

MAHALAGANG ABISO

Paunang Direktiba

KASAMA SA ABISONG ITO ANG MAHAHALAGANG DETALYE TUNGKOL SA INYONG MGA KARAPATAN SA ILALIM NG PEDERAL NA BATAS AT BATAS NG CALIFORNIA BILANG MIYEMBRO NG HEALTH NET CAL MEDICONNECT.

Mayroon kayong karapatang sabihin ang gusto ninyong mangyari sa inyo at sa inyong kalusugan kung hindi kayo makapagpasya para sa inyong sarili.

Kung minsan, hindi nakapagpasya ang mga tao tungkol sa kanilang sariling pangangalagang pangkalusugan dahil sa mga emergency o karamdaman. Mayroon kayong karapatang sabihin ang gusto ninyong mangyari sa mga sitwasyong ito.

Nangangahulugan itong, kung gusto ninyo, maaari kayong:

- **Magsagot ng nakasulat na form** para bigyan ang isang tao ng legal na karapatang gumawa ng mga medikal na desisyon para sa inyo kung sakaling hindi ninyo masasabi ang gusto ninyong mangyari.
- **Magbigay sa inyong mga doktor ng mga nakasulat na utos** tungkol sa kung paano ninyo gustong pangasiwaan nila ang inyong medikal na pangangalaga kung sakaling hindi kayo makapagpasya para sa inyong sarili.

Kung gusto ninyong gumamit ng “paunang direktiba” para ibigay ang inyong mga utos, narito ang dapat gawin:

- **Kunin ang form.** Kung gusto ninyong magkaroon ng paunang direktiba, makakakuha kayo ng form mula sa inyong abugado, mula sa isang social worker, mula sa California Medical Doctor Association sa pamamagitan ng pagtawag sa <1-800-786-4262> (National Relay Service TTY: 711), o mula sa ilang store ng supply para sa opisina. Available din ang form sa website ng California Attorney General sa <https://oag.ca.gov/>.

Kung minsan, puwede kayong makakuha ng mga form ng paunang direktiba sa mga organisasyong nagbibigay sa mga tao ng impormasyon tungkol sa Medicare.

- **Sagutan at pirmahan ito.** Saanman ninyo nakuha ang form na ito, tandaang isa itong legal na abiso. Dapat ay pag-isipan ninyo ang paghingi ng tulong sa isang abugado sa paghahanda nito. Sa California, ang paunang direktiba ay dapat pirmahan sa harapan ng isang notaryo publiko o pirmahan ng hindi bababa sa dalawang saksi na tumutugon sa batas ng estado. Iniaatas ng batas ng California na ang bawat saksi ay nasa tamang edad at hindi maaaring:
 - Ang napili ninyong ahente;
 - Ang inyong provider ng pangangalagang pangkalusugan o sinumang nagtatrabaho para sa inyong provider ng pangangalagang pangkalusugan; o
 - Isang taong nagtatrabaho sa lugar na tinitirahan ninyo.

At, maaari lang magsilbing isa sa dalawang saksi ang isang miyembro ng pamilya.

H3237_21_AdvDirFly_Approved_12162019 (TAG)

(ipinagpatuloy)



Ayon sa batas, walang puwedeng tumanggi sa inyong pangangalaga o magdiskrimina sa inyo batay sa kung pumirma kayo sa paunang direktiba o hindi.

Ang “mga paunang direktiba” ay mga legal na abisong magagamit ninyo para ibigay ang inyong mga utos bago pa kayo hindi makagawa ng sarili ninyong desisyon para sa kalusugan. Maraming uri ng paunang direktiba na may natatanging pangalan. Ang mga abisong tinatawag na “living will” at “power of attorney para sa pangangalagang pangkalusugan” ay mga halimbawa ng mga paunang direktiba.

Kung nakatira kayo sa pasilidad ng sanay na pangangalaga, dapat ay pirmahan ng tamang ahente ang inyong paunang direktiba para maging aktibo.

- **Magbigay ng mga kopya sa mga taong pinagkakatiwalaan ninyo.**

Dapat kayong magbigay ng kopya ng form sa inyong doktor at sa taong papangalanan ninyo sa form na siyang gagawa ng mga desisyon para sa kalusugan para sa inyo kung hindi ninyo ito magagawa.

Mainam na magbigay kayo ng mga kopya sa malalapit na kaibigan o pati na rin sa mga miyembro ng pamilya. Tiyaking magtabi ng kopya sa inyong tahanan.

Kung alam na ninyong dadalhin kayo sa ospital, at pumirma na kayo ng paunang direktiba, magdala ng kopya sa ospital.

- **Kung ipinasok kayo sa ospital,** tatanungin nila kayo kung pumirma na kayo sa form ng paunang direktiba at kung dala ninyo ito.
- **Kung hindi pa kayo pumipirma sa isang form ng paunang direktiba,** may mga available na form ang ospital at tatanungin kayo kung gusto ninyong pumirma ng isa.

Pakitandaang desisyon ninyo kung gusto ninyong magsagot ng paunang direktiba, kasama rito ang kagustuhan ninyong pumirma kung nasa ospital kayo.

Kinakailangan naming ipagbigay-alam sa inyo ang impormasyon sa ibaba:

- Hindi kami puwedeng tumanggi sa inyong pangangalaga o magdiskrimina sa inyo batay sa kung pumirma kayo sa paunang direktiba o hindi.
- Kung pumirma kayo sa paunang direktiba, at sa palagay ninyo ay hindi nasunod ng doktor o ospital ang mga utos na naroon, maaari kayong maghain ng reklamo sa Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil ng Departamento ng mga Serbisyo para sa Kalusugan at Tao ng U.S., 90 7th Street, Suite 4-100 San Francisco, CA 94103. Ang numero ng telepono ay 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).
- Inaatasan namin ang aming mga doktor sa network na itala sa pangunahing bahagi ng inyong kasalukuyang medikal na talaan kung pumirma kayo ng paunang direktiba o hindi.
- Kailangan naming sumunod sa batas ng estado tungkol sa mga paunang direktiba.
- Tinuturo namin sa aming mga kawani ang aming proseso para sa mga paunang direktiba.
- Nag-aalok kami ng pampublikong pagkatuto tungkol sa mga paunang direktiba sa pamamagitan ng aming website, mga tanggapan ng doktor, at fair para sa kalusugan.

Makikita ninyo ang karagdagang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan bilang miyembro ng planong ito sa inyong Handbook ng Miyembro at Buod ng Mga Benepisyo.

(ipinagpatuloy)



May mga tanong?

Los Angeles:

1-855-464-3571

San Diego:

1-855-464-3572

(Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711)

Makatutulong ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.



Narito kami para tumulong!

Kung mayroon kayong anumang tanong tungkol sa mga paunang direktiba o sa inyong mga karapatan ng miyembro – pakitawagan kami!

Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Health Net Cal MediConnect:

Los Angeles: 1-855-464-3571, San Diego: 1-855-464-3572

(Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711).

Makakatawag mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Kapag tapos na ang oras ng trabaho, at kapag mga weekend at holiday, maaari kayong mag-iwan ng mensahe. Tatawagan namin kayo sa susunod na araw ng negosyo.

Ang Health Net Community Solutions, Inc. ay isang planong pangkalusugan na nakikipagkontrata sa Medicare at Medi-Cal upang maipagkaloob ang mga benepisyo ng parehong programa sa mga nagpapatala.

Ang Health Net Community Solutions, Inc. ay isang subsidiary ng Health Net, LLC at Centene Corporation. Ang Health Net ay isang rehistradong marka ng serbisyo ng Health Net, LLC. Ang lahat ng iba pang tinukoy na trademark/service mark ay mananatiling pag-aari ng kanilang mga sariling kumpanya. Nakalaan ang lahat ng karapatan.

PAUNAWA: Kung hindi kayo nagsasalita ng Ingles, may mga magagamit kayong libreng serbisyo ng tulong sa wika. Tumawag sa 1-855-464-3571 sa Los Angeles County o sa 1-855-464-3572 sa San Diego County (TTY: 711) mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Kapag tapos na ang oras ng trabaho, at kapag mga weekend at holiday, maaari kayong mag-iwan ng mensahe. Tatawagan namin kayo sa susunod na araw ng negosyo. Libre ang tawag.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Chinese Cantonese: 注意：如果您說中文，您可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). पर कॉल करें।

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。まで、お電話にてご連絡ください。

Farsi: توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Thai: เรียน: ถ้านคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Armenian: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ Եթե խոսում եք հայերեն, ասյա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցություն ծառայություններ: Ջանգալհարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)

Cambodian: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Laotian: ໂປດຊາຍ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Nondiscrimination Notice

Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently on the basis of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation.

Health Net Cal MediConnect:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center at 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends, and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

If you believe that Health Net Cal MediConnect has failed to provide these services or discriminated in another way, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697) if there is a concern of discrimination based on race, color, national origin, age, disability, or sex.

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.