyembre 23, 2013.

Paano ko mapoprotektahan ang aking sarili mula sa pandaraya at pagnanakaw ng medikal na pagkakakilanlan?

Ang pagnanakaw ng pagkakakilanlang medikal ay kapag may nagnakaw o gumamit ng iyong personal na impormasyon (tulad ng iyong pangalan, Numero ng Kapanatagang Panlipunan, o Numero ng Medicare) upang magsumite ng mga mapanlinlang na paghahabol sa Medicare at iba pang mga kompanya ng segurong pangkalusugan nang wala ang iyong pahintulot. Kapag nakakuha ka ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, itala ang mga petsa sa isang kalendaryo at i-save ang mga resibo at pahayag na nakukuha mo mula sa mga tagapaglaan upang repasuhin kung may mga pagkakamali. Kung sa tingin mo ay may error o sinisingil ka ng tagapaglaan para sa mga serbisyong hindi mo nakuha, gawin ang mga hakbang na ito para malaman kung ano ang sinisingil:

- Tingnan ang iyong “Medicare Summary Notice” (MSN) kung mayroon kang **Orihinal na Medicare** upang malaman kung ang serbisyo ay sinisingil sa Medicare. Kung ikaw ay nasa isang **planong pangkalusugan ng Medicare**, tingnan ang mga pahayag na makukuha mo mula sa iyong plano.
- Mag-log in (o gumawa) ng iyong secure naakawnt sa Medicare sa **Medicare.gov** upang repasuhin ang iyong mga claim sa Medicare kung mayroon kang Orihinal na Medicare. Ang iyong mga paghahabol ay karaniwang magagamit online sa loob ng 24 na oras pagkatapos ng pagproseso. Maaari mo ring i-download ang iyong data ng mga claim mula sa iyong **Medicare.gov** account sa pamamagitan ng pagpunta sa ‘I-download ang aking mga claim at personal na data’ sa ilalim ng ‘Aking akawnt.’ Maaari ka ring tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Kung kilala mo ang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan o tagapagtustos, tumawag at humingi ng naka-itemize na pahayag. Dapat nilang ibigay ito sa iyo sa loob ng 30 araw.

Kung nakipag-ugnayan ka sa tagapaglaan at pinaghihinalaan mo na sinisingil ang Medicare para sa isang serbisyo o suplay na hindi mo nakuha, o hindi mo kilala ang tagapaglaan sa claim, tumawag sa 1-800-MEDICARE.

Maaari ka ring tumawag sa 1-800-MEDICARE kung naniniwala ka na ang iyong Medicare Number ay ginamit nang mapanlinlang.

Magbigay lamang ng personal na impormasyon, tulad ng iyong Medicare Number, sa mga doktor, kompanya ng seguro (at kanilang mga lisensyadong ahente o broker), o mga planong kumikilos sa ngalan mo; o mga pinagkakatiwalaang tao sa komunidad na nagtatrabaho sa Medicare tulad ng iyong State Health Insurance Assistance Program (SHIP). Huwag ibahagi ang iyong Medicare Number o iba pang personal na impormasyon sa sinumang hindi hinihinging tao na kumontak sa iyo sa pamamagitan ng telepono, email, o nang personal. Tatawagan ka lang ng Medicare, o ng iyong kinatawan ng **plano sa Medicare**, sa mga limitadong sitwasyon:

- Maaaring tawagan ka ng isang plano sa Medicare kung miyembro ka na ng plan. Maaari ka ring tawagan ng ahente na tumulong sa iyong sumali.
- Maaaring tawagan ka ng isang customer service representative mula sa 1-800-MEDICARE kung nag-iwan ka ng mensahe, o sinabi ng isang kinatawan na may tatawag sa iyo pabalik.
- Kung nagsampa ka ng ulat ng pinaghihinalaang panloloko, maaari kang makatanggap ng tawag mula sa isang taong kumakatawan sa Medicare upang mag-follow up sa katayuan ng iyong pinaghihinalaang ulat ng panloloko.

Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa pandaraya sa Medicare, bumisita sa **Medicare.gov/fraud** o kumontak sa iyong lokal na Senior Medicare Patrol. Matuto nang higit pa tungkol sa Senior Medicare Patrol at humanap ng tulong sa iyong estado sa pamamagitan ng pagpunta sa **source.smpresource.org** o tumawag sa 1-877-808-2468.

Dapat sundin ng mga plano ang mga panuntunan sa marketing

Dapat sundin ng [mga plano sa Medicare](#) at mga ahente nito ang ilang partikular na tuntunin kapag nagbebenta ng kanilang mga plano at kinukuha ang iyong impormasyon sa pagpapatala. Hindi kailangan ng mga plano ang iyong personal na impormasyon para makapagbigay ng quote. Hindi ka maaaring i-sign up ng mga plano ng Medicare para sa isang plano sa pamamagitan ng telepono maliban kung tatawagan mo sila at hilingin na mag-sign up, o binigyan mo sila ng pahintulot na kumontak sa iyo.

Mahalaga! Tumawag sa 1-800-MEDICARE upang iulat ang anumang mga plano o ahente na:

- Hilingin ang iyong personal na impormasyon sa telepono o email
- Tumawag para i-enroll ka sa isang plano
- Bumisita sa iyo nang hindi inaasahan
- Gumamit ng maling impormasyon para iligaw ka

Maaari mo ring tawagan ang Medicare Drug Integrity Contractor (MEDIC) sa 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379). Ang MEDIC ay lumalaban sa pandaraya, pag-aaksaya, at pang-aabuso sa [mga Plano sa Medicare Advantage](#) at mga plano ng gamot sa Medicare.

Ang pagsisiyasat ng pinaghihinalaang panloloko ay umaabot ng matagal na panahon

Bawa't sumbong ay binibilang. Sineseryoso ng Medicare ang lahat ng ulat ng pinaghihinalaang panloloko. Kapag nag-ulat ka ng panloloko, maaaring hindi mo kaagad marinig ang resulta. Kailangan ng oras upang siyasatin ang iyong ulat at bumuo ng isang kaso, ngunit makatitiyak na ang iyong impormasyon ay nakakatulong sa amin na protektahan ang Medicare.

Paano ka matutulungan ng Ombudsman ng Benepisyaryo sa Medicare

Tinutulungan ka ng Ombudsman ng Benepisyaryo sa Medicare sa mga reklamo, hinaing, at kahilingan sa impormasyon na nauugnay sa Medicare. Tinitiyak nila na mayroon kang impormasyon sa mga karapatan at proteksyon ng Medicare at nauunawaan nila kung paano mareresolba ang iyong mga alalahanin. Kung mayroon kang alalahanin na hindi pa nareresolba ng Medicare o ng iyong plano, hilingin sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) na isumite ang iyong pagtatanong sa Ombudsman ng Benepisyaryo sa Medicare. Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Bumisita sa [Medicare.gov](#) upang dagdagan ang nalalaman.

Seksyon 9:

Maghanap ng mga nakatatutulong na mga kontak at karagdagang impormasyon

Humingi ng personalisadong tulong

1. Tumawag sa amin sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
2. Makipag-live chat sa amin sa [Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.medicare.gov/talk-to-someone).
3. Sumulat sa amin sa PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

Humingi ng impormasyon 24 oras bawa't araw, kasama ang mga weekend

- Magsalita nang malinaw at sundin ang mga voice prompt para piliin ang categoryang pinakamahusay na nakakatugon sa iyong mga pangangailangan.
- Ilagay ang iyong kard sa Medicare sa harap mo, at maging handa na ibigay ang iyong Medicare Number.
- Kapag hiningi ang iyong Medicare Number, sabihin nang malinaw ang mga numero at titik nang paiza-isa.
- Para sa tulong sa isang wika maliban sa English o Spanish, o upang makakuha ng isang publikasyon ng Medicare sa isang naa-access na format (tulad ng malaking print o braille), magtanong sa customer service representative.

Mahalaga! Kung kailangan mo ng isang tao (tulad ng isang tagapag-alaga) upang ma-access ang impormasyon ng iyong personal na kalusugan kapag tumawag sila sa 1-800-MEDICARE

Maaari mong kumpletuhin ang isang form na "Authorization to Disclose Personal Health Information" na nagbibigay-daan sa Medicare na ibigay ang iyong personal na impormasyon sa kalusugan sa iba maliban sa iyo. Upang makuha ang porma na ito sa Ingles at Espanyol, bumisita sa [Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/appeals](https://www.medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/appeals), o tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari mo ring isumite ang porma na ito sa [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) sa iyong akawnt sa Medicare. Dapat iproseso ng Medicare ang form bago maging epektibo ang awtorisasyon.

Kung ang iyong sambahayan ay nakakuha ng higit sa isang kopya ng "Medicare & Ikaw"

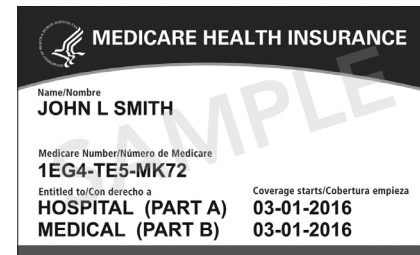
Upang makakuha ng isang kopya lamang ng hanbuk na ito sa hinaharap, tumawag sa 1-800-MEDICARE. Kung gusto mong huminto sa pagkuha ng mga papel na kopya sa koreo, maaari mong hilingin ito sa pamamagitan ng pag-log in (o paggawa) ng iyong akawnt sa Medicare sa [Medicare.gov](https://www.medicare.gov).

Kung kailangan mo ng bagong kopya ng iyong kard sa Medicare

Kung kailangan mong palitan ang iyong card dahil nasira o nawala ito, bumisita sa [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) upang mag-log in (o gumawa) ng iyong secure na akawnt sa Medicare upang mag-print o mag-order ng opisyal na kopya ng iyong kard sa Medicare. Maaari ka ring tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) at humiling na padalhan ka ng kapalit na kard sa pamamagitan ng koreo.

Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Kung makakakuha ka ng mga benepisyo ng Railroad Retirement Board (RRB), maaari kang tumawag sa 1-877-772-5772 upang makakuha ng kapalit na card. Puwedeng tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-312-751-4701.

Kung kailangan mong palitan ang iyong card dahil sa tingin mo ay may ibang gumagamit ng iyong Medicare Number, tumawag sa 1-800-MEDICARE.



Mga Programang Pantulong sa Segurong Pangkalusugan ng Estado (State Health Insurance Assistance Programs, SHIPs)

Ang SHIPs ay mga programa ng estado na kumukuha ng pera mula sa pederal na pamahalaan para makapagbigay ng lokal na pangkalusugang seguro na pagpapayo sa mga taong may Medicare na wala kang gagastusin. Mabibigyan ka ng pagpapayo nang wala kang gagastusin. Hindi konektado ang SHIPs sa anumang kompanya ng seguro o planong pangkalusugan. Nagbibigay sila ng libre, personalisado na pagpapayo sa iyo at sa iyong pamilya upang tumulong sa mga paksa ng Medicare tulad nito:

- Ang mga karapatan mo sa Medicare
- Mga problema sa pagsingil
- Mga reklamo tungkol sa iyong pangangalagang medikal o paggamot
- Magplano ng paghahambing at pagpapatala
- Paano gumagana ang Medicare sa ibang insurancePaano gumagana ang Medicare kasama ng ibang seguro
- Paghahanap ng tulong sa pagbabayad ng mga gastos sa pangangalagang pangkalusugan

Tumawag sa isang SHIP sa iyong estado upang makakuha ng libre, personalisado, at walang pinapanigan na tulong sa iyong mga tanong sa Medicare, o matutunan kung paano maging isang boluntaryong tagapayo ng SHIP. Pumunta sa mga pahinang 114–117 para sa numero ng telepono ng iyong lokal na SHIP.

Maghanap sa online ng pangkalahatang impormasyon ng Medicare

Bumisita sa Medicare.gov

- Kumuha ng impormasyon sa [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) tungkol sa mga planong pangkalusugan at gamot ng Medicare sa iyong lugar, kasama ang halaga ng mga ito at kung anong mga serbisyo ang ibinibigay nila.
- Maghanap ng mga doktor na kalahok sa Medicare o iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan at mga suplayer sa [Medicare.gov/care-compare](https://www.medicare.gov/care-compare). Maaari mo ring matutunan ang tungkol sa kalidad ng pangangalaga na ibinibigay ng mga plano, mga nursing home, mga ospital, mga doktor, mga ahensya sa pantahanang kalusugan, mga pasilidad ng dayalasis, mga sentro ng hospisyo, [mga pasilidad sa rehabilitasyon ng inpatient](#), at [mga ospital ng pangmatagalang pangangalaga](#).
- Alamin kung ano ang saklaw ng Medicare, kabilang ang mga [serbisyong pang-apula](#) (tulad ng mga iskrining, iniksiyon o bakuna, at taunang pagbisita sa “Kagalingan”).
- Kumuha ng impormasyon at mga form ng apela ng Medicare.

Kumuha ng personal na impormasyon ng Medicare online

Lumikha ng iyong sariling akawnt sa Medicare

Bumisita sa [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) upang mag-log in (o gumawa) ng iyong secure na akawnt sa Medicare. Maaari mo ring:

- Idagdag ang iyong mga reseta at botika upang matulungan kang mas maikumpara ang mga plano sa kalusugan at gamot ng Medicare sa iyong lugar.
- Mag-sign up para makuha ang hanbuk na ito ng “Medicare & You” at ang iyong opisyal na mga pahayag ng claim sa [Orihinal na Medicare](#), na tinatawag na “Medicare Summary Notices,” sa elektronikong paraan.
- Suriin ang iyong mga Orihinal na Medicare claim sa sandaling maproseso ang mga ito.
- Mag-print ng kopya ng iyong opisyal na kard sa Medicare.
- Maghanap ng listahan ng mga [serbisyon pang-apula](#) na kwalipikado mong makuha sa Orihinal na Medicare.
- Alamin ang tungkol sa iyong [mga premium](#) ng Medicare, at bayaran ang mga ito online kung makakakuha ka ng singil mula sa Medicare.

Direktoryo ng mga Konektadong App ng Medicare

Ang mga konektadong app ay mga application o website na inaprubahan ng Medicare na nilikha ng isang third party (hindi Medicare). Kapag kumonekta ka sa isang app at nag-log in gamit ang impormasyon ng iyong [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) na akawnt, maaari mong gamitin ang mga serbisyo ng app nang hindi manu-manong ipinapasok ang iyong impormasyon sa kalusugan. Maa-access lang ng mga third party na ito ang iyong data ng Medicare kung pipiliin mong ibahagi ito sa kanila. Palagi mong pipiliin kung gusto mong kumonekta (o manatiling konektado) sa isang third-party na app.

Sa mga app na ito maaari kang:

- Ibahagi ang iyong impormasyon sa kalusugan sa mga doktor, tagapag-alaga, at iba pa.
- Tingnan ang lahat ng iyong mga rekord ng kalusugan sa isang lugar (tulad ng mga ospital, mga resulta ng lab, at mga gamot).
- Isumite ang iyong impormasyon sa kalusugan upang lumahok sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral.

Tandaan: Kung naka-enroll ka sa isang [Plano sa Medicare Advantage](#), tanging impormasyon ng Bahagi D ang available sa pamamagitan ng mga nakakonektang app ng Medicare. Para sa data ng Bahagi A at Bahagi B, repasuhin sa iyong plano.

Alalahanin: Tratuhan ang iyong personal at impormasyong pangkalusugan sa parehong paraan ng pagtrato mo sa iba pang kumpidensyal na impormasyon.

Upang matutunan ang tungkol sa kung paano gumamit ng mga app na konektado sa Medicare para i-save ang iyong impormasyon sa mga claim sa Medicare, bumisita sa:

- [Medicare.gov/manage-your-health/share-your-medicare-claims](https://www.medicare.gov/manage-your-health/share-your-medicare-claims)
- [Medicare.gov/manage-your-health/medicares-blue-button-blue-button-20/blue-button-apps](https://www.medicare.gov/manage-your-health/medicares-blue-button-blue-button-20/blue-button-apps)

Gumagana ang Medicare upang mas mahusay na i-coordinate ang iyong pangangalaga

Ang Medicare ay patuloy na naghahanap ng mga paraan upang mas mahusay na pag-ugnayin ang iyong pangangalaga at upang matiyak na makukuha mo ang pinakamahusay na pangangalagang pangkalusugan na posible.

Narito ang mga halimbawa ng kung paano mas mahusay na maikoordina ng iyong mga tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan ang iyong pangangalaga:

Accountable Care Organizations

Ang **Accountable Care Organization (ACO)** ay isang grupo ng mga doktor, ospital, at iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan na tumatanggap ng **Orihinal na Medicare** at nagtutulong upang i-coordinate ang iyong pangangalagang pangkalusugan.

Ang pagtatrabaho bilang bahagi ng isang ACO ay tumutulong sa iyong mga doktor at iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan na maunawaan ang iyong kasaysayan ng kalusugan at makipag-usap sa isa't isa tungkol sa iyong pangangalaga at iyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan. Maaari itong makatipid sa iyo ng oras, pera, at pagkabigo sa pamamagitan ng pag-iwas sa mga paulit-ulit na pagsusulit at appointment. Nakakatulong din ang higit pang koordinasyon na maiwasan ang mga medikal na error at hindi inaasahang pakikipag-ugnayan sa gamot na maaaring mangyari kung hindi alam ng isang tagapaglaan kung ano ang inireseta sa iyo ng iba.

Mahalaga! Hindi lilimitahan ng ACO ang iyong pagpili ng mga tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan. Kung ang iyong doktor o iba pang tagapaglaan ay bahagi ng isang ACO, may karapatan ka pa ring bumisita sa alinmang doktor, ospital, o iba pang tagapaglaan na kumukuha ng Medicare anumang oras.

Bilang karagdagan, kung ang iyong **pangunahing doktor sa pangangalaga** ay lumahok sa isang ACO, maaari kang makakuha ng higit pang mga benepisyo. Halimbawa, sa ilang ACO, ang iyong tagapaglaan ay maaaring mag-alok ng higit pang mga serbisyo sa telehealth. Nangangahulugan ito na maaari kang makakuha ng ilang mga serbisyo mula sa bahay gamit ang teknolohiya, tulad ng iyong telepono o computer, upang makipag-ugnayan nang real time sa iyong tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan.

Bilang karagdagan, maaaring ipadala ng isang doktor o iba pang tagapaglaan na bahagi ng isang ACO ang kanilang mga pasyente para sa **skilled nursing facility na pangangalaga** o mga serbisyo sa rehabilitasyon kahit na hindi pa sila nanatili sa ospital ng 3 araw muna, na karaniwang kinakailangan sa Medicare. Para maging kwalipikado ka para sa benepisyong ito, kailangang magpasya ang iyong doktor o iba pang tagapaglaan na kailangan mo ng pangangalaga sa skilled nursing facility at matugunan ang ilang partikular na kinakailangan sa pagiging kwalipikado.

Kung ang iyong pangunahing doktor sa pangangalaga ay lumahok sa isang ACO at mayroon kang Orihinal na Medicare, makakatanggap ka ng nakasulat na abiso at/o makakahanap ng poster sa kanilang opisina tungkol sa kanilang paglahok sa ACO. Mayroon na ngayong daan-daang ACO sa buong bansa. Bumisita sa [Medicare.gov/care-compare](https://www.medicare.gov/care-compare) para maghanap ng pangunahing doktor sa pangangalaga na bahagi ng isang ACO.

Pagbabahagi ng iyong impormasyon sa pangangalagang pangkalusugan sa mga ACO

Isa sa pinakamahalagang benepisyo ng isang [Accountable Care Organization \(ACO\)](#) ay ang iyong mga doktor at iba pang tagapaglaan ay maaaring makipag-usap at kumontak sa iyong pangangalaga. Upang makatulong diyan, pinapayagan ng Medicare ang ACO ng iyong tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan na humingi ng ilang partikular na impormasyon tungkol sa iyong pangangalaga. Ang pagkakaroon ng Medicare na ibahagi ang iyong data sa ganitong paraan ay nakakatulong na matiyak na ang lahat ng taong kasangkot sa iyong pangangalaga ay may access sa iyong impormasyon sa kalusugan kapag kailangan nila ito upang matulungan ka.

Kung ayaw mong ibahagi ng Medicare ang iyong impormasyon sa kalusugan sa iyong mga doktor para sa koordinasyon ng pangangalaga, tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) at ipalam sa kinatawan. Puwedeng tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Maaari pa ring magbahagi ang Medicare ng pangkalahatang impormasyon para sukatin ang kalidad ng tagapaglaan.

Upang matuto nang higit pa tungkol sa mga ACO, bumisita sa [Medicare.gov/manage-your-health/coordinating-your-care/accountable-care-organizations](https://www.medicare.gov/manage-your-health/coordinating-your-care/accountable-care-organizations) o tumawag sa 1-800-MEDICARE.

Mga Elektronikong Tala ng Kalusugan

Ang mga electronic na rekord ng kalusugan ay isang kasaysayan ng iyong mga kondisyong medikal, pangangalagang pangkalusugan, at paggamot na iniingatan ng iyong doktor, iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan, kawani ng medikal na opisina, o ospital sa isang computer.

- Makakatulong ang mga ito na mapababa ang mga pagkakataon ng mga medikal na error, alisin ang mga duplicate na pagsusuri, at maaaring mapabuti ang iyong pangkalahatang kalidad ng pangangalaga.
- Ang mga elektronikong rekord ng kalusugan ng iyong doktor ay maaaring makapag-link sa isang ospital, lab, botika, iba pang mga doktor, o mga sistema ng impormasyon sa pagbabakuna (mga rehistro), upang ang mga taong nangangalaga sa iyo ay magkaroon ng mas kumpletong larawan ng iyong kalusugan.

Elektronikong pagrereseta

Ito ay isang elektronikong paraan para sa iyong nagrereseta (ang iyong doktor o iba pang tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan na legal na pinapayagang magsulat ng mga reseta) upang direktang ipadala ang iyong mga reseta sa iyong botika. Maaaring makatipid sa iyo ng pera at oras ang elektronikong pagrereseta, at makakatulong na mapanatiling ligtas ka.

Iba pang paraan upang makakuha ng impormasyon sa Medicare**Mga email sa Medicare**

Bumisita sa [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) upang lumikha ng ligtas na akawnt sa Medicare. Isama ang iyong email address upang makakuha ng mahahalagang paalala at impormasyon tungkol sa Medicare.

Mga Publikasyon

Bumisita sa [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications) upang repasuhin, i-print, o i-download ang mga kopya ng mga publikasyon sa iba't ibang paksa ng Medicare. Maaari ka ring tumawag sa 1-800-MEDICARE. Pumunta sa pahina 124 para sa impormasyon tungkol sa pagkuha ng mga publikasyon sa mga naa-access na format (tulad ng malalaking print, eBook, o braille) nang walang bayad. Mababasa ang mutaklat na “Medicare & Ikaw” sa iba pang mga wika, tulad ng Espanyol, Intsik, Koreano, at Vietnamese.

Social media

Manatiling napapanahon at kumonekta sa ibang tao sa Medicare sa pamamagitan ng pagsunod sa amin sa Facebook (facebook.com/Medicare) at X, na dating kilala bilang Twitter (twitter.com/MedicareGov).

Mga Bidyo

Maghanap ng mga bidyo tungkol sa Medicare at iba pang mga paksa sa pangangalagang pangkalusugan sa YouTube.com/cmsghsgov.

Iba pang mga nakakatulong na kontak

Kapanatagang Panlipunan

Bumisita sa SSA.gov upang mag-apply at mag-sign up para sa **Orihinal na Medicare**, at alamin kung kwalipikado ka para sa **Karagdagang Tulong** sa mga gastos sa gamot sa Medicare. Gayundin, kapag nagbukas ka ng personal na “aking Kapanatagang Panlipunan” na akawnt, maaari mong repasuhin ang iyong Social Security Statement, i-verify ang iyong mga kita, baguhin ang impormasyon ng iyong direktang deposito, humiling ng kapalit na kard sa Medicare, i-update ang iyong address, at higit pa. Bumisita sa SSA.gov/myaccount upang mag-sign up para sa iyong personal na akawnt.

Sentro ng Koordinasyon & Pagbawi ng mga Benepisyo

Kontakin ang Sentro ng Koordinasyon & Pagbawi ng mga Benepisyo sa 1-855-798-2627 upang mag-ulat ng mga pagbabago sa iyong impormasyon sa seguro o upang ipaalam sa Medicare kung mayroon kang ibang seguro. Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-855-797-2627.

Beneficiary and Family Centered Care-Quality Improvement Organization at State Survey Agency

Kontakin ang iyong Beneficiary and Family Centered Care-Quality Improvement Organization (BFCC-QIO) kung sa tingin mo ay masyadong maagang magtatapos ang polisa ng Medicare para sa iyong serbisyo (tulad ng kung sinabi ng iyong ospital na dapat kang ma-discharge at hindi ka sumasang-ayon). Maaaring mayroon kang karapatan sa isang mabilis na apela. Kung mayroon kang mga alalahanin tungkol sa kalidad ng pangangalaga na natanggap mo o ng isang mahal sa buhay sa isang estado o pederal na sertipikadong pasilidad ng pangangalagang pangkalusugan, o kung hindi ka nasisiyahan sa tugon ng iyong tagapaglaan sa iyong alalahanin, maaari kang magsampa ng pormal na reklamo nang direkta sa iyong ahensya ng survey ng estado o ang BFCC-QIO. Tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) upang makuha ang numero ng telepono ng iyong BFCC-QIO o ng ahensya ng survey ng iyong estado. Puwedeng tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa Medicare.gov/claims-appeals/file-a-complaint-grievance/filing-a-complaint-about-your-quality-of-care.

Kagawaran ng Tanggulan

Kumuha ng impormasyon tungkol sa TRICARE For Life (TFL) at sa Programang Pangbotika ng TRICARE.

TFL:

1-866-773- 0404, TTY: 1-866-773-0405

tricare.mil/tfl

tricare4u.com

Programang Pangbotika ng TRICARE:

1-877-363- 1303, TTY: 1-877-540-6261

tricare.mil/pharmacy

militaryrx.express-scripts.com

Kagawaran ng mga Kapakanan ng mga Beterano (VA)

Kontakin ang VA kung ikaw ay isang beterano o nagsilbi sa militar ng U.S. at mayroon kang mga tanong tungkol sa mga benepisyo ng beterano.

1-800-827- 1000, TTY: 711

VA.gov

eBenefits.va.gov

Tanggapan ng Pangangasiwa sa Empleyado

Kumuha ng impormasyon tungkol sa Programa sa Federal Employee Health Benefits para sa kasalukuyan at mga retiradong pederal na empleyado.

Mga pederal na retirado:

1-888-767- 6738, TTY: 711

OPM.gov/healthcare-insurance/Guide-Me/Retirees-Survivors

Mga aktibong pederal na empleyado:

Kontakin ang iyong Opisyal sa mga Benepisyo. Bumisita sa apps.opm.gov/abo para sa listahan ng mga Opisyal sa mga Benepisyo.

Railroad Retirement Board (RRB)

Kung makakakuha ka ng mga benepisyo mula sa RRB, tawagan sila upang palitan ang iyong address o pangalan, repasuhin ang pagiging kwalipikado, mag-sign up para sa Medicare, palitan ang iyong kard sa Medicare, o mag-ulat ng pagkamatay.

1-877-772- 5772, TTY: 1-312-751-4701

RRB.gov

May mga tanong o komento tungkol sa hanbuk na ito?

Magpadala ng email sa amin sa medicareandyou@cms.hhs.gov.

State Health Insurance Assistance Programs, (SHIPs)

Bumisita sa shiphelp.org, o gamitin ang impormasyon sa ibaba para sa libre, personalisado na tulong sa mga tanong tungkol sa mga apela, pagbili ng iba pang seguro, pagpili ng planong pangkalusugan, pagbili ng patakaran sa [Medigap](#), at mga karapatan at proteksyon ng Medicare.

Alabama

State Health Insurance Assistance
Program (SHIP)
1-800-243-5463

Alaska

Medicare Information Office
1-800-478-6065
TTY: 1-800-770-8973

Arizona

Arizona State Health Insurance
Assistance Program (SHIP)
1-800-432-4040

Arkansas

Senior Health Insurance Information
Program (SHIIP)
1-800-224-6330

California

California Health Insurance
Counseling & Advocacy
Program (HICAP)
1-800-434-0222

Colorado

State Health Insurance Assistance
Program (SHIP)
1-888-696-7213

Connecticut

Connecticut's Program for Health
Insurance Assistance, Outreach,
Information and Referral,
Counseling, Eligibility Screening
(CHOICES)
1-800-994-9422

Delaware

Delaware Medicare Assistance
Bureau
1-800-336-9500

Florida

Serving Health Insurance
Needs of Elders (SHINE)
1-800-963-5337
TTY: 1-800-955-8770

Georgia

Georgia State Health Insurance
Assistance Program (SHIP)
1-866-552-4464 (opsyon 4)

Guam

Guam Medicare Assistance
Program (GUAM MAP)
1-671-735-7415

Hawaii

Hawaii SHIP
1-888-875-9229
TTY: 1-866-810-4379

Idaho

Senior Health Insurance
Benefits Advisors (SHIBA)
1-800-247-4422

Illinois

Senior Health Insurance Program
(SHIP)
1-800-252-8966
TTY: 1-888-206-1327

Indiana

State Health Insurance Assistance
Program (SHIP)
1-800-452-4800
TTY: 1-866-846-0139

Iowa

Senior Health Insurance
Information Program (SHIIP)
1-800-351-4664
TTY: 1-800-735-2942

Kansas

Senior Health Insurance
Counseling for Kansas (SHICK)
1-800-860-5260

Kentucky

State Health Insurance Assistance
Program (SHIP)
1-877-293-7447

Louisiana

Senior Health Insurance
Information Program (SHIIP)
1-800-259-5300

Maine

Maine State Health Insurance
Assistance Program (SHIP)
1-800-262-2232

Maryland

State Health Insurance Assistance
Program (SHIP)
1-800-243-3425

Massachusetts

Serving Health Insurance Needs
of Everyone (SHINE)
1-800-243-4636
TTY: 1-877-610-0241

Michigan

MMAP, Inc.
1-800-803-7174

Minnesota

Minnesota State Health
Insurance Assistance Program/
Senior LinkAge Line
1-800-333-2433

Mississippi

MS State Health Insurance
Assistance Program (SHIP)
844-822-4622

Missouri

Missouri SHIP
1-800-390-3330

Montana

Montana State Health Insurance
Assistance Program (SHIP)
1-800-551-3191

Nebraska

Nebraska SHIP
1-800-234-7119

Nevada

Nevada Medicare Assistance
Program (MAP)
1-800-307-4444

New Hampshire

NH SHIP – ServiceLink
Resource Center
1-866-634-9412

New Jersey

State Health Insurance Assistance
Program (SHIP)
1-800-792-8820

New Mexico

New Mexico ADRC-SHIP
1-800-432-2080

New York

Health Insurance Information
Counseling and Assistance
Program (HIICAP)
1-800-701-0501

North Carolina

Seniors' Health Insurance
Information Program (SHIIP)
1-855-408-1212

North Dakota

State Health Insurance
Counseling (SHIC)
1-888-575-6611
TTY: 1-800-366-6888

Ohio

Ohio Senior Health Insurance
Information Program (OSHIIP)
1-800-686-1578
TTY: 1-614-644-3745

Oklahoma

Oklahoma Medicare Assistance
Program (MAP)
1-800-763-2828

Oregon

Senior Health Insurance Benefits
Assistance (SHIBA)
1-800-722-4134

Pennsylvania

Pennsylvania Medicare Education
and Decision Insight (PA MEDI)
1-800-783-7067

Puerto Rico

State Health Insurance Assistance
Program (SHIP)
1-877-725-4300
TTY: 1-878-919-7291

Rhode Island

Senior Health Insurance Program
(SHIP)
1-888-884-8721
TTY: 401- 462-0740

South Carolina

South Carolina Department
on Aging
1-800-868-9095

South Dakota

Senior Health Information &
Insurance Education (SHIINE)
1-800-536-8197

Tennessee

TN SHIP
1-877-801-0044
TTY: 1-800-848-0299

Texas

Health Information Counseling
and Advocacy Program (HICAP)
1-800-252-9240

Utah

Senior Health Insurance
Information Program (SHIP)
1-800-541-7735

Vermont

Vermont State Health Insurance
Assistance Program
1-800-642-5119

Virgin Islands

Virgin Islands State Health
Insurance Assistance Program
(VISHIP)
1-340-772-7368 St. Croix area;
1-340-714-4354 St. Thomas area

Virginia

Virginia Insurance Counseling
and Assistance Program (VICAP)
1-800-552-3402

Washington

Statewide Health Insurance
Benefits Advisors (SHIBA)
1-800-562-6900
TTY: 1-360-586-0241

Washington D.C.

DC SHIP
202-727-8370

West Virginia

West Virginia State Health
Insurance Assistance Program
(WV SHIP)
1-877-987-4463

Wisconsin

WI State Health Insurance
Assistance Program (SHIP)
1-800-242-1060
TTY: 711

Wyoming

Wyoming State Health Insurance
Information Program (WSHIIP)
1-800-856-4398

Mga Nota

This image shows a full page of blank, lined paper. It features approximately 20 evenly spaced horizontal blue lines across its entire width, providing a guide for handwriting or typing. The background is a clean, solid white color.

Seksyon 10:

Mga Kahulugan

Accountable Care Organization (ACO)

Mga grupo ng mga doktor, ospital, at iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na nagtutulungan upang bigyan ka ng mataas na kalidad, magkakaugnay na serbisyo at pangangalagang pangkalusugan.

Pagtatalaga

Isang kasunduan ng iyong doktor, tagapaglaan o suplayer na ba direktang babayaran ng Medicare, para tumanggap ng halaga ng bayad na inaprubahan ng Medicare para sa serbisyo at huwag kang singilin para sa anumang higit pa kaysa sa maikakaltas sa Medicare at coinsurance.

Panahon ng Benepisyo

Ang paraan na sinusukat ng Orihinal na Medicare ang iyong paggamit ng mga serbisyo ng pasilidad ng ospital at skilled nursing. Magsisimula ang panahon ng benepisyo sa araw na matanggap ka bilang isang inpatient sa isang ospital o pasilidad ng skilled nursing. Ang panahon ng benepisyo ay magtatapos kapag hindi ka nakakuha ng anumang pangangalaga sa ospital sa inpatient (o skilled care sa isang skilled nursing facility) sa loob ng 60 araw na magkakasunod. Kung pupunta ka sa isang ospital o isang pasilidad ng skilled nursing pagkatapos ng isang panahon ng benepisyo, magsisimula ang isang bagong panahon ng benepisyo. Dapat mong bayaran ang deductible sa ospital ng inpatient para sa bawa't panahon ng benepisyo. Walang limitasyon sa kung ilang beses ka puwedeng mag Panahon ng Benepisyo.

Coinsurance:

Isang halaga na maaaring kailanganin mong bayaran bilang iyong bahagi sa gastos para sa mga benepisyo pagkatapos mong magbayad ng anumang mga deductible. Ang coinsurance ay karaniwang porsiyento (halimbawa, 20%).

Copayment:

Isang halaga na maaaring kailanganin mong bayaran bilang iyong bahagi sa gastos para sa mga benepisyo pagkatapos mong magbayad ng anumang mga deductible. Ang isang copayment ay isang nakatakda halaga, tulad ng \$30.

Creditable na polisa sa inireresetang gamot

Polisa ng inireresetang gamot na inaasahang magbabayad, sa karaniwan, kahit kasing dami ng polisa ng gamot sa Medicare. Maaaring kabilang dito ang pagsakop sa gamot mula sa kasalukuyan o dating amo o unyon, TRICARE, Indian Health Service, VA, o indibidwal na polisa ng seguro sa kalusugan.

Critical access hospital

Isang maliit na pasilidad na matatagpuan sa kabukiran na higit sa 35 milya (o 15 milya kung nasa bulubunduking lupain o sa mga lugar na may mga pangalawang kalsada lamang) mula sa ibang ospital o critical access hospital. Ang pasilidad na ito ay nagbibigay ng 24/7 na pangangalagang pang-emerhensiya, mayroong 25 o mas kaunting mga inpatient na kama, at nagpapanatili ng average na haba ng pananatili na 96 na oras o mas kaunti para sa mga pasyente ng matinding pangangalaga.

Deductible

Ito ang dapat mong bayarang halaga para sa pag-aalaga ng kalusugan o mga reseta bago magsimulang magbayad ang Original na Medicare, ang iyong Plano sa Medicare Advantage, ang iyong Medicare na plano ng gamot o iba mong seguro.

Mga Demonstrasyon

Mga espesyal na proyekto, kung minsan ay tinatawag na “pilot programs” o “research studies,” na sumusubok sa mga pagpapabuti sa polisa ng Medicare, pagbabayad, at kalidad ng pangangalaga. Karaniwang gumagana ang mga ito para sa isang limitadong oras, para sa isang partikular na grupo ng mga tao, at sa mga partikular na lugar.

Karagdagang Tulong

Isang programa ng Medicare upang tulungan ang mga taong may limitadong kita at mga mapagkukunan na magbayad ng mga gastos sa programa ng Medicare sa inireresetang gamot, tulad ng mga premium, deductible, at coinsurance.

Pormularyo

Isang listahan ng mga inireresetang gamot na sakop ng isang plano sa inireresetang gamot o ibang plano ng seguro na nag-aalok ng mga benepisyo sa inireresetang gamot. Tinatawag ding listahan ng gamot.

Pasilidad ng rehabilitasyon ng inpatient

Isang ospital, o bahagi ng isang ospital, na nagbibigay ng masinsinang programa sa rehabilitasyon sa mga inpatient.

Mga Panghabambuhay na reserbang araw

Sa Orihinal na Medicare, ito ay mga karagdagang araw na babayaran ng Medicare kapag nasa ospital ka nang higit sa 90 araw. Mayroon kang kabuuang 60 na reserbang araw na maaaring magamit sa buong buhay mo. Para sa bawa't panghabambuhay na araw ng reserba, binabayaran ng Medicare ang lahat ng sakop na gastos maliban sa pang-araw-araw na coinsurance.

Ospital ng Pangmatagalang pangangalaga

Mga ospital sa agarang pangangalaga na nagbibigay ng paggamot para sa mga pasyenteng nananatili, sa karaniwan, higit sa 25 araw. Karamihan sa mga pasyente ay inilipat mula sa isang intensive o critical care unit.

Medicaid

Isang magkasanib na programang pang-pederal at pang-estado na tumutulong sa mga pang-medikal na gastos para sa ilang taong may limitadong kita at (sa ilang mga kaso) mga mapagkukunan. Ang mga programa ng Medicaid ay nag-iiba-iba sa bawa't estado, ngunit karamihan sa mga gastos sa pangangalagang pangkalusugan ay sinasaklaw kung kwalipikado ka para sa parehong Medicare at Medicaid.

Medikal na kinakailangan

Mga serbisyo o suplay ng pangangalagang pangkalusugan na kailangan upang masuri o magamot ang isang karamdaman, pinsala, kondisyon, sakit, o mga sintomas nito at nakakatugon sa mga tinatanggap na pamantayan ng gamot.

Plano sa Medicare Advantage (Bahagi C)

Isang uri ng planong pangkalusugan ng Medicare na inaalok ng isang pribadong kumpanya na nakikipagkontrata sa Medicare. Ang mga Plano sa Medicare Advantage ay nagbibigay ng lahat ng iyong mga benepisyo sa Bahagi A at Bahagi B, na may ilang mga pagbubukod, halimbawa, ilang mga aspeto ng mga klinikal na pagsubok na polisa ng Orihinal na Medicare kahit na ikaw ay nasa plano pa rin. Kabilang sa Mga Plano sa Medicare Advantage ang:

- Mga Health Maintenance Organization
- Mga Preferred Provider Organization
- Mga Planong Private Fee-for-Service
- Mga Plano sa Special Needs
- Mga Plano sa Medical Savings Account

Kung pinag-iisipan mong mag-enroll sa isang planong Medicare:

- Karamihan sa mga serbisyo ng Medicare ay saklaw ng plano
- Karamihan sa mga serbisyo ng Medicare ay hindi binabayaran ng Orihinal na Medicare
- Karamihan sa mga Plano sa Medicare Advantage ay nag-aalok ng saklaw ng inireresetang gamot

Halagang inaprubahan ng Medicare

Ang halaga ng pagbabayad na itinakda ng Orihinal na Medicare para sa isang saklaw na serbisyo o item. Kapag tinanggap ng iyong tagapaglaan ang pagtatalaga, babayaran ng Medicare ang bahagi nito at babayaran mo ang iyong bahagi sa halagang iyon.

Mga Planong pangkalusugan sa Medicare

Mga plano na inaalok ng mga pribadong kumpanya na nakikipagkontrata sa Medicare upang magbigay ng Bahagi A, Bahagi B, at sa maraming kaso, mga benepisyo ng Bahagi D. Kasama ang Mga Plano sa Medicare Advantage at ilang iba pang uri ng polisa (tulad ng Mga Plano sa Gastos sa Medicare, mga programang PACE, at demonstrasyon/eksperimental na mga programa).

Plano sa Medicare

Anumang paraan maliban sa Orihinal na Medicare na maaari mong makuha ang iyong polisa sa kalusugan o gamot sa Medicare. Kasama sa terminong ito ang lahat ng planong pangkalusugan ng Medicare at mga plano sa gamot ng Medicare.

Medigap

Medicare Supplement Insurance na ibinebenta ng mga pribadong kompanya ng seguro upang punan ang “mga puwang” sa Orihinal na Medicare polisa.

Orihinal na Medicare

Isang Fee-for-Service na programa ng health insurance na may 2 bahagi: Bahagi A (Pang-ospital na Insurance) at Bahagi B (Pang-medikal na Insurance). Karaniwang binabayaran mo ang isang bahagi ng mga gastos para sa mga saklaw na serbisyo habang nakukuha mo ang mga ito. Sa ilalim ng Orihinal na Medicare, wala kang polisa sa pamamagitan ng Plano sa Medicare Advantage o ibang uri ng planong pangkalusugan ng Medicare.

Premium

Ang pana-panahong pagbabayad sa Medicare, isang kompanya ng seguro, o isang plano sa pangangalagang pangkalusugan para sa polisa ng kalusugan o inireresetang gamot.

Mga Serbisyong pang-apula

Pangangalaga sa kalusugan upang maiwasan ang pagkakasakit o matukoy ang karamdaman sa maagang yugto, kapag ang paggamot ay malamang na gumana nang pinakamahasay (halimbawa, ang mga serbisyong pang-apula ay kinabibilangan ng mga Pap test, mga iniksiyon sa trangkaso, at iskrining sa mga mammogram).

Pangunahing doktor ng pangangalaga

Ang doktor na una mong pinupuntahan para sa karamihan ng mga problema sa kalusugan. Maaari silang makipag-usap sa ibang mga doktor at tagapaglaan ng pangangalagang pangkalusugan tungkol sa iyong pangangalaga at i-refer ka sa kanila.

Referral

Isang nakasulat na utos mula sa iyong pangunahing doktor sa pangangalaga para bisitahin mo ang isang espesyalista o kumuha ng ilang partikular na serbisyong medikal. Kung walang referral, maaaring hindi magbayad ang iyong plano para sa mga serbisyo mula sa isang espesyalista.

Lugar ng serbisyo

Isang lugar na dapat mong tirahan para sa planong tanggapin ka bilang isang miyembro. Para sa mga plano na nililimitahan kung aling mga doktor at ospital ang maaari mong gamitin, ito rin sa pangkalahatan ay ang lugar kung saan maaari kang makakuha ng mga karaniwang serbisyo (hindi pang-emergency). Ang mga plano ay maaari, at sa ilang mga kaso ay dapat, i-disenroll ka kung lilipat ka sa labas ng kanilang lugar ng serbisyo.

Skilled nursing facility (SNF)

Isang nursing facility na may kawani at kagamitan upang magbigay ng skilled nursing na pangangalaga at, sa karamihan ng mga kaso, skilled rehabilitative na mga serbisyo at iba pang nauugnay na serbisyong pangkalusugan.

Pangangalaga sa Skilled nursing facility (SNF)

Mga serbisyong skilled nursing na pangangalaga at terapiya na ibinibigay araw-araw sa isang skilled nursing facility. Kabilang sa mga halimbawa ng pangangalaga sa skilled nursing facility ang terapiyang pangkatawan o intravenous injection na maaari lamang ibigay ng isang physical therapist o isang rehistradong nars.

Abiso ng Walang Diskriminasyon

Ang Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) ay hindi nagbubukod, tumatanggi ng mga benepisyo sa, o kung hindi man ay nagdidiskrimina laban sa sinumang tao sa batayan ng lahi, kulay, pambansang pinagmulan, kapansanan, kasarian o edad sa pagpasok sa, partisipasyon sa o pagtanggap ng mga serbisyo at benepisyo sa ilalim ng alinman sa mga programa at aktibidad nito, ito man ay isinagawa ng CMS nang direkta o sa pamamagitan ng kontratista o anumang ibang entidad kung saa inaayos ng CMS para isagawa ang mga programa at aktibidad nito.

Maaari kang makipag-ugnay sa CMS sa alinman sa mga paraang kasama sa abisong ito kung may anumang alalahanin ka sa pagkuha ng impormasyon sa anyong magagamit mo.

Maaari ka ring magsampa ng reklamo kung sa palagay mo ay sumailalim ka sa diskriminasyon sa isang programa o aktibidad ng CMS kasama ang pagkakaranas ng mga isyu sa pagkuha ng impormasyon sa maa-access na anyo mula sa anumang Plano sa Medicare Advantage, plano ng gamot sa Medicare, Estado o lokal na Medicaid na tanggapan, o Marketplace Qualified Health Plans. May tatlong paraan para magsampa ng reklamo sa Kagawaran ng Kalusugan at Serbisyong Pantao sa U.S., Tanggapan sa mga Karapatang Sibil:

1. Online:

[HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/)

2. Sa telepono:

Tumawag sa 1-800-368-1019. Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

3. Sa pamamagitan ng sulat: Magpadala ng impormasyon tungkol sa reklamo mo sa:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Mga Maa-access na Komunikasyon

Nagbibigay ang Medicare ng mga libreng pandagdag na tulong at serbisyo, kabilang ang impormasyon sa mga maa-access na formattulad ng braille, malaking print, data o audio na mga file, mga relay na serbisyo at TTY na komunikasyon. Kapag humiling ka ng impormasyon sa isang maa-access na format, hindi ka maaagrabyado ng anumang karagdagang oras na kailangan para maibigay ito. Nangangahulugan ito na makakakuha ka ng ekstrang oras para magsagawa ng anumang pagkilos kung may antala sa pagtupad ng kahilingan mo.

Para humiling ng Medicare o Marketplace na impormasyon sa maa-access na anyo, maaari kang:

1. Tawagan kami:

Para sa Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

TTY: 1-877-486-2048

Para sa Pamilihan: 1-800-318- 2596

TTY: 1-855-889-4325

2. Mag-email sa amin: altformatrequest@cms.hhs.gov

3. Padalhan kami ng fax: 1-844-530-3676

4. Padalhan kami ng liham:

Centers for Medicare & Medicaid Services

Offices of Hearings and Inquiries (OHI)

7500 Security Boulevard, Mail Stop DO-01-20

Baltimore, MD 21244-1850

Attn: Customer Accessibility Resource Staff (CARS)

Ang kahilingan mo ay dapat kasama ang iyong pangalan, numero ng telepono, klase ng impormasyong kailangan mo (kung alam) at ang address sa koreo kung saan namin dapat ipadala ang materyales. Maaari ka naming kontakin para sa karagdagang impormasyon.

Tala: Kung naka-enroll ka sa isang Medicare Advantage o plano ng gamot sa Medicare, maaari mong kontakin ang plano mo para hilingin ang mga impormasyon nila sa maa-access na format. Para sa Medicaid, kontakin ang tanggapan sa Medicaid ng iyong estado.

Naghahanap ng tulong sa ibang mga wika?

Kung ikaw, o isang taong tinutulongan mo, ay may mga tanong tungkol sa Medicare, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagapagsalinwika, tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

العربية (Arabic) إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة بخصوص Medicare فإن من حقك الحصول على المساعدة و المعلومات بلغتك من دون أي تكلفة. للتحدث مع مترجم إتصل بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

հայերեն (Armenian) Եթե Դուք կամ Ձեր կողմից օգնություն ստացող անձը հարցեր ունի Medicare-ի մասին, ապա Դուք իրավունք ունեք անվճար օգնություն և տեղեկություններ ստանալու Ձեր նախընտրած լեզվով: Թարգմանչի հետ խոսելու համար զանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով:

中文 (Chinese-Traditional) 如果您，或是您正在協助的個人，有關於聯邦醫療保險的問題，您有權免費以您的母語，獲得幫助和訊息。與翻譯員交談，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

فارسی (Farsi) اگر شما، یا شخصی که به او کمک می‌رسانید سوالی در مورد اعلامیه مختصر مدیکردارید، حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود به طور رایگان دریافت نمایید. برای مکالمه با مترجم با این شماره زیر تماس بگیرید 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Français (French) Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions au sujet de l'assurance-maladie Medicare, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et de l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, composez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Deutsch (German) Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Medicare haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an.

Kreyòl (Haitian Creole) Si oumenm oswa yon moun w ap ede, gen kesyon konsènan Medicare, se dwa w pou jwenn èd ak enfòmasyon nan lang ou pale a, san pou pa peye pou sa. Pou w pale avèk yon entèprèt, rele nan 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Italiano (Italian) Se voi, o una persona che state aiutando, vogliate chiarimenti a riguardo del Medicare, avete il diritto di ottenere assistenza e informazioni nella vostra lingua a titolo gratuito. Per parlare con un interprete, chiamate il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

日本語 (Japanese) Medicare (メディケア) に関するご質問がある場合は、ご希望の言語で情報を取得し、サポートを受ける権利があります (無料)。通訳をご希望の方は、1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) までお電話ください。

한국어(Korean) 만약 귀하나 귀하가 돕는 어느 분이 메디케어에 관해서 질문을 가지고 있다면 비용 부담이 없이 필요한 도움과 정보를 귀하의 언어로 얻을 수 있는 권리가 귀하에게 있습니다. 통역사와 말씀을 나누시려면 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오.

Polski (Polish) Jeżeli Państwo lub ktoś komu Państwo pomagają macie pytania dotyczące Medicare, mają Państwo prawo do uzyskania bezpłatnej pomocy i informacji w swoim języku. Aby rozmawiać z tłumaczem, prosimy dzwonić pod numer telefonu 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Português (Portuguese) Se você (ou alguém que você esteja ajudando) tiver dúvidas sobre a Medicare, você tem o direito de obter ajuda e informações em seu idioma, gratuitamente. Para falar com um intérprete, ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Русский (Russian) Если у вас или лица, которому вы помогаете, возникли вопросы по поводу программы Медикэр (Medicare), вы имеете право на бесплатную помощь и информацию на вашем языке. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Español (Spanish) Si usted, o alguien que está ayudando, tiene preguntas sobre Medicare, usted tiene el derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Tagalog (Tagalog) Kung ikaw, o ang isang tinutulongan mo, ay may mga katanungan tungkol sa Medicare, ikaw ay may karapatan na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong lengguwahe ng walang gastos. Upang makipag-usap sa isang tagasalin ng wika, tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Tiếng Việt (Vietnamese) Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Medicare, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện qua thông dịch viên, gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Ang Health Insurance Marketplace® ay isang nakarehistrong marka ng serbisyo ng Kagawaran ng Kalusugan & Serbisyong Pantao ng U.S.

Ang “Medicare & Ikaw” ay hindi isang legal na dokumento. Ang mga makabuluhang batas, regulasyon, at mga pasya ay naglalaman ng Opisyal na legal na gabay sa Programang Medicare.

This product was produced at U.S. taxpayer expense

Ang mga kopya ng produktong ito ay makukuha nang libre sa [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE.

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
7500 Security Blvd.
Baltimore, MD 21244-1850

Opisyal na Negosyo
Multa sa Pribadong Paggamit, \$300

CMS Product No. 10050-T (Tagalog)
January 2025

IPINAGBABAWAL ANG MULING PAGBEBENTA

Pambansang Hanbuk sa Medicare

Lilipat ka ba?

Bumisita sa **SSA.gov**. Kung ikaw ay nakakuha ng mga benepisyo sa RRB, bumisita sa **RRB.gov** o tawagan ang RRB sa 1-877-772-5772. Maaaring tumawag ang mga tagagamit ng TTY sa 1-312-751-4701.



Medicare