Ngày 1 tháng 1 - Ngày 31 tháng 12 năm 2022

Chứng Thực Bảo Hiểm:

Các Phúc Lợi, Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe và Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa Medicare của quý vị với tư cách là Thành Viên của Wellcare Premium Ultra (HMO)

Tập sách này trình bày chi tiết về chương trình bảo hiểm sức khỏe và bảo hiểm thuốc theo toa Medicare của quý vị từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 12 năm 2022. Tài liệu này cũng hướng dẫn quý vị cách thức được bao trả cho những dịch vụ chăm sóc sức khỏe và thuốc theo toa quý vị cần. **Đây là một tài liệu pháp lý quan trọng. Vui lòng giữ tập thông tin này ở nơi an toàn.**

Chương trình Wellcare Premium Ultra (HMO) này được cung cấp bởi Health Net Of California,Inc. (Khi *Chứng Thực Bảo Hiểm* này đề cập đến “chúng tôi” hoặc “của chúng tôi”, có nghĩa là Health Net Of California,Inc. Khi đề cập đến “chương trình” hoặc “chương trình của chúng tôi”, có nghĩa là Wellcare Premium Ultra (HMO).)

Chúng tôi phải cung cấp thông tin cho quý vị bằng cách phù hợp với quý vị (bằng những ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, chữ nổi Braille, bản in khổ chữ lớn hoặc các định dạng khác thay thế khác, v.v...). Vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số ở mặt sau tập sách này nếu quý vị quý vị cần thông tin ở định dạng khác.

OMB Approval 0938-1051
(Expires: February 29, 2024)
CA2CNCEOC81244V_0084
H0562009000

H0562_CNC_79384V_C CMS_Accepted

Phúc lợi, phí bảo hiểm và/hoặc khoản đồng thanh toán/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào tháng 1 năm 2023.

Danh mục thuốc, hệ thống nhà thuốc và/hoặc hệ thống các nhà cung cấp dịch vụ có thể thay đổi bất cứ lúc nào. Quý vị sẽ nhận được thông báo khi cần thiết.

ATENCIÓN: Si habla español, contamos con servicios de asistencia lingüística que se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. Llame al número de Servicios para Miembros que se indica para su estado en la página siguiente.

注意：如果您説中文，您可以免費獲得語言援助服務。請撥打針對您所在州列示於下一頁的會員服務部電話號碼。

Chú ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ có sẵn miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Thành Viên thuộc bang của quý vị ở trang tiếp theo.

주의사항: 한국어를 구사할 경우, 언어 보조 서비스를 무료로 이용 가능합니다. 다음 페이지에서 가입자의 주에 해당하는 목록 내 가입자 서비스부 번호로 전화해 주십시오.

Atensyon: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may mga available na libreng tulong sa wika para sa iyo. Tumawag sa numero ng Mga Serbisyo para sa Miyembro na nakalista para sa iyong estado sa susunod na page.

Dumngeg: No agsasau ka iti Ilokano, dagiti tulong nga serbisio, a libre, ket available para kaniam. Awagam iti numero dagiti serbisio iti Miembro a nakalista para iti estadom iti sumaruno a panid.

La Silafia: Afai e te tautala i le gagana Samoa, o lo’o avanoa ia te oe ‘au’aunaga fesoasoani i le gagana, e leai se totogi. Vala’au le Member Services numera lisiina mo lou setete i le isi itulau.

Maliu: Ke walaʻau Hawaiʻi ʻoe, loaʻa ke kōkua ma ka unuhi ʻōlelo me ke kāki ʻole. E kelepona i ka helu kelepona o ka Māhele Kōkua Hoa i hōʻike ʻia no kou mokuʻāina ma kēia ʻaoʻao aʻe.

Chúng Ta Chỉ Cách Nhau
Một Cuộc Điện Thoại

ARKANSAS
- HMO, HMO D-SNP
- **1-855-565-9518**
- Hoặc truy cập **www.wellcare.com/allwellAR**

ARIZONA
- HMO, HMO C-SNP , HMO D-SNP
- **1-800-977-7522**
- Hoặc truy cập **www.wellcare.com/allwellAZ**

CALIFORNIA
- HMO, HMO C-SNP, HMO D-SNP, PPO
- **1-800-275-4737**
- Hoặc truy cập **www.wellcare.com/healthnetCA**

FLORIDA
- HMO D-SNP
- **1-877-935-8022**
- Hoặc truy cập **www.wellcare.com/allwellFL**

GEORGIA
- HMO
- **1-844-890-2326**

- HMO D-SNP
- **1-877-725-7748**
- Hoặc truy cập **www.wellcare.com/allwellGA**

INDIANA
- HMO, PPO
- **1-855-766-1541**

- HMO D-SNP
- **1-833-202-4704**
- Hoặc truy cập **www.wellcare.com/allwellIN**

KANSAS
- HMO, PPO
- **1-855-565-9519**

- HMO D-SNP
- **1-833-402-6707**
- Hoặc truy cập **www.wellcare.com/allwellKS**

LOUISIANA
- HMO
- **1-855-766-1572**

- HMO D-SNP
- **1-833-541-0767**
- Hoặc truy cập **www.wellcare.com/allwellLA**

MISSOURI
- HMO
- **1-855-766-1452**

- HMO D-SNP
- **1-833-298-3361**
- Hoặc truy cập **www.wellcare.com/allwellMO**

MISSISSIPPI

HMO

1-844-786-7711

HMO D-SNP

1-833-260-4124

Hoặc truy cập **www.wellcare.com/allwellMS**

NEBRASKA

HMO, PPO

1-833-542-0693

HMO D-SNP, PPO D-SNP

1-833-853-0864

Hoặc truy cập **www.wellcare.com/NE**

NEVADA

HMO, HMO C-SNP, PPO

1-833-854-4766

HMO D-SNP

1-833-717-0806

Hoặc truy cập **www.wellcare.com/allwellNV**

NEW MEXICO

HMO, PPO

1-833-543-0246

HMO D-SNP

1-844-810-7965

Hoặc truy cập **www.wellcare.com/allwellNM**

NEW YORK

HMO, HMO-POS, HMO D-SNP

1-800-247-1447

Hoặc truy cập
www.fideliscare.org/wellcaremedicare

OHIO

HMO, PPO

1-855-766-1851

HMO D-SNP

1-866-389-7690

Hoặc truy cập **www.wellcare.com/allwellOH**

OKLAHOMA

HMO. PPO

1-833-853-0865

HMO D-SNP

1-833-853-0866

Hoặc truy cập **www.wellcare.com/OK**

OREGON

HMO, PPO

1-844-582-5177

Hoặc truy cập **www.wellcare.com/healthnetOR**

HMO D-SNP

1-844-867-1156

Hoặc truy cập **www.wellcare.com/trilliumOR**

PENNSYLVANIA

HMO, PPO

1-855-766-1456

HMO D-SNP

1-866-330-9368

Hoặc truy cập **www.wellcare.com/allwellPA**

SOUTH CAROLINA

HMO, HMO D-SNP

1-855-766-1497

Hoặc truy cập **www.wellcare.com/allwellSC**

TEXAS

HMO

1-844-796-6811

HMO D-SNP

1-877-935-8023

Hoặc truy cập **www.wellcare.com/allwellTX**

WASHINGTON

PPO

1-844-582-5177

Hoặc truy cập **www.wellcare.com/healthnetOR**

WISCONSIN

HMO D-SNP

1-877-935-8024

Hoặc truy cập **www.wellcare.com/allwellWI**

TTY CHO TẤT CẢ CÁC TIỂU BANG: 711

GIỜ HOẠT ĐỘNG

Ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3: Thứ Hai–Chủ Nhật, 8 a.m. đến 8 p.m.

Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9: Thứ Hai–Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m.

Chứng Thực Bảo Hiểm 2022

Mục lục

Danh sách này gồm các chương đi cùng số trang chỉ là điểm khởi đầu. Để biết thêm thông tin quý vị cần, quý vị hãy xem trang đầu tiên của mỗi chương. **Quý vị sẽ có một danh sách chi tiết các chủ đề ở đầu mỗi chương.**

Chương 1. Bắt đầu với tư cách thành viên 11
Giải thích về chương trình sức khỏe Medicare và cách sử dụng tập thông tin này. Trình bày về các tài liệu chúng tôi sẽ gửi cho quý vị, phí bảo hiểm hàng tháng, tiền phạt ghi danh muộn Part D, thẻ thành viên và cách cập nhật hồ sơ thành viên của quý vị.

Chương 2. Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng 34
Cho quý vị biết cách thức liên hệ với chương trình chúng tôi (Wellcare Premium Ultra (HMO)) và các tổ chức khác gồm có chương trình Medicare, Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Sức Khỏe Tiểu Bang (SHIP), Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (QIO), Sở An Sinh Xã Hội, Medicaid (chương trình bảo hiểm y tế của tiểu bang cho người có thu nhập thấp), các chương trình giúp người dân trả tiền cho thuốc theo toa và Ủy Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt.

Chương 3. Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các dịch vụ y tế 57
Giải thích những điều quan trọng quý vị cần biết để được chăm sóc y tế với tư cách là thành viên của chương trình chúng tôi. Các đề tài trong phần này gồm có việc dùng các nhà cung cấp dịch vụ y tế trong mạng lưới bảo hiểm và cách nào được chăm sóc trong trường hợp cấp cứu.

Chương 4. Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì bảo hiểm trả và quý vị trả) 80
Trình bày chi tiết loại dịch vụ chăm sóc y tế nào được bao trả và loại nào *không* được bao trả khi quý vị là thành viên trong chương trình của chúng tôi. Cho quý vị biết số tiền quý vị phải cùng trả với chương trình cho chi phí của những dịch vụ chăm sóc y tế được bao trả.

Chương 5. Sử dụng quyền lợi bảo hiểm của chương trình cho thuốc theo toa Part D..... 152

Giải thích những quy định quý vị phải tuân theo khi mua thuốc Part D. Trình bày cách sử dụng *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Mục Thuốc)* của chương trình để biết loại thuốc nào được bao trả. Trình bày loại thuốc nào *không* được bao trả. Giải thích các loại hạn chế áp dụng cho sự bao trả của một số loại thuốc. Giải thích về những nơi quý vị có thể mua thuốc theo toa. Trình bày kế hoạch của chương trình về sự an toàn dược phẩm và quản lý thuốc.

Chương 6. Số tiền quý vị phải trả cho thuốc theo toa Part D 184

Cho quý vị biết về ba giai đoạn bảo hiểm thuốc (Giai Đoạn Ban Đầu, Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu, Giai Đoạn Khoảng Trống Bảo Hiểm, Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương) và các giai đoạn này ảnh hưởng như thế nào đến số tiền quý vị trả khi mua thuốc. Giải thích 6 bậc chia sẻ chi phí cho thuốc Part D và cho biết số tiền quý vị phải trả cho một loại thuốc trong từng bậc chia sẻ chi phí.

Chương 7. Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi trong một hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho các loại thuốc hoặc dịch vụ y tế được bao trả 211

Giải thích thời gian và cách thức gửi hóa đơn cho chúng tôi khi quý vị muốn yêu cầu chúng tôi hoàn lại cho quý vị khoản chia sẻ chi phí của chúng tôi cho những dịch vụ hoặc thuốc được bao trả của quý vị.

Chương 8. Quyền và trách nhiệm của quý vị 221

Giải thích về quyền và trách nhiệm của quý vị với tư cách thành viên trong chương trình chúng tôi. Trình bày về những gì quý vị có thể làm nếu quý vị nghĩ là các quyền của quý vị không được tôn trọng.

Chương 9. Những gì quý vị cần làm khi gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại) 236

Trình bày từng bước về những gì quý vị cần làm khi gặp vấn đề khó khăn hoặc có những điều quan tâm trong tư cách thành viên của chương trình chúng tôi.

- Giải thích về cách yêu cầu những quyết định bao trả và nộp đơn kháng cáo nếu quý vị gặp khó khăn khi nhận dịch vụ chăm sóc y tế hoặc lấy thuốc theo toa mà quý vị nghĩ được chương trình bao trả. Phần này cũng trình bày cách thức quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cấp cho quý vị trường hợp ngoại lệ hoặc miễn áp dụng một số giới hạn về bảo hiểm thuốc theo toa cho quý vị và yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả các dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện và một số loại dịch vụ y tế khác nếu quý vị nghĩ bảo hiểm của quý vị chấm dứt quá sớm.
- Giải thích về cách nộp đơn khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi, dịch vụ khách hàng và những mối lo ngại khác.

Chương 10. Chấm dứt tham gia chương trình với tư cách thành viên 310

Giải thích lúc nào và làm thế nào quý vị có thể ngừng tham gia chương trình bảo hiểm. Giải thích về những trường hợp mà chương trình của chúng tôi phải chấm dứt tư cách thành viên của quý vị.

Chương 11. Thông báo pháp lý 321

Bao gồm những thông báo về luật quản lý và về việc không phân biệt đối xử.

Chương 12. Định nghĩa các từ quan trọng 330

Giải thích về các từ ngữ chính sử dụng trong tập thông tin này.

CHƯƠNG 1

Bắt đầu với tư cách thành viên

Chương 1. Bắt đầu với tư cách thành viên

PHẦN 1 Giới thiệu 13
Phần 1.1 Quý vị ghi danh vào Wellcare Premium Ultra (HMO), đây là một Medicare HMO 13
Phần 1.2 Tập sách *Chứng Thực Bảo Hiểm* này trình bày những gì? 13
Phần 1.3 Thông tin pháp lý về *Chứng Thực Bảo Hiểm* ***..... 14***

PHẦN 2 Điều gì giúp quý vị hội đủ điều kiện là thành viên chương trình? 14
Phần 2.1 Các yêu cầu về tình trạng đủ điều kiện của quý vị..... 14
Phần 2.2 Chương Trình Medicare Part A và Medicare Part B là gì? 15
Phần 2.3 Đây là khu vực dịch vụ của Wellcare Premium Ultra (HMO) 15
Phần 2.4 Công Dân Hoa Kỳ Hoặc Cư Trú Hợp Pháp 16

PHẦN 3 Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị những tài liệu gì khác? 16
Phần 3.1 Thẻ thành viên chương trình – Dùng thẻ này để nhận tất cả các dịch vụ chăm sóc và thuốc theo toa được bao trả..... 16
Phần 3.2 *Danh Mục Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc:* Hướng dẫn cho quý vị về tất cả các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chương trình 17
Phần 3.3 Danh Sách Thuốc Được Bao Trả *(Danh Mục Thuốc)* của chương trình..... 19
Phần 3.4 *Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm Part D* (“EOB Part D”): Các báo cáo với các bảng tóm tắt thanh toán thuốc theo toa Part D của quý vị..... 19

PHẦN 4 Phí bảo hiểm hàng tháng quý vị trả cho Wellcare Premium Ultra (HMO) 20
Phần 4.1 Phí bảo hiểm của quý vị là bao nhiêu? 20

PHẦN 5 Quý vị có phải trả “tiền phạt ghi danh muộn” Part D không? 22
Phần 5.1 “Tiền phạt ghi danh muộn” Part D là gì? 22
Phần 5.2 Tiền phạt ghi danh muộn Part D là bao nhiêu? 22
Phần 5.3 Trong một số trường hợp, quý vị có thể ghi danh muộn mà không phải trả tiền phạt..... 23
Phần 5.4 Quý vị có thể làm gì nếu không đồng ý với tiền phạt ghi danh muộn Part D? 24

PHẦN 6 Quý vị có phải đóng thêm lệ phí bảo hiểm Part D dựa trên mức thu nhập không? 25
Phần 6.1 Những ai phải đóng thêm tiền Part D do thu nhập? 25
Phần 6.2 Khoản tiền đóng thêm Part D là bao nhiêu? 25
Phần 6.3 Quý vị có thể làm gì nếu không đồng ý với việc đóng thêm phí Part D? 25
Phần 6.4 Nếu quý vị không đóng thêm tiền Part D thì sao? 26
PHẦN 7 Thông tin bổ sung về phí bảo hiểm hàng tháng 26
Phần 7.1 Có một vài cách thức quý vị có thể trả phí bảo hiểm chương trình 27
Phần 7.2 Chúng tôi có thể thay đổi phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị trong năm không? 28
PHẦN 8 Vui lòng luôn cập nhật hồ sơ thành viên của quý vị 29
Phần 8.1 Cách giúp bảo đảm chúng tôi có thông tin chính xác về quý vị 29
PHẦN 9 Chúng tôi giữ kín thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị 30
Phần 9.1 Chúng tôi bảo đảm thông tin sức khỏe của quý vị được bảo vệ 30
PHẦN 10 Cách thức các chương trình bảo hiểm khác kết hợp với chương trình chúng tôi 31
Phần 10.1 Chương trình bảo hiểm nào trả trước khi quý vị có chương trình bảo hiểm khác? 31

PHẦN 1 Giới thiệu

Phần 1.1 Quý vị ghi danh vào Wellcare Premium Ultra (HMO), đây là một Medicare HMO

Quý vị hiện được Medicare bao trả và quý vị chọn được cung cấp bảo hiểm sức khỏe và bảo hiểm thuốc theo toa Medicare qua chương trình Wellcare Premium Ultra (HMO) của chúng tôi.

Có nhiều loại chương trình sức khỏe Medicare khác nhau. Wellcare Premium Ultra (HMO) là một Chương Trình Medicare Advantage HMO (HMO là chữ viết tắt của Health Maintenance Organization, hay Tổ Chức Duy Trì Sức Khỏe) được Medicare phê duyệt và do một công ty tư nhân điều hành.

Bảo hiểm trong Chương Trình này đủ điều kiện là Bảo Hiểm Sức Khỏe Đủ Điều Kiện (QHC) và đáp ứng yêu cầu trách nhiệm chung cá nhân của Đạo Luật Bảo Vệ Bệnh Nhân và Chăm Sóc Sức Khỏe Hợp Túi Tiền (ACA). Vui lòng truy cập trang web của Sở Thuế Vụ (IRS) tại: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families để biết thêm thông tin.

Phần 1.2 Tập sách *Chứng Thực Bảo Hiểm* này trình bày những gì?

Tập *Chứng Thực Bảo Hiểm* này trình bày những gì quý vị cần làm để nhận các dịch vụ chăm sóc y tế và thuốc theo toa Medicare được bao trả qua chương trình của chúng tôi. Tập thông tin này giải thích về quyền và trách nhiệm của quý vị, thuốc nào được bao trả, và quý vị phải trả những gì với tư cách là thành viên chương trình.

Từ “bao trả” và “dịch vụ được bao trả” có nghĩa là các dịch vụ chăm sóc y tế, dịch vụ và các loại thuốc theo toa sẽ được cung cấp cho quý vị nếu là thành viên của Wellcare Premium Ultra (HMO).

Điều quan trọng là quý vị nên tìm hiểu xem chương trình có những quy định nào và quý vị được cấp những dịch vụ gì. Chúng tôi khuyến khích quý vị nên dành một chút thời gian để xem hết tập *Chứng Thực Bảo Hiểm* này.

Nếu quý vị không hiểu rõ, có điều gì quan tâm hay thắc mắc, vui lòng liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên trong chương trình của chúng tôi (số điện thoại in ở bìa sau tập sách này).

Phần 1.3 Thông tin pháp lý về *Chứng Thực Bảo Hiểm*

Đây là một phần hợp đồng của chúng tôi với quý vị

Tập sách *Chứng Thực Bảo Hiểm* này là một phần của hợp đồng của chúng tôi với quý vị về cách thức mà chương trình bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Những phần khác của hợp đồng này gồm có mẫu đơn ghi danh, *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Mục Thuốc)* và bất cứ thông báo nào chúng tôi gửi đến quý vị về những thay đổi trong bảo hiểm của quý vị hoặc những tình trạng ảnh hưởng đến bảo hiểm của quý vị. Những thông báo này đôi khi được gọi là "phụ bản" hoặc "bản sửa đổi."

Hợp đồng này có hiệu lực cho những tháng mà quý vị ghi danh tham gia chương trình của chúng tôi từ ngày 1 tháng 1 năm 2022 đến ngày 31 tháng 12 năm 2022.

Mỗi năm dương lịch, Medicare cho phép chúng tôi sửa đổi điều khoản trong chương trình bảo hiểm mà chúng tôi cung cấp cho thành viên. Điều này có nghĩa là chúng tôi có thể sửa đổi chi phí và phúc lợi của chương trình sau ngày 31 tháng 12 năm 2022. Chúng tôi cũng có thể quyết định ngừng cung cấp chương trình bảo hiểm này, hoặc cung cấp chương trình bảo hiểm này tại một khu vực dịch vụ khác sau ngày 31 tháng 12 năm 2022.

Medicare phải chấp thuận cho chương trình của chúng tôi mỗi năm

Mỗi năm, chương trình bảo hiểm của chúng tôi phải được sự chấp thuận của Medicare (Trung tâm Dịch vụ Medicare và Medicaid). Quý vị có thể tiếp tục được hưởng quyền lợi Medicare với tư cách là thành viên chương trình bảo hiểm của chúng tôi cho đến khi nào chúng tôi còn cung cấp chương trình này và Medicare tiếp tục chấp thuận cho phép chương trình của chúng tôi hoạt động.

PHẦN 2 Điều gì giúp quý vị hội đủ điều kiện là thành viên chương trình?

Phần 2.1 Các yêu cầu về tình trạng đủ điều kiện của quý vị

Quý vị hội đủ điều kiện trở thành thành viên trong chương trình của chúng tôi nếu:

- Quý vị có cả hai chương trình Medicare Part A và Part B (Phần 2.2 trình bày về Medicare Part A và Part B)
- -- *và* -- quý vị sống trong khu vực dịch vụ địa lý của chúng tôi (Phần 2.3 dưới đây mô tả các khu vực dịch vụ của chúng tôi).

- -- *và* -- quý vị là công dân Hoa Kỳ hoặc sinh sống hợp pháp tại Hoa Kỳ

Phần 2.2 Chương Trình Medicare Part A và Medicare Part B là gì?

Khi quý vị ghi danh vào Medicare lần đầu, quý vị nhận được thông tin về các dịch vụ được bao trả theo Medicare Part A và Medicare Part B. Xin nhớ rằng:

- Medicare Part A thường giúp bao trả cho các dịch vụ được bệnh viện cung cấp (cho dịch vụ chăm sóc nội trú, cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc các cơ quan chăm sóc tại gia).
- Medicare Part B dành cho hầu hết các dịch vụ y tế khác (như dịch vụ liệu pháp truyền dịch tại nhà của bác sĩ và các dịch vụ ngoại trú khác) cũng như một số vật phẩm nhất định (như thiết bị y tế lâu bền (DME) và tiếp liệu y tế).

Phần 2.3 Đây là khu vực dịch vụ của Wellcare Premium Ultra (HMO)

Mặc dù Medicare là một chương trình của Liên Bang, nhưng chương trình của chúng tôi chỉ dành cho những người sống trong khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi. Để giữ tình trạng thành viên trong chương trình chúng tôi, quý vị phải tiếp tục sống trong khu vực dịch vụ này. Khu vực dịch vụ này được trình bày dưới đây.

Khu vực dịch vụ của chúng tôi bao gồm những hạt tại California: Placer và Sacramento

Nếu quý vị dự định dọn ra khỏi khu vực dịch vụ, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (số điện thoại ghi trên bìa sau của tập sách này). Khi chuyển chỗ ở, quý vị sẽ có một Thời Hạn Ghi Danh Đặc Biệt, và trong thời gian này quý vị được phép chuyển sang chương trình Original Medicare hoặc ghi danh một chương trình sức khỏe hoặc bảo hiểm thuốc thuộc Medicare tại nơi cư ngụ mới của quý vị.

Ngoài ra, việc quan trọng quý vị cần làm là gọi cho văn phòng An Sinh Xã Hội nếu quý vị thay chỗ ở hoặc đổi địa chỉ gửi thư. Quý vị có thể tìm số điện thoại và thông tin liên lạc của văn phòng An Sinh Xã Hội trong Chương 2, Phần 5.

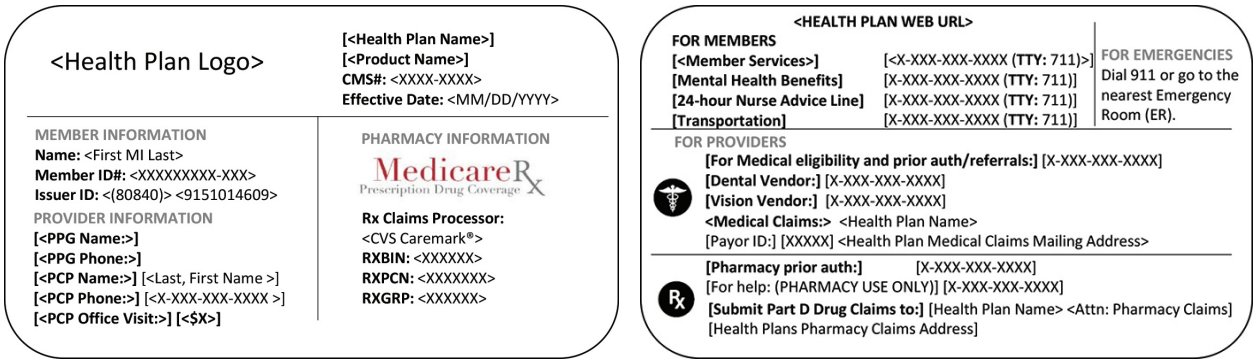
Phần 2.4 Công Dân Hoa Kỳ Hoặc Cư Trú Hợp Pháp

Một thành viên của chương trình chăm sóc sức khỏe Medicare phải là một công dân Hoa Kỳ hoặc cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ. Medicare (Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid) sẽ thông báo cho Wellcare Premium Ultra (HMO) nếu quý vị không hội đủ điều kiện duy trì tư cách thành viên trên cơ sở này. Wellcare Premium Ultra (HMO) phải rút tên quý vị nếu quý vị không đáp ứng yêu cầu này.

PHẦN 3 Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị những tài liệu gì khác?

Phần 3.1 Thẻ thành viên chương trình – Dùng thẻ này để nhận tất cả các dịch vụ chăm sóc và thuốc theo toa được bao trả

Trong lúc quý vị là thành viên của chương trình chúng tôi, quý vị phải dùng thẻ thành viên của chương trình bất cứ khi nào quý vị cần được cấp những dịch vụ mà chương trình này bao trả và để mua thuốc theo toa tại các nhà thuốc trong mạng lưới. Quý vị phải trình thẻ thành viên Medicaid cho nhà cung cấp, nếu có. Đây là mẫu thẻ thành viên để quý vị biết thẻ thành viên như thế nào:



KHÔNG sử dụng thẻ Medicare đỏ, trắng và xanh của quý vị cho các dịch vụ y tế được bao trả khi quý vị đang là thành viên của chương trình này. Nếu quý vị sử dụng thẻ thành viên Medicare thay cho thẻ thành viên Wellcare Premium Ultra (HMO) của quý vị, quý vị có thể phải tự thanh toán toàn bộ chi phí cho các dịch vụ y tế. Lưu giữ thẻ Medicare của quý vị ở nơi an toàn. Quý vị có thể được yêu cầu xuất trình nếu quý vị cần dịch vụ bệnh viện, dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc tham gia nghiên cứu thường xuyên.

Đây là lý do tại sao việc này lại quan trọng: Nếu quý vị dùng thẻ Medicare màu đỏ, trắng và lam để nhận dịch vụ được bao trả thay vì dùng thẻ thành viên của chương trình của chúng tôi khi quý vị là thành viên của chương trình, quý vị có thể phải tự trả toàn bộ các chi phí.

Nếu thẻ thành viên của quý vị bị hư, bị mất hoặc bị đánh cắp, vui lòng gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên ngay lập tức và chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thẻ mới. (Số điện thoại Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên được ghi ở bìa sau của tập sách này).

Phần 3.2 *Danh Mục Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc*: Hướng dẫn cho quý vị về tất cả các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chương trình

Danh Mục Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc liệt kê các nhà cung cấp và nhà thuốc có trong mạng lưới của chúng tôi.

"Các nhà cung cấp trong mạng lưới" là ai?

Các nhà cung cấp trong mạng lưới là các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, các nhóm y khoa, bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác có hợp đồng với chúng tôi chấp nhận khoản thanh toán của chúng tôi và bất cứ khoản chia sẻ chi phí nào thuộc chương trình là khoản thanh toán đầy đủ. Chúng tôi đã thu xếp với những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe này để họ cung cấp các dịch vụ được bao trả cho thành viên của chương trình chúng tôi.

Nhóm y khoa là một hiệp hội bác sĩ, kể cả bác sĩ chăm sóc chính (PCP), bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp dịch vụ y tế, kể cả các bệnh viện có ký hợp đồng với một HMO là các hãng bảo hiểm y tế tư nhân, để cấp dịch vụ cho thành viên. Một số Nhóm Y Khoa áp dụng thủ tục giới thiệu chính thức cho một số nhóm y khoa nhất định, nghĩa là các bác sĩ của họ chỉ giới thiệu bệnh nhân tới các bác sĩ cùng nhóm y khoa.

Danh sách các nhà cung cấp mới nhất có trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ www.wellcare.com/healthnetca.

Tại sao quý vị cần biết nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào nằm trong mạng lưới của chúng tôi?

Việc biết rõ nhà cung cấp dịch vụ nào nằm trong mạng lưới của chúng tôi rất quan trọng vì, ngoại trừ một số trường hợp ngoại lệ hạn hẹp, trong lúc quý vị là thành viên của chương trình bảo hiểm chúng tôi, quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới cho các dịch vụ y tế.

Quý vị có thể cũng phải sử dụng các nhà cung cấp trong Nhóm Y Khoa/IPA của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (PCP). Nếu quý vị muốn gặp một nhà cung cấp không thuộc Nhóm Y Khoa/IPA của PCP, quý vị có thể phải đổi PCP. Ngoài ra, quý vị có thể bị giới hạn chỉ được sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (PCP) và/hoặc Nhóm

Y Khoa. Điều này có nghĩa là PCP và/hoặc Nhóm Y Khoa mà quý vị chọn có thể quyết định các bác sĩ chuyên khoa và bệnh viện mà quý vị có thể chọn. IPA là hiệp hội các bác sĩ, bao gồm các PCP, bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, kể cả bệnh viện, ký hợp đồng với chương trình để cung cấp các dịch vụ cho thành viên. Các trường hợp ngoại lệ chỉ gồm trường hợp cấp cứu, trường hợp cần các dịch vụ cần thiết khẩn cấp khi không có nhà cung cấp trong mạng lưới (thường là khi quý vị đang ở ngoài khu vực phục vụ), dịch vụ lọc máu ngoài khu vực phục vụ, và trong những trường hợp được chương trình của chúng tôi cho phép sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Vui lòng xem Chương 3 (*Sử dụng mức bao trả của chương trình cho các dịch vụ y tế*) để biết thêm thông tin cụ thể về mức bao trả cho trường hợp cấp cứu, ngoài mạng lưới và ngoài khu vực.

Nếu không có bản *Danh Mục Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc*, quý vị có thể gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để được cấp một bản (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này). Quý vị có thể hỏi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để biết thêm chi tiết về các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi, kể cả kinh nghiệm và trình độ chuyên môn của họ. Quý vị có thể xem *Danh Mục Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc* tại www.wellcare.com/healthnetCA. Cả Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên và trang web của chúng tôi đều có thể cung cấp cho quý vị thông tin cập nhật mới nhất về những thay đổi của các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi.

“Nhà thuốc trong mạng lưới” là gì?

Nhà thuốc trong mạng lưới là tất cả các nhà thuốc đồng ý bán thuốc theo toa cho thành viên của chương trình của chúng tôi.

Vì sao quý vị cần biết về các nhà thuốc trong mạng lưới?

Quý vị có thể sử dụng *Danh Mục Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc* để tìm kiếm nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị muốn sử dụng. Có các thay đổi đối với hệ thống nhà thuốc của chúng tôi trong năm sau. Quý vị có thể xem *Danh Mục Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc* cập nhật trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ www.wellcare.com/healthnetCA. Ngoài ra, quý vị cũng có thể gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để có thông tin mới nhất về nhà cung cấp hoặc yêu cầu chúng tôi gửi cho quý vị *Danh Mục Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc* qua bưu điện. **Vui lòng xem lại *Danh Mục Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc* năm 2022 để xem những nhà thuốc nào nằm trong mạng lưới của chúng tôi.**

Danh Mục Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc cũng sẽ cho quý vị biết nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi có chia sẻ chi phí ưu tiên mà có thể thấp hơn chia sẻ chi phí tiêu chuẩn áp dụng tại các nhà thuốc khác trong mạng lưới đối với một số loại thuốc.

Nếu quý vị chưa có *Danh Mục Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc,* quý vị có thể gọi đến Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để được cấp một bản (số điện thoại ghi trên bìa sau của tập sách này). Quý vị có thể gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên bất cứ lúc nào để được cấp thông tin cập nhật về những thay đổi trong mạng lưới các nhà thuốc. Ngoài ra quý vị còn có thể tìm thông tin này trên trang web của chúng tôi tại www.wellcare.com/healthnetCA.

Phần 3.3 Danh Sách Thuốc Được Bao Trả *(Danh Mục Thuốc)* của chương trình

Chương trình này có một *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Mục Thuốc)*. Chúng tôi gọi tắt là “Danh Sách Thuốc”. Danh sách này cho biết loại thuốc theo toa Part D nào được bao trả theo phúc lợi bảo hiểm thuốc theo toa Part D trong chương trình chúng tôi. Các loại thuốc trong danh sách này được chương trình tuyển chọn sau khi tham khảo ý kiến của một nhóm bác sĩ và dược sĩ. Danh sách phải đáp ứng các yêu cầu của Medicare. Medicare đã chấp nhận Danh Sách Thuốc của chương trình.

Danh Sách Thuốc cũng cho quý vị biết các điều lệ hạn chế phạm vi bao trả đối với thuốc của quý vị.

Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản Danh Sách Thuốc này. Để có thông tin đầy đủ và cập nhật nhất về loại thuốc được bao trả, quý vị có thể vào trang web của chương trình (www.wellcare.com/healthnetca) hoặc gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (số điện thoại in trên bìa sau của tập sách này).

Phần 3.4 *Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm Part D* (“EOB Part D”): Các báo cáo với các bảng tóm tắt thanh toán thuốc theo toa Part D của quý vị

Khi quý vị sử dụng quyền lợi thuốc theo toa Part D của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản báo cáo tóm tắt để giúp quý vị hiểu và theo dõi các khoản thanh toán cho thuốc theo toa Part D của quý vị. Bản báo cáo tóm tắt này được gọi là bản *Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm Part D* (hay "EOB Part D").

Bản *Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm Part D* cho quý vị biết tổng số tiền mà quý vị, người khác thay mặt cho quý vị và chúng tôi đã trả cho thuốc theo toa Part D và tổng số tiền đã trả tiền cho mỗi loại thuốc theo toa Part D trong tháng sử dụng phúc lợi Part D. EOB Part D cung cấp thêm thông tin về các loại thuốc mà quý vị sử dụng, chẳng hạn như tăng giá và các loại thuốc khác có mức chia sẻ chi phí thấp hơn có thể được cung cấp. Quý vị nên tham khảo ý kiến người kê toa về

các lựa chọn thuốc với chi phí thấp hơn này. Chương 6 (*Số tiền quý vị phải trả cho thuốc theo toa Part D của quý vị*) trình bày thông tin chi tiết hơn về *Bản Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm Part D* và cách thức bản này có thể giúp quý vị theo dõi bảo hiểm thuốc của quý vị.

Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị *Bản Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm Part D* nếu quý vị yêu cầu. Để được cấp bản báo cáo này, xin quý vị vui lòng gọi đến Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (số điện thoại ghi trên bìa sau của tập sách này).

Quý vị cũng có thể chọn nhận *Bản Giải Thích Phúc Lợi Part D* điện tử qua CVS Caremark. EOB Part D bản điện tử (eEOB Part D) giống hệt EOB Part D bản giấy gửi qua bưu điện. Quý vị có thể xem, tải xuống, in và lưu EOB bằng trình duyệt web trên máy tính để bàn hoặc di động. Quý vị sẽ nhận được email khi đã có EOB Part D để xem. Để chọn nhận Bản Giải Thích Phúc Lợi Part D (EOB) bản điện tử, vui lòng truy cập http://Caremark.com để đăng ký. Quý vị có thể hủy đăng ký bất cứ lúc nào.

PHẦN 4 Phí bảo hiểm hàng tháng quý vị trả cho Wellcare Premium Ultra (HMO)

Phần 4.1 Phí bảo hiểm của quý vị là bao nhiêu?

Là thành viên chương trình của chúng tôi, quý vị trả một khoản phí bảo hiểm hàng tháng. Trong năm 2022, phí bảo hiểm hàng tháng phải trả cho chương trình của chúng tôi là $165. Ngoài ra, quý vị phải tiếp tục trả phí bảo hiểm cho bảo hiểm Medicare Part B của quý vị (trừ phi phí bảo hiểm Part B được trả bởi Medicaid hay một đối tác thứ ba).

Trong một số trường hợp, phí bảo hiểm có thể thấp hơn

Chương trình "Trợ Giúp Bổ Sung" giúp trả tiền thuốc cho những người có nguồn thu nhập thấp. Xem Chương 2, Phần 7 cho biết về chương trình này nhiều hơn. Nếu quý vị hội đủ điều kiện, thì việc ghi danh vào chương trình có thể giảm phí bảo hiểm hàng tháng.

Nếu quý vị *đã ghi danh* và được trợ giúp từ một trong các chương trình này, **thông tin về phí bảo hiểm trong *Chứng Thực Bảo Hiểm* này có thể không áp dụng cho quý vị.** Chúng tôi đã đưa vào một phụ lục riêng mang tựa đề "Phụ Bản của Chứng Thực Bảo Hiểm cho Người Được Trợ Giúp Bổ Sung Thanh Toán Thuốc Theo Toa", (còn gọi là "Low Income Subsidy Rider" (Phụ Bản Trợ Cấp cho Người Có Thu Nhập Thấp) hay "LIS Rider"), trong đó có thông tin giải thích về

bảo hiểm thuốc của quý vị. Nếu quý vị không có tờ đính kèm này, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên và hỏi xin một bản "LIS Rider". (Quý vị có thể tìm các số điện thoại của Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên ở bìa sau của tập sách này).

Trong một số trường hợp, phí bảo hiểm của chương trình có thể cao hơn

Trong một số trường hợp, lệ phí bảo hiểm của quý vị có thể cao hơn số tiền đã ghi ở trên trong Phần 4.1. Những trường hợp này được mô tả dưới đây.

- Nếu quý vị đã đăng ký nhận thêm phúc lợi, còn gọi là "phúc lợi bổ sung tùy chọn", thì quý vị phải trả thêm phí mỗi tháng cho những phúc lợi bổ sung này. Nếu quý vị có bất cứ thắc mắc nào về các loại phí chương trình của quý vị, vui lòng gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (các số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này).
    - Nếu quý vị ghi danh vào chương trình phúc lợi bổ sung tùy chọn Thăm khám Vision 300, 36 CAM, quý vị phải thanh toán thêm phí bảo hiểm hàng tháng là $12

Vui lòng xem Chương 4, Phần 2.2 để biết thêm thông tin về các phúc lợi bổ sung tùy chọn mà quý vị có thể mua.

- Một số thành viên phải trả **tiền phạt ghi danh muộn** Part D vì họ không tham gia chương trình thuốc Medicare khi vừa hội đủ điều kiện hoặc trong thời gian 63 ngày liên tục hoặc lâu hơn không tham gia vào một chương trình bảo hiểm thuốc theo toa "có uy tín" nào. ("Có uy tín" nghĩa là bảo hiểm thuốc đó được kỳ vọng thanh toán, trung bình ít nhất là bằng bảo hiểm thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare). Đối với những thành viên này, tiền phạt ghi danh muộn Part D được cộng vào phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình. Tiền phí bảo hiểm của họ sẽ là phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình cộng với tiền phạt vì ghi danh muộn Part D của họ.
    - Nếu quý vị phải trả tiền phạt ghi danh muộn Part D, tiền phạt ghi danh muộn đó sẽ phụ thuộc vào thời gian quý vị không có bảo hiểm thuốc theo toa Part D hoặc bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín khác. Chương 1, Phần 5 giải thích về tiền phạt vì ghi danh muộn Part D.
    - Nếu quý vị bị phạt vì ghi danh muộn Part D mà quý vị không trả số tiền này, quý vị có thể bị loại ra khỏi chương trình.
- Một số thành viên có thể được yêu cầu thanh toán thêm phí, gọi là Khoản Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập theo Part D, còn gọi là IRMAA, vì cách đây 2 năm, họ có tổng thu nhập điều chỉnh chưa trừ thuế trên một số tiền nhất định trên tờ khai thuế IRS của họ. Thành viên

chịu IRMAA sẽ phải trả phí bảo hiểm tiêu chuẩn và khoản phí bổ sung này, khoản phí này sẽ được thêm vào phí bảo hiểm của họ. Chương 1, Phần 6 giải thích chi tiết về IRMAA.

PHẦN 5 Quý vị có phải trả “tiền phạt ghi danh muộn” Part D không?

Phần 5.1 “Tiền phạt ghi danh muộn” Part D là gì?

Lưu ý: Nếu quý vị được hưởng trợ cấp "Trợ Giúp Bổ Sung" của Medicare để giúp trả chi phí thuốc theo toa thì sẽ không phải đóng tiền phạt ghi danh trễ.

Tiền phạt ghi danh muộn là một khoản tiền được cộng thêm vào phí bảo hiểm Part D hàng tháng của quý vị. Quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh muộn nếu, bất cứ lúc nào sau khi giai đoạn ghi danh ban đầu đã hết, quý vị không có bảo hiểm Part D hoặc một loại bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín khác trong 63 ngày liên tục trở lên. (“Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa Có Uy Tín” là bảo hiểm đáp ứng các tiêu chuẩn tối thiểu của Medicare mà theo dự kiến sẽ chi trả trung bình ít nhất bằng mức bao trả thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare.) Tiền phạt ghi danh muộn phụ thuộc vào thời gian quý vị không có bảo hiểm thuốc theo toa Part D hoặc bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín khác. Quý vị sẽ phải trả tiền phạt này trong suốt thời gian tham gia bảo hiểm Part D.

Số tiền phạt vì ghi danh muộn Part D sẽ được cộng vào với phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị. Khi quý vị ghi danh vào chương trình của chúng tôi lần đầu tiên, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết số tiền phạt là bao nhiêu.

Tiền phạt ghi danh muộn Part D được xem là phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị.

Phần 5.2 Tiền phạt ghi danh muộn Part D là bao nhiêu?

Medicare sẽ xác định mức phí phạt. Có thể giải thích như sau:

- Trước hết, hãy đếm số nguyên tháng mà quý vị trì hoãn việc ghi danh vào một chương trình bảo hiểm thuốc của Medicare sau khi quý vị đã hội đủ điều kiện ghi danh. Hoặc đếm số nguyên tháng mà quý vị không có bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín, nếu thời gian đó từ 63 ngày trở lên. Tiền phạt là 1% mỗi tháng quý vị không có bảo hiểm có uy tín. ví dụ, nếu quý vị không có bảo hiểm trong 14 tháng thì phí phạt sẽ là 14%.
- Sau đó Medicare xác định lệ phí bảo hiểm trung bình hàng tháng của các chương trình bảo hiểm thuốc của Medicare trên toàn quốc vào năm trước. Trong năm 2022, phí bảo hiểm trung bình là $33.37.

- Để tính phí phạt hàng tháng của quý vị, quý vị cần lấy tỷ lệ phần trăm phạt và nhân với lệ phí bảo hiểm trung bình hàng tháng, sau đó làm tròn đến con số 10 xu gần nhất. Trong ví dụ này là 14% nhân với $33.37, cho kết quả là $4.67. Được làm tròn thành $4.70. Số tiền này sẽ được cộng **vào phí bảo hiểm hàng tháng của người phải trả tiền phạt ghi danh muộn Part D.**

Có ba điều quan trọng cần nhớ về tiền phạt ghi danh muộn Part D hàng tháng này:

- Thứ nhất, **tiền phạt có thể thay đổi hàng năm,** vì phí bảo hiểm trung bình hàng tháng có thể thay đổi hàng năm. Nếu lệ phí bảo hiểm trung bình hàng tháng trên toàn quốc (do Medicare xác định) tăng lên thì tiền phạt của quý vị cũng sẽ tăng theo.
- Thứ hai, **quý vị sẽ tiếp tục trả tiền phạt** mỗi tháng trong thời gian quý vị ghi danh vào một chương trình có phúc lợi thuốc Part D của Medicare, ngay cả khi quý vị thay đổi chương trình.
- Thứ ba, nếu quý vị dưới 65 tuổi và hiện đang hưởng phúc lợi Medicare thì tiền phạt ghi danh muộn Part D sẽ được tính lại khi quý vị tròn 65 tuổi. Sau 65 tuổi, tiền phạt ghi danh muộn Part D của quý vị sẽ được tính lại chỉ căn cứ vào số tháng quý vị không có bảo hiểm bắt đầu từ ngày kết thúc giai đoạn ghi danh ban đầu khi đủ tuổi ghi danh vào Medicare.

Phần 5.3 Trong một số trường hợp, quý vị có thể ghi danh muộn mà không phải trả tiền phạt

Đôi khi quý vị không phải trả tiền phạt ghi danh muộn Part D cho dù quý vị đã trì hoãn mà không ghi danh vào một chương trình có phúc lợi Part D của Medicare ngay khi hội đủ điều kiện.

Quý vị sẽ không bị yêu cầu trả tiền phạt ghi danh muộn nếu gặp một trong những tình huống dưới đây:

- Quý vị đang tham gia vào một chương trình bảo hiểm thuốc theo toa mà theo dự kiến sẽ chi trả trung bình ít nhất là tương đương với bảo hiểm thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare. Medicare gọi loại bảo hiểm này là **"bảo hiểm thuốc có uy tín."** Xin lưu ý:
  - Bảo hiểm có uy tín có thể bao gồm các chương trình bảo hiểm thuốc từ một chủ thuê lao động hay công đoàn trước đây của quý vị, TRICARE, hoặc Bộ Cựu chiến binh. Công ty bảo hiểm hay phòng nhân sự của quý vị sẽ thông báo hàng năm để cho biết bảo hiểm thuốc của quý vị có phải là bảo hiểm có uy tín hay không. Họ có thể gửi thông tin này cho quý vị

qua thư hoặc trong bản tin từ chương trình bảo hiểm. Hãy lưu giữ thông tin này, vì nó có thể cần thiết nếu quý vị ghi danh vào một chương trình bảo hiểm thuốc của Medicare sau này.

- Xin lưu ý: Nếu quý vị nhận được một bản "chứng nhận bảo hiểm có uy tín" khi chấm dứt bảo hiểm y tế của mình, giấy đó chưa đủ để chứng minh rằng bảo hiểm thuốc theo toa của quý vị là có uy tín. Giấy báo đó phải khẳng định rõ rằng bảo hiểm thuốc theo toa của quý vị là "có uy tín", tức là được dự kiến chi trả trung bình ít nhất là tương đương với bảo hiểm thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare.

- Các hình thức sau đây *không* phải là bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín: thẻ giảm giá thuốc theo toa, thuốc lấy tại phòng khám miễn phí, và các trang mạng mua thuốc hạ giá.
- Để biết thêm thông tin về bảo hiểm có uy tín, vui lòng tham khảo Cẩm Nang *Medicare & Quý Vị 2022* hoặc gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi những số này miễn phí 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần.

- Quý vị đã không có bảo hiểm có uy tín, nhưng thời gian mất bảo hiểm chưa đến 63 ngày liên tục.
- Quý vị đang hưởng trợ cấp "Trợ Giúp Bổ Sung" từ Medicare.

Phần 5.4 Quý vị có thể làm gì nếu không đồng ý với tiền phạt ghi danh muộn Part D?

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định về tiền phạt ghi danh muộn Part D, quý vị hoặc người đại diện cho quý vị có thể yêu cầu việc xem xét lại quyết định đó. Nhìn chung, quý vị phải yêu cầu xem lại khoản phạt này **trong vòng 60 ngày** từ ngày ghi trên lá thư đầu tiên được gửi cho quý vị để thông báo quý vị phải trả tiền phạt ghi danh muộn. Nếu quý vị đã trả tiền phạt trước khi tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ không còn cơ hội để yêu cầu xem lại việc phạt ghi danh muộn đó. Hãy gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để biết thêm về cách yêu cầu xem xét lại (các số điện thoại được in ở bìa sau của tài liệu này).

PHẦN 6 Quý vị có phải đóng thêm lệ phí bảo hiểm Part D dựa trên mức thu nhập không?

Phần 6.1 Những ai phải đóng thêm tiền Part D do thu nhập?

Nếu tổng thu nhập điều chỉnh chưa trừ thuế của quý vị như được ghi trên giấy khai thuế mà quý vị nộp cho Sở Thuế Vụ (IRS) từ 2 năm trước vượt quá một mức nhất định, quý vị sẽ phải đóng khoản phí bảo hiểm tiêu chuẩn và Khoản Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập, được gọi tắt là IRMAA. IRMAA là chi phí phụ trội cộng thêm vào phí bảo hiểm của quý vị.

Nếu quý vị phải đóng thêm lệ phí, Sở An Sinh Xã Hội, chứ không phải chương trình Medicare của quý vị, sẽ gửi thư thông báo cho quý vị biết khoản lệ phí đóng thêm này là bao nhiêu và cách đóng tiền. Cho dù quý vị thường đóng lệ phí bảo hiểm hàng tháng của mình bằng cách nào đi nữa, số tiền thêm này sẽ luôn được khấu trừ từ tiền quyền lợi hàng tháng mà quý vị nhận được từ Sở An Sinh Xã Hội, Ủy Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt, hoặc Văn Phòng Quản Lý Nhân Sự, chỉ trừ trường hợp số tiền quyền lợi hàng tháng không đủ để trả số tiền thêm đó. Nếu số tiền quyền lợi hàng tháng không đủ để trả khoản thêm thì Medicare sẽ gửi hóa đơn cho quý vị. **Quý vị phải trả khoản thêm trực tiếp cho chính phủ. Quý vị không thể gộp khoản này chung với lệ phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị.**

Phần 6.2 Khoản tiền đóng thêm Part D là bao nhiêu?

Nếu thu nhập điều chỉnh chưa trừ thuế (MAGI) của quý vị như được ghi trên giấy khai thuế mà quý vị nộp cho Sở Thuế vụ (IRS) vượt quá một mức nhất định thì ngoài lệ phí bảo hiểm hàng tháng quý vị sẽ phải đóng một khoản lệ phí bảo hiểm thêm. Để biết thêm thông tin về khoản lệ phí đóng thêm mà quý vị có thể phải trả dựa trên mức thu nhập, vui lòng truy cập www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Phần 6.3 Quý vị có thể làm gì nếu không đồng ý với việc đóng thêm phí Part D?

Nếu quý vị không đồng ý với việc phải đóng thêm tiền vì thu nhập của quý vị, quý vị có thể yêu cầu cơ quan An Sinh Xã Hội xem xét lại quyết định. Để biết thêm về cách làm điều này, hãy liên hệ Sở An Sinh Xã Hội theo số 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Phần 6.4 Nếu quý vị không đóng thêm tiền Part D thì sao?

Quý vị phải đóng phần tiền phụ trội trực tiếp cho chính phủ (không phải trả cho chương trình Medicare) cho khoản lệ phí bảo hiểm của Medicare Part D. Nếu quý vị phải đóng thêm lệ phí mà quý vị không chịu đóng, quý vị sẽ bị rút tên ra khỏi chương trình bảo hiểm và sẽ mất bảo hiểm thuốc theo toa.

PHẦN 7 Thông tin bổ sung về phí bảo hiểm hàng tháng

Nhiều thành viên bị buộc phải trả lệ phí bảo hiểm khác của Medicare

Ngoài việc trả tiền phí bảo hiểm hàng tháng cho chương trình bảo hiểm, nhiều thành viên phải trả các khoản phí bảo hiểm khác của Medicare. Như đã giải thích trong Phần 2 bên trên, để đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị phải có cả Medicare Part A và Medicare Part B. Một số thành viên chương trình (những người không đủ điều kiện được miễn phí bảo hiểm Part A) phải trả phí bảo hiểm Medicare Part A. Hầu hết các thành viên chương trình đều trả phí bảo hiểm Medicare Part B. **Quý vị phải tiếp tục trả phí bảo hiểm Medicare của quý vị để duy trì tư cách thành viên chương trình.**

Nếu tổng thu nhập điều chỉnh chưa trừ thuế của quý vị như được ghi trên giấy khai thuế mà quý vị nộp cho Sở Thuế Vụ (IRS) từ 2 năm trước vượt quá một mức nhất định, quý vị sẽ phải đóng khoản phí bảo hiểm tiêu chuẩn và Khoản Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập, được gọi tắt là IRMAA. IRMAA là chi phí phụ trội cộng thêm vào phí bảo hiểm của quý vị.

- Nếu quý vị phải đóng thêm lệ phí mà quý vị không chịu đóng, quý vị **sẽ bị rút tên ra khỏi chương trình bảo hiểm và sẽ mất bảo hiểm thuốc theo toa.**
- Nếu quý vị phải đóng thêm lệ phí, Sở An Sinh Xã Hội, **chứ không phải chương trình Medicare của quý vị,** sẽ gửi thư thông báo cho quý vị biết khoản phí đóng thêm này là bao nhiêu.
- Để biết thêm thông tin về phí bảo hiểm Part D căn cứ trên thu nhập, xin xem Chương 1, Phần 6 trong tập sách này. Ngoài ra, quý vị có thể truy cập www.medicare.gov trên trang web hoặc gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. Hoặc quý vị cũng có thể gọi đến Sở An Sinh Xã Hội theo số 1-800-772-1213. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-800-325-0778.

Bản sao cẩm nang *Medicare & Quý vị năm 2022* cung cấp thông tin về phí bảo hiểm Medicare trong phần "Chi phí Medicare năm 2022". Phần này giải thích bảo

hiểm Medicare Part B và Part D khác nhau như thế nào đối với những người có thu nhập khác nhau. Tất cả mọi người có Medicare đều nhận được một tập cẩm nang *Medicare & Quý Vị năm 2022* vào mùa thu hàng năm. Những người mới thụ hưởng Medicare nhận một bản, trong vòng một tháng, sau khi ghi danh vào lần đầu. Quý vị cũng có thể tải bản sao cẩm nang *Medicare & Quý Vị năm 2022* về từ trang web của Medicare (www.medicare.gov). Hoặc, quý vị có thể yêu cầu được cấp một bản in bằng cách gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.

Phần 7.1 Có một vài cách thức quý vị có thể trả phí bảo hiểm chương trình

Có bốn phương án để quý vị trả phí bảo hiểm hàng tháng. Các chọn lựa trả tiền lệ phí bảo hiểm hàng tháng được liệt kê trên mẫu đơn ghi danh, và quý vị chọn một phương thức để trả khi ghi danh. Trong năm, quý vị có thể thay đổi cách trả phí bảo hiểm bằng cách gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.

Nếu quý vị quyết định đổi cách trả tiền phí bảo hiểm hàng tháng, có thể cần đến ba tháng thì cách thanh toán mới của quý vị mới bắt đầu có hiệu lực. Trong khi chúng tôi đang tiến hành việc giải quyết yêu cầu đổi cách thanh toán mới cho quý vị, quý vị vẫn phải đóng phí bảo hiểm hàng tháng đúng kỳ hạn.

Phương án 1: Quý vị có thể trả bằng chi phiếu

Quý vị có thể quyết định đóng phí bảo hiểm hàng tháng trực tiếp cho chương trình của chúng tôi bằng chi phiếu hoặc lệnh chuyển tiền. Vui lòng thêm số ID Thành Viên chương trình khi quý vị thanh toán.

Hạn chót thanh toán phí bảo hiểm chương trình hàng tháng là ngày1 hàng tháng. Quý vị có thể thanh toán bằng cách gửi chi phiếu hoặc lệnh chuyển tiền cùng với giấy nộp tiền đến:

Health Net of California
PO Box 748658
Los Angeles, CA 90074-8658

Quý vị phải gửi chi phiếu và lệnh chuyển tiền đến Wellcare Premium Ultra (HMO), chứ không phải đến Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) hay Sở Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ (HHS). Không thể thực hiện thanh toán phí bảo hiểm tại văn phòng chương trình.

Phương án 2: Quý vị có thể thanh toán trực tuyến

Thay vì gửi séc hàng tháng qua đường bưu điện, phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị được trừ vào tài khoản tiết kiệm hoặc séc, hoặc thậm chí tính trực tiếp vào

thẻ tín dụng của quý vị. Quý vị có thể thực hiện thanh toán một lần hoặc cài đặt lịch thanh toán hàng tháng tại www.wellcare.com/healthnetca. Phải đảm bảo đăng nhập bằng tài khoản hiện tại của quý vị. Nếu quý vị là người dùng mới, quý vị sẽ cần tạo tài khoản. Liên lạc Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để biết thêm chi tiết về việc trả phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình theo cách này. Chúng tôi sẽ hân hạnh sắp xếp việc này. (Số điện thoại Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên được ghi ở bìa sau của tập sách này).

Phương án 3: Quý vị có thể yêu cầu trừ tiền phí bảo hiểm từ chi phiếu Sở An Sinh Xã Hội hàng tháng trả cho quý vị

Quý vị có thể yêu cầu trừ tiền phí bảo hiểm từ chi phiếu Sở An Sinh Xã Hội hàng tháng trả cho quý vị. Liên lạc Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để biết thêm chi tiết về việc trả phí bảo hiểm của chương trình theo cách này. Chúng tôi sẽ hân hạnh sắp xếp việc này. (Số điện thoại Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên được ghi ở bìa sau của tập sách này).

Phương án 4: Quý vị có thể yêu cầu trừ tiền phí bảo hiểm từ ngân phiếu tiền hưu trí từ Ủy Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt (RRB)

Quý vị có thể trừ tiền phí bảo hiểm từ chi phiếu tiền hưu trí từ Ủy Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt. Liên lạc Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để biết thêm chi tiết về việc trả phí bảo hiểm của chương trình theo cách này. Chúng tôi sẽ hân hạnh sắp xếp việc này. (Số điện thoại Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên được ghi ở bìa sau của tập sách này).

Quý vị cần làm gì nếu gặp khó khăn đóng tiền phí bảo hiểm

Văn phòng chúng tôi phải nhận được phí bảo hiểm của chương trình trước ngày 1 hàng tháng.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc trả phí bảo hiểm đúng hạn, xin vui lòng liên lạc Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để xem chúng tôi có thể giới thiệu quý vị đến với những chương trình trợ giúp trả phí bảo hiểm của chương trình không. (Số điện thoại Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên được ghi ở bìa sau của tập sách này).

Phần 7.2 Chúng tôi có thể thay đổi phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị trong năm không?

Không. Chúng tôi không được phép thay đổi phí bảo hiểm hàng tháng cho chương trình của quý vị trong năm. Nếu lệ phí bảo hiểm hàng tháng cho năm sau sẽ đổi, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị trong tháng 9 và sự thay đổi sẽ có hiệu lực vào tháng 1 năm sau.

Tuy nhiên, trong một số trường hợp, có thể thay đổi một phần tiền phí bảo hiểm hàng tháng quý vị phải trả trong năm. Điều này xảy ra nếu quý vị trở nên đủ điều kiện hưởng chương trình "Trợ Giúp Bổ Sung", hoặc nếu quý vị không còn đủ điều kiện hưởng chương trình "Trợ Giúp Bổ Sung" trong năm. Nếu một thành viên hội đủ điều kiện hưởng "Trợ Giúp Bổ Sung" cùng với chi phí thuốc theo toa, thì chương trình "Trợ Giúp Bổ Sung" sẽ trả một phần tiền phí bảo hiểm hàng tháng cho thành viên. Và khi có thành viên nào mất điều kiện hưởng trong năm, thì sẽ cần trả trọn vẹn tiền phí bảo hiểm hàng tháng.

Quý vị có thể xem thông tin chi tiết về chương trình "Trợ Giúp Bổ Sung" trong Chương 2, Phần 7.

PHẦN 8 Vui lòng luôn cập nhật hồ sơ thành viên của quý vị

Phần 8.1 Cách giúp bảo đảm chúng tôi có thông tin chính xác về quý vị

Hồ sơ thành viên của quý vị có thông tin từ đơn ghi danh của quý vị, trong đó có địa chỉ và số điện thoại của quý vị. Hồ sơ này cho biết rõ chương trình bảo hiểm riêng biệt của quý vị, kể cả Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính/Nhóm Y Khoa/Hiệp Hội Bác Sĩ Hành Nghề Độc Lập (IPA).

IPA là hiệp hội các bác sĩ, bao gồm các PCP, bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, kể cả bệnh viện, ký hợp đồng với chương trình để cung cấp các dịch vụ cho thành viên.

Các bác sĩ, bệnh viện, dược sĩ và những nhà cung cấp dịch vụ khác trong mạng lưới của chương trình cần có thông tin chính xác về quý vị. **Các nhà cung cấp trong mạng lưới này dùng hồ sơ thành viên của quý vị để biết dịch vụ nào và loại thuốc gì được chúng tôi bao trả cho quý vị và khoản chia sẻ chi phí là bao nhiêu.** Vì thế, việc quý vị giúp chúng tôi luôn luôn có thông tin cập nhật của quý vị là điều rất quan trọng.

Xin quý vị cho chúng tôi biết về những thay đổi này:

- Thay đổi tên, địa chỉ, hoặc số điện thoại của quý vị
- Thay đổi trong bất cứ quyền lợi bảo hiểm sức khỏe khác mà quý vị có (chẳng hạn như từ chủ lao động của quý vị, từ chủ lao động của vợ hay chồng của quý vị, bồi thường lao động, hoặc Medicaid)
- Nếu quý vị có nộp đơn yêu cầu bồi thường, ví dụ như đơn yêu cầu bồi thường vì tại nạn xe hơi

- Nếu quý vị đã được đưa vào viện dưỡng lão
- Nếu quý vị được chăm sóc tại một bệnh viện hay phòng cấp cứu ngoài khu vực dịch vụ hoặc ngoài mạng lưới
- Thành phần được chỉ định có trách nhiệm đối với quý vị (ví dụ như người chăm sóc cho quý vị) thay đổi
- Nếu quý vị tham gia một nghiên cứu khảo sát lâm sàng

Nếu có bất cứ thông tin nào thay đổi, vui lòng cho chúng tôi biết bằng cách gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (số điện thoại ghi trên bìa sau của tập sách này).

Ngoài ra, việc quan trọng quý vị cần làm là gọi cho văn phòng An Sinh Xã Hội nếu quý vị đổi chỗ ở hoặc đổi địa chỉ gửi thư. Quý vị có thể tìm số điện thoại và thông tin liên lạc của văn phòng An Sinh Xã Hội trong Chương 2, Phần 5.

Hãy đọc thông tin chúng tôi gửi cho quý vị về bất cứ bảo hiểm nào khác mà quý vị có

Medicare bắt buộc chúng tôi phải thu thập thông tin từ quý vị về những chương trình bảo hiểm y tế hay bảo hiểm thuốc theo toa nào khác mà quý vị có. Lý do là chúng tôi phải phối hợp tất cả những chương trình bảo hiểm mà quý vị có với quyền lợi của quý vị trong chương trình của chúng tôi. (Để biết thêm thông tin về cách thức chương trình chúng tôi bao trả khi quý vị có bảo hiểm nào khác, quý vị hãy xem Phần 10 trong chương này.)

Mỗi năm một lần, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư liệt kê bất cứ chương trình bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm thuốc theo toa khác mà chúng tôi biết. Vui lòng đọc thông tin này cẩn thận. Nếu thông tin này chính xác, quý vị không cần phải làm gì cả. Nếu thông tin này không chính xác, hoặc nếu quý vị có bảo hiểm khác không được liệt kê, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (số điện thoại ghi trên bìa sau của tập sách này).

PHẦN 9 Chúng tôi giữ kín thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị

Phần 9.1 Chúng tôi bảo đảm thông tin sức khỏe của quý vị được bảo vệ

Luật pháp liên bang và tiểu bang bảo vệ sự riêng tư của dữ kiện sức khỏe cá nhân của quý vị. Chúng tôi bảo vệ dữ kiện sức khỏe cá nhân của quý vị theo đòi hỏi của các luật này.

Để biết thêm thông tin về cách chúng tôi bảo vệ thông tin y tế cá nhân của quý vị, vui lòng xem Chương 8, Phần 1.3 trong tập sách này.

PHẦN 10 Cách thức các chương trình bảo hiểm khác kết hợp với chương trình chúng tôi

Phần 10.1 Chương trình bảo hiểm nào trả trước khi quý vị có chương trình bảo hiểm khác?

Khi quý vị có một chương trình bảo hiểm khác (như chương trình bảo hiểm sức khỏe nhóm của chủ lao động), có những quy định do Medicare đưa ra sẽ quyết định chương trình của chúng tôi hay chương trình bảo hiểm khác của quý vị là chương trình phải trả tiền đầu tiên. Chương trình bảo hiểm phải trả tiền đầu tiên được gọi là "chương trình trả tiền chính" và trả cho đến giới hạn của phạm vi bảo hiểm của chương trình đó. Chương trình bảo hiểm trả tiền thứ hai, gọi là "chương trình trả tiền phụ", chỉ trả phần chi phí còn lại mà chương trình bảo hiểm trả đầu tiên chưa trả hết. Chương trình bảo hiểm trả tiền thứ hai có thể sẽ không trả hết tất cả các chi phí không được bao trả.

Những quy định này áp dụng cho quyền lợi bảo hiểm sức khỏe nhóm của chủ lao động hoặc nghiệp đoàn:

- Nếu quý vị có bảo hiểm hưu trí, Medicare trả tiền đầu tiên.
- Nếu chương trình bảo hiểm sức khỏe nhóm của quý vị là dựa trên việc làm hiện tại của quý vị hoặc việc làm của một thành viên trong gia đình, chương trình nào trả tiền đầu tiên tùy thuộc vào tuổi của quý vị, số nhân viên trong chủ lao động và tùy thuộc vào việc quý vị có Medicare vì lý do tuổi tác, khuyết tật, hoặc Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (ESRD) không:
    - Nếu quý vị dưới 65 tuổi, bị khuyết tật và quý vị hoặc một thân nhân trong gia đình của quý vị vẫn còn làm việc, chương trình bảo hiểm y tế nhóm của quý vị sẽ trả trước nếu nhà tuyển dụng có từ 100 nhân viên trở lên hoặc ít nhất một nhà tuyển dụng trong chương trình nhiều nhà tuyển dụng có nhiều hơn 100 nhân viên.
    - Nếu quý vị trên 65 tuổi và quý vị hoặc vợ hay chồng của quý vị vẫn còn làm việc, chương trình bảo hiểm nhóm của quý vị trả tiền đầu tiên nếu chủ lao động có 20 nhân viên trở lên hoặc ít nhất một chủ lao động trong chương trình bảo hiểm nhóm của nhiều chủ lao động có 20 nhân viên trở lên.

- Nếu quý vị có Medicare vì bị ESRD, chương trình bảo hiểm sức khỏe nhóm của quý vị sẽ trả tiền đầu tiên trong 30 tháng đầu tiên sau khi quý vị đủ điều kiện tham gia Medicare.

Những loại bao trả bảo hiểm này thường trả đầu tiên cho những dịch vụ liên quan đến mỗi loại:

- Bảo hiểm cho những trường hợp không có lỗi (kể cả bảo hiểm xe hơi)
- Bảo hiểm vì có lỗi (kể cả bảo hiểm xe hơi)
- Quyền lợi vì chứng phổi đen
- Bồi thường lao động

Medicaid và TRICARE không bao giờ trả trước cho các dịch vụ được Medicare bao trả. Các chương trình này chỉ trả sau khi Medicare, chương trình bảo hiểm theo nhóm từ chủ lao động và/hoặc chương trình Medigap đã trả.

Nếu quý vị có bảo hiểm sức khỏe nào khác, xin cho bác sĩ, bệnh viện và nhà thuốc của quý vị biết. Nếu quý vị có thắc mắc về chương trình nào sẽ trả tiền đầu tiên, hoặc quý vị cần phải cập nhật thông tin chương trình bảo hiểm khác của quý vị, xin gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (số điện thoại in trên bìa sau của tập sách này). Quý vị có thể cần cho những công ty bảo hiểm khác biết số thành viên của quý vị trong chương trình này (một khi quý vị đã biết rõ những công ty này là công ty nào) để hóa đơn chi phí của quý vị được thanh toán và được thanh toán đúng hạn.

CHƯƠNG 2

Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

Chương 2. Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

PHẦN 1 **Thông tin liên hệ chương trình của chúng tôi** (cách liên hệ với chúng tôi, bao gồm cách liên hệ Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên tại chương trình) **35**

PHẦN 2 **Medicare** (cách thức để được giúp đỡ và cấp thông tin trực tiếp từ chương trình Medicare thuộc Liên Bang) **43**

PHẦN 3 **Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Sức Khỏe Tiểu Bang** (trợ giúp miễn phí, cung cấp thông tin và giải đáp thắc mắc của quý vị về Medicare) **45**

PHẦN 4 **Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng** (được chương trình Medicare tài trợ để kiểm tra chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare) **46**

PHẦN 5 **An Sinh Xã Hội** **47**

PHẦN 6 **Medicaid** (một chương trình kết hợp của chính quyền Liên Bang và tiểu bang giúp trả chi phí y tế cho một số người có thu nhập và nguồn lực hạn chế) **48**

PHẦN 7 **Thông tin về các chương trình giúp mọi người chi trả tiền thuốc theo toa** **49**

PHẦN 8 **Cách liên lạc với Ủy Ban Hưu Trí Đường Sắt** **54**

PHẦN 9 **Quý vị có "bảo hiểm theo nhóm" hoặc bảo hiểm y tế nào khác từ chủ lao động không?** **55**

PHẦN 1 Thông tin liên hệ chương trình của chúng tôi

(cách liên hệ với chúng tôi, bao gồm cách liên hệ Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên tại chương trình)

Cách liên lạc với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên của chương trình

Để được trợ giúp khi có câu hỏi về việc yêu cầu bồi thường, thanh toán, thẻ thành viên, vui lòng gọi điện hoặc viết thư về Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên của Wellcare Premium Ultra (HMO). Chúng tôi rất hân hạnh giúp đỡ quý vị.

Phương thức	Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên – Thông Tin Liên Lạc
GỌI	1-800-275-4737 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Chủ Nhật, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Tuy nhiên, xin lưu ý là trong ngày nghỉ cuối tuần và ngày lễ từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, hệ thống trả lời điện thoại tự động của chúng tôi có thể trả lời cuộc gọi của quý vị. Vui lòng để lại tên và số điện thoại, chúng tôi sẽ gọi lại cho quý vị trong một (1) ngày làm việc. Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên cũng có các dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Chủ Nhật, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
VIẾT THƯ	Wellcare by Health Net 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105
TRANG MẠNG	www.wellcare.com/healthnetca

Cách liên lạc với chúng tôi khi quý vị yêu cầu quyết định bao trả về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị

Quyết định về mức bảo hiểm là một quyết định chúng tôi đưa ra về quyền lợi của quý vị và về việc bao trả hoặc về số tiền mà chúng tôi trả cho các dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị. Để biết thêm thông tin về thủ tục yêu cầu quyết định bảo hiểm liên quan đến dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, xin xem Chương 9 (*Những gì quý vị cần làm khi gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại* (*quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại*)).

Quý vị có thể gọi cho chúng tôi nếu quý vị có thắc mắc về thủ tục của việc quyết định về sự bao trả.

Phương thức	Quyết định Về Mức Bảo Hiểm Y Tế - Thông Tin Liên Lạc
GỌI	1-800-275-4737 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Chủ Nhật, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Chủ Nhật, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
VIẾT THƯ	Medical Management 21281 Burbank Boulevard Woodland Hills, CA 91367-6607

Cách liên lạc với chúng tôi khi quý vị định nộp đơn kháng cáo về dịch vụ chăm sóc y tế

Kháng cáo là cách chính thức yêu cầu chúng tôi đánh giá và thay đổi quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra. Để biết thêm thông tin về việc nộp đơn kháng cáo liên quan đến dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, xin xem Chương 9 (*Những gì quý vị cần làm khi gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại* (*quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại*)).

Phương thức	Kháng Cáo Về Chăm Sóc Y Tế - Thông Tin Liên Lạc
GỌI	1-800-275-4737 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Chủ Nhật, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Chủ Nhật, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
VIẾT THƯ	Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450
TRANG MẠNG	www.wellcare.com/healthnetCA

Cách thức liên lạc với chúng tôi khi quý vị nộp đơn khiếu nại về việc chăm sóc y tế

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại về chúng tôi, hoặc về một trong các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi, kể cả việc khiếu nại về chất lượng của dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Loại khiếu nại này không dính líu tới mức bảo hiểm hay tranh tụng về số tiền chi trả. (Nếu vấn đề của quý vị là về việc bao trả hoặc thanh toán của chương trình, quý vị nên xem mục kháng cáo bên trên). Để biết thêm thông tin về thủ tục nộp đơn khiếu nại liên quan đến dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, xin xem Chương 9 (*Những gì quý vị cần làm khi gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại* (*quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại*)).

Phương thức	Khiếu Nại Về Chăm Sóc Y Tế - Thông Tin Liên Lạc
GỌI	1-800-275-4737 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Chủ Nhật, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Chủ Nhật, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
FAX	1-844-273-2671
VIẾT THƯ	Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450
TRANG MẠNG MEDICARE	Quý vị có thể gửi khiếu nại về Wellcare Premium Ultra (HMO) trực tiếp tới Medicare. Để nộp đơn khiếu nại trực tuyến cho Medicare, hãy truy cập www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Cách thức liên lạc với chúng tôi khi quý vị yêu cầu một quyết định bao trả về thuốc theo toa Part D của quý vị

Quyết định bao trả là một quyết định chúng tôi đưa ra liên quan đến phúc lợi của quý vị và về sự bao trả hoặc về số tiền mà chúng tôi sẽ trả cho thuốc theo toa Part D được bao trả trong chương trình của quý vị. Để biết thêm thông tin về thủ tục yêu cầu quyết định bao trả liên quan đến dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, xin xem Chương 9 (*Những gì quý vị cần làm khi gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)*).

Phương thức	Quyết định về Mức Bảo Hiểm Cho Thuốc Theo Toa Part D - Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-800-275-4737 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Chủ Nhật, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Chủ Nhật, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
FAX	1-866-226-1093
VIẾT THƯ	Attn: Medicare Part D Prior Authorization Department P.O. Box 419069 Rancho Cordova, CA 95741
TRANG MẠNG	www.wellcare.com/healthnetCA

Cách liên lạc với chúng tôi khi quý vị định nộp đơn kháng cáo về các thuốc theo toa Part D của quý vị

Kháng cáo là cách chính thức yêu cầu chúng tôi đánh giá và thay đổi quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra. Để biết thêm thông tin về việc nộp đơn kháng cáo liên quan đến thuốc theo toa Part D, quý vị hãy xem Chương 9 (*Những gì quý vị cần làm khi gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại* (*quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại*)).

Phương thức	Kháng cáo về Thuốc Theo Toa Part D - Thông Tin Liên Lạc
GỌI	1-800-275-4737 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Chủ Nhật, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Chủ Nhật, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
FAX	1-866-388-1766
VIẾT THƯ	Medicare Part D Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383
TRANG MẠNG	www.wellcare.com/healthnetCA

Cách thức liên lạc với chúng tôi khi quý vị nộp đơn khiếu nại về thuốc theo toa Part D của quý vị

Quý vị có thể nộp đơn nêu khiếu nại về chúng tôi, hoặc về một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi, kể cả việc khiếu nại về chất lượng của dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Loại khiếu nại này không dính líu tới mức bảo hiểm hay tranh tụng về số tiền chi trả. (Nếu vấn đề của quý vị là về việc bao trả hoặc thanh toán của chương trình, quý vị nên xem mục nộp đơn kháng cáo bên trên). Để biết thêm thông tin về thủ tục nộp đơn khiếu nại liên quan đến thuốc theo toa Part D của quý vị, xin xem Chương 9 (*Những gì quý vị cần làm khi gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại* (*quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại*)).

Phương thức	Khiếu nại về thuốc theo toa Part D - Thông Tin Liên Lạc
GỌI	1-800-275-4737 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Chủ Nhật, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Chủ Nhật, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
FAX	1-844-273-2671
VIẾT THƯ	Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450
TRANG MẠNG MEDICARE	Quý vị có thể gửi khiếu nại về Wellcare Premium Ultra (HMO) trực tiếp tới Medicare. Để nộp đơn khiếu nại trực tuyến cho Medicare, hãy truy cập www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Nơi quý vị có thể gửi thư yêu cầu chúng tôi trả phần tiền mà chúng tôi phải trả cho chi phí dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc chi phí một loại thuốc quý vị đã được cấp

Để biết thêm thông tin về các trường hợp mà quý vị có thể cần phải yêu cầu chúng tôi hoàn lại hoặc trả cho hóa đơn mà quý vị nhận được từ nhà cung cấp, vui lòng xem Chương 7 *(Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi trong hóa đơn quý vị nhận được cho các loại thuốc hoặc dịch vụ y tế được bao trả).*

Xin lưu ý: Nếu quý vị gửi thư yêu cầu chúng tôi trả tiền mà chúng tôi từ chối bất cứ phần nào trong yêu cầu của quý vị, quý vị có quyền nộp đơn kháng cáo quyết định của chúng tôi. Vui lòng xem Chương 9 *(Những gì quý vị cần làm khi gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại))* để biết thêm thông tin.

Phương thức	Yêu Cầu Chi Trả - Thông Tin Liên Lạc
VIẾT THƯ	Yêu Cầu Chi Trả Dịch Vụ Y Tế: Member Reimbursement Dept P.O. Box 9030 Farmington, MO 63640 Yêu Cầu Chi Trả Part D: Member Reimbursement Dept P.O. Box 31577 Tampa, FL 33631-3577
TRANG MẠNG	www.wellcare.com/healthnetCA

PHẦN 2 Medicare
(cách thức để được giúp đỡ và cấp thông tin trực tiếp từ chương trình Medicare thuộc Liên Bang)

Medicare là chương trình bảo hiểm y tế liên bang dành cho người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi bị khuyết tật và những người có bệnh thận giai đoạn cuối (chứng suy thận mãn tính cần được lọc thận hoặc ghép thận).

Cơ quan liên bang phụ trách chương trình Medicare là Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (đôi khi được gọi là “CMS”). Cơ quan này ký hợp đồng với các tổ chức Medicare Advantage, trong đó có chương trình của chúng tôi.

Phương thức	Medicare – Thông Tin Liên Lạc
GỌI	1-800-MEDICARE, hoặc 1-800-633-4227 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần.
TTY	1-877-486-2048 Số điện thoại này đòi hỏi dụng cụ điện thoại đặc biệt, và chỉ dành cho những ai gặp khó khăn về khả năng nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số này được miễn phí.

Phương thức	Medicare – Thông Tin Liên Lạc
TRANG MẠNG	www.medicare.gov Đây là trang mạng chính thức của chính phủ dành cho chương trình Medicare. Trang mạng này cung cấp thông tin cập nhật về Medicare và các vấn đề hiện tại của Medicare. Trang mạng này cũng cung cấp cho quý vị thông tin về bệnh viện, viện dưỡng lão, bác sĩ, cơ quan chăm sóc tại gia và các cơ sở lọc thận. Trang mạng này có những tập thông tin tài liệu quý vị có thể tải về và in ra bằng máy vi tính. Quý vị cũng có thể tìm được thông tin liên lạc của văn phòng Medicare trong tiểu bang của quý vị. Trang mạng của Medicare cũng có thông tin chi tiết về việc hội đủ điều kiện để được hưởng Medicare và các chọn lựa để ghi danh với các phương tiện sau đây: • **Công Cụ Xác Định Khả Năng Đủ Điều Kiện Hưởng Medicare:** Cung cấp thông tin về tình trạng đủ điều kiện hưởng Medicare. • **Công Cụ Tìm Kiếm Chương Trình Medicare:** Cung cấp thông tin dành riêng cho quý vị về các chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare, các chương trình sức khỏe Medicare và chương trình bảo hiểm Medigap (Bảo Hiểm Medicare Bổ Sung) có trong khu vực quý vị cư ngụ. Các công cụ này đưa ra *ước tính* những chi phí mà quý vị có thể phải tự trả đối với nhiều chương trình bảo hiểm Medicare khác nhau. Quý vị cũng có thể dùng trang mạng này để cho Medicare biết nếu quý vị có điều gì khiếu nại về chương trình chúng tôi: • **Cho Medicare biết về khiếu nại của quý vị:** Quý vị có thể gửi khiếu nại về chương trình của chúng tôi trực tiếp đến Medicare. Để nộp đơn khiếu nại cho Medicare, vui lòng vào trang mạng www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare sẽ xem xét nghiêm túc khiếu nại của quý vị và sẽ sử dụng thông tin này để giúp cải thiện chất lượng chương trình Medicare. Nếu quý vị không có máy tính, thư viện địa phương hoặc trung tâm người cao tuổi có thể giúp quý vị truy cập vào trang mạng này bằng cách sử dụng máy tính của các trung tâm này. Hoặc, quý vị có thể gọi cho chương trình Medicare và cho nhân viên biết những thông tin quý vị đang cần tìm. Nhân viên nơi đây sẽ tìm thông tin này trên mạng, in ra và gửi đến cho quý vị. (Quý vị có thể gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.)

PHẦN 3 Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Sức Khỏe Tiểu Bang (trợ giúp miễn phí, cung cấp thông tin và giải đáp thắc mắc của quý vị về Medicare)

Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Sức Khỏe Tiểu Bang (SHIP) là một chương trình của chính phủ với những nhân viên cố vấn chuyên nghiệp trên khắp các tiểu bang. Tại California, SHIP được gọi là Chương Trình Bảo Vệ Quyền Lợi & Tư Vấn Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) California.

Chương Trình Bảo Vệ Quyền Lợi & Tư Vấn Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) California là một tổ chức độc lập (không liên kết với công ty bảo hiểm hay chương trình bảo hiểm sức khỏe nào). Chương trình này là một chương trình của tiểu bang được chính quyền liên bang Tài trợ để cố vấn miễn phí về bảo hiểm y tế tại địa phương cho những người có Medicare.

Các cố vấn của Chương Trình Bảo Vệ Quyền Lợi Và Cố Vấn Cho Bảo Hiểm Y Tế California (HICAP) có thể giúp quý vị với các vấn đề hoặc thắc mắc về Medicare. Họ có thể giúp quý vị tìm hiểu quyền về Medicare của quý vị, giúp quý vị nộp đơn khiếu nại về sự chăm sóc hoặc điều trị y tế và giúp quý vị giải quyết các vấn đề về hóa đơn chi phí thuộc Medicare. Các cố vấn của Chương Trình Bảo Vệ Quyền Lợi & Tư Vấn Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) California còn có thể giúp quý vị hiểu rõ về những chương trình bảo hiểm Medicare mà quý vị có thể chọn, đồng thời trả lời những thắc mắc của quý vị về việc chuyển đổi chương trình.

PHƯƠNG PHÁP TIẾP CẬN SHIP và CÁC NGUỒN LỰC KHÁC

- Truy cập www.medicare.gov
- Nhấp vào **"Biểu Mẫu, Trợ Giúp và Nguồn Tài Nguyên "** ở ngoài cùng bên phải của menu trên cùng
- Trong hộp thả xuống, nhấp vào **"Số Điện Thoại & Trang Mạng"**
- Giờ đây quý vị có vài phương án
  - Phương án 1: Quý vị có thể có một **cuộc trò chuyện trực tiếp**
  - Phương án 2: Quý vị có thể nhấp vào **"CHỦ ĐỀ"** bất kỳ trong menu ở dưới cùng
  - Phương án 3: Quý vị có thể chọn **TIỂU BANG** từ hộp thả xuống và nhấp vào ĐI. Thao tác này sẽ chuyển quý vị đến trang có số điện thoại và nguồn tài nguyên cụ thể cho tiểu bang của quý vị.

Phương thức	Chương Trình Bảo Vệ Quyền Lợi & Tư Vấn Bảo Hiểm Y Tế California (HICAP)
GỌI	1-800-434-0222
TTY	711
VIẾT THƯ	California Department of Aging 1300 National Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
TRANG MẠNG	https://www.aging.ca.gov/hicap/

PHẦN 4 Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng

(được chương trình Medicare tài trợ để kiểm tra chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare)

Mỗi tiểu bang có một Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (QIO) được chỉ định để phục vụ người thụ hưởng Medicare.

Tại California, Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng được gọi là Livanta - Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng của California.

Livanta - Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng của California có một nhóm các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, là những người được chính phủ Liên Bang trả lương. Tổ chức này được Medicare trả lương để xem xét và hỗ trợ cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc cho những người tham gia Medicare. Livanta - Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng của California là một tổ chức độc lập. QIO không có liên kết với chương trình của chúng tôi.

Quý vị nên liên hệ với Livanta - Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng của California trong bất kỳ tình huống nào sau đây:

- Quý vị muốn khiếu nại về chất lượng chăm sóc quý vị được cung cấp.
- Quý vị nghĩ là bảo hiểm nằm viện của quý vị chấm dứt quá sớm.
- Quý vị nghĩ là sự bao trả bảo hiểm cho chương trình chăm sóc sức khỏe tại gia, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc dịch vụ tại Cơ Sở Phục Hồi Ngoại Trú Toàn Diện (CORF) của quý vị chấm dứt quá sớm.

Phương thức	Livanta - Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng của California
GỌI	1-877-588-1123 9 giờ sáng - 5 giờ chiều giờ địa phương, Thứ Hai - Thứ Sáu; 11 giờ sáng - 3 giờ chiều giờ địa phương, ngày nghỉ cuối tuần và ngày nghỉ lễ
TTY	1-855-887-6668 Số điện thoại này đòi hỏi dụng cụ điện thoại đặc biệt, và chỉ dành cho những ai gặp khó khăn về khả năng nghe hoặc nói.
VIẾT THƯ	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
TRANG MẠNG	https://www.livantaqio.com

PHẦN 5 An Sinh Xã Hội

Sở An Sinh Xã Hội có trách nhiệm xác định tình trạng hội đủ điều kiện và phụ trách việc ghi danh cho chương trình Medicare. Công dân và thường trú nhân hợp pháp của Hoa Kỳ từ 65 tuổi trở lên, hoặc những người có khuyết tật hoặc bệnh thận giai đoạn cuối và đáp ứng được một số tiêu chuẩn nào đó, sẽ đủ điều kiện được hưởng chương trình Medicare. Nếu quý vị đã bắt đầu hưởng quyền lợi An Sinh Xã Hội, việc ghi danh vào Medicare là tự động. Nếu quý vị chưa hưởng quyền lợi An Sinh Xã Hội, quý vị phải ghi danh vào chương trình Medicare. Để nộp đơn xin Medicare, quý vị có thể gọi cho Sở An Sinh Xã Hội hoặc đến viếng văn phòng Sở An Sinh Xã Hội địa phương.

Sở An Sinh Xã Hội cũng có trách nhiệm xác định những người nào phải trả thêm lệ phí bảo hiểm cho chương trình bảo hiểm thuốc Part D vì mức thu nhập của họ cao. Khi quý vị nhận được thư của Sở An Sinh Xã Hội cho biết là quý vị phải trả thêm tiền và quý vị có thắc mắc về số tiền phải trả hoặc nếu thu nhập của quý vị bị giảm sút vì một sự kiện lớn trong cuộc đời, quý vị có thể gọi cho Sở An Sinh Xã Hội để yêu cầu được xem xét lại.

Nếu quý vị đổi chỗ ở hoặc đổi địa chỉ gửi thư, điều quan trọng quý vị cần làm là thông báo cho Sở An Sinh Xã Hội biết.

Phương thức	An Sinh Xã Hội - Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-800-772-1213 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Nhân viên thường trực từ 7:00 sáng đến 7:00 tối, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu. Quý vị có thể dùng dịch vụ điện thoại tự động của Sở An Sinh Xã Hội để nghe thông tin ghi âm và thực hiện một số giao dịch 24 giờ mỗi ngày.
TTY	1-800-325-0778 Số điện thoại này đòi hỏi dụng cụ điện thoại đặc biệt, và chỉ dành cho những ai gặp khó khăn về khả năng nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Nhân viên thường trực từ 7:00 sáng đến 7:00 tối, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu.
TRANG MẠNG	www.ssa.gov

PHẦN 6 Medicaid
(một chương trình kết hợp của chính quyền Liên Bang và tiểu bang giúp trả chi phí y tế cho một số người có thu nhập và nguồn lực hạn chế)

Medicaid là chương trình kết hợp của chính phủ Liên Bang và tiểu bang để giúp hỗ trợ chi phí y tế cho một số người nhất định có thu nhập và nguồn lực hạn chế. Một số người có Medicare cũng đủ điều kiện được hưởng Medicaid.

Ngoài ra, có những chương trình được cung cấp qua chương trình Medicaid để trợ giúp người có Medicare trả chi phí Medicare của họ, chẳng hạn như phí bảo hiểm Medicare hàng tháng. Những "Chương Trình Tiết Kiệm Medicare" này giúp cho những người có thu nhập thấp và ít nguồn lực tiết kiệm một số tiền mỗi năm:

- **Chương Trình Người Thụ Hưởng Medicare Hội Đủ Điều Kiện (QMB):** Giúp trả phí bảo hiểm Medicare Part A và Part B và các khoản chia sẻ chi phí khác (như các khoản tiền khấu trừ, đồng bảo hiểm và đồng thanh toán). (Một số người có QMB cũng đủ tiêu chuẩn hưởng toàn phần phúc lợi Medicaid (QMB+).)
- **Người Thụ Hưởng Medicare Có Thu Nhập Thấp Được Chỉ Định (SLMB):** Giúp trả phí bảo hiểm Part B. (Một số người có SLMB cũng đủ tiêu chuẩn hưởng toàn phần phúc lợi Medicaid (SLMB+).)

- **Cá Nhân Đủ Điều Kiện (QI):** Giúp trả phí bảo hiểm Part B.
- **Cá Nhân Bị Khuyết Tật Và Đang Làm Việc Đủ Điều Kiện (QDWI):** Giúp trả phí bảo hiểm cho Part A.

Để biết thêm về Medicaid và các chương trình, xin liên lạc với California Medi-Cal (Medicaid).

Phương thức	California Medi-Cal (Medicaid) - Thông Tin Liên Lạc
GỌI	1-800-541-5555 8 giờ sáng - 5 giờ chiều PT, Thứ Hai - Thứ Sáu
TTY	711
VIẾT THƯ	Medi-Cal P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
TRANG MẠNG	https://www.benefits.gov/benefit/1620

PHẦN 7 Thông tin về các chương trình giúp mọi người chi trả tiền thuốc theo toa

Chương trình “Trợ Giúp Bổ Sung” của Medicare

Medicare cung cấp chương trình sự "Trợ Giúp Bổ Sung" để trả chi phí thuốc theo toa cho những người có thu nhập thấp và ít nguồn lực. Tài sản bao gồm tiền tiết kiệm và cổ phiếu của quý vị, không phải là nhà hoặc xe hơi. Nếu hội đủ điều kiện, quý vị sẽ được giúp đỡ trả lệ phí bảo hiểm hàng tháng cho chương trình bảo hiểm thuốc Medicare, khoản khấu trừ hàng năm và khoản đồng thanh toán cho thuốc theo toa. Chương trình "Trợ Giúp Bổ Sung" này cũng được tính vào số tiền tự trả của quý vị.

Một số người tự động hội đủ điều kiện để được "Trợ Giúp Bổ Sung" mà không cần nộp đơn xin. Medicare sẽ gửi thư cho những người tự động hội đủ điều kiện để được "Trợ Giúp Bổ Sung."

Quý vị có thể được hưởng chương trình "Trợ Giúp Bổ Sung" để trả lệ phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình bảo hiểm thuốc theo toa và chi phí mua thuốc. Để biết liệu quý vị có hội đủ điều kiện được nhận "Trợ Giúp Bổ Sung" hay không, vui lòng gọi:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048, 24 giờ mỗi ngày/7 ngày trong tuần;

- Văn Phòng Sở An Sinh Xã Hội tại số 1-800-772-1213, từ 7 giờ sáng đến 7 giờ tối, Thứ Hai-Thứ Sáu. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-800-325-0778 (đơn ghi danh); hoặc
- Văn phòng Medicaid của Tiểu bang quý vị (đơn ghi danh). (Xin hãy xem Phần 6 trong chương này để biết thông tin liên lạc.)

Nếu quý vị nghĩ rằng mình được hợp lệ hưởng chương trình "Trợ Giúp Bổ Sung" và nghĩ rằng quý vị đang thanh toán chia sẻ chi phí không chính xác khi quý vị mua thuốc theo toa tại nhà thuốc, chương trình của chúng tôi có thiết lập một thủ tục cho phép quý vị yêu cầu trợ giúp để lấy bằng chứng về khoản đồng thanh toán đúng của quý vị, hoặc, nếu quý vị đã có bằng chứng về khoản đồng thanh toán, xin quý vị cung cấp bằng chứng này cho chúng tôi.

- Gọi cho Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại in ở bìa sau của tập sách này và cho người đại diện biết quý vị cho rằng quý vị đủ điều kiện nhận “Trợ Giúp Bổ Sung”. Quý vị có thể cần cung cấp một trong những loại giấy tờ sau (Bằng Chứng Có Sẵn Tốt Nhất):
    - Một bản sao thẻ Medicaid có tên của người thụ hưởng và ngày đủ điều kiện trong tháng sau tháng 6 của năm dương lịch trước đó
    - Bản sao giấy tờ của Tiểu bang xác nhận tình trạng đang hưởng Medicaid trong suốt một tháng sau tháng 6 của năm dương lịch trước đó
    - Bản in ra của tập tin ghi danh điện tử của Tiểu Bang cho biết tình trạng Medicaid trong suốt một tháng sau tháng 6 của năm dương lịch trước đó
    - Ảnh chụp màn hình từ hệ thống Medicaid của Tiểu bang cho biết tình trạng Medicaid trong suốt một tháng sau tháng 6 của năm dương lịch trước đó
    - Tài liệu khác do Tiểu bang cung cấp cho biết tình trạng Medicaid trong suốt một tháng sau tháng 6 của năm dương lịch trước đó
    - Thư từ Cơ Quan An Sinh Xã Hội (SSA) cho biết cá nhân đó đã nhận Trợ Cấp An Sinh Bổ Sung (SSI)
    - Đơn Đã Nộp Được Coi Là Đủ Điều Kiện xác nhận rằng người thụ hưởng là “...tự động đủ điều kiện nhận trợ giúp bổ sung…” (Ấn bản SSA HI 03094.605)

Nếu quý vị đang nằm điều trị tại một cơ sở chăm sóc và cho rằng mình đủ điều kiện để không phải trả phần chia sẻ chi phí, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại in trên bìa sau của tập sách này và cho nhân viên đại diện biết quý vị cho rằng mình đủ điều kiện nhận trợ giúp bổ sung. Quý vị có thể cần cung cấp một trong những loại giấy tờ sau:

- Việc chuyển tiền từ cơ sở thể hiện khoản thanh toán của Medicaid thay mặt cho quý vị cho cả một tháng dương lịch trong suốt một tháng sau tháng 6 của năm dương lịch trước đó;
- Bản sao giấy tờ của tiểu bang xác nhận khoản thanh toán cho cơ sở của Medicaid thay mặt quý vị cho cả một tháng dương lịch sau tháng 6 của năm dương lịch trước đó; hoặc
- Ảnh chụp màn hình từ hệ thống Medicaid của Tiểu Bang thể hiện tình trạng tại cơ sở của quý vị dựa trên ít nhất một tháng dương lịch nằm tại cơ sở cho các mục đích thanh toán của Medicaid trong suốt một tháng sau tháng 6 của năm dương lịch trước đó.

- Nếu quý vị không thể cung cấp giấy tờ như mô tả ở trên và quý vị cho rằng mình có thể đủ điều kiện nhận trợ giúp bổ sung, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại được in ở mặt sau của tập sách này và nhân viên đại diện sẽ hỗ trợ quý vị.
- Khi chúng tôi nhận được bằng chứng thể hiện khoản đồng thanh toán của quý vị, chúng tôi sẽ cập nhật hệ thống của mình để quý vị có thể trả khoản đồng thanh toán chính xác khi quý vị mua toa thuốc kế tiếp tại nhà thuốc. Nếu quý vị trả nhiều hơn khoản đồng thanh toán, chúng tôi sẽ hoàn tiền lại cho quý vị. Chúng tôi có thể gửi ngân phiếu có giá trị bằng số tiền vượt quá của quý vị hoặc chúng tôi sẽ bù trừ vào các khoản đồng thanh toán trong tương lai. Nếu nhà thuốc chưa thu khoản đồng thanh toán của quý vị, và đang cho quý vị nợ lại khoản đồng thanh toán đó, chúng tôi có thể trả tiền trực tiếp cho nhà thuốc. Nếu tiểu bang trả tiền đồng trả thay cho quý vị, chúng tôi có thể trả tiền trực tiếp cho tiểu bang. Vui lòng liên lạc với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên nếu quý vị có câu hỏi (số điện thoại được in trên bìa sau tập sách này).

Chương Trình Giảm Giá Trong Giai Đoạn Khoảng Trống Bảo Hiểm Của Medicare

Chương Trình Giảm Giá Trong Giai Đoạn Khoảng Trống Bảo Hiểm Của Medicare có khoản giảm giá từ nhà sản xuất thuốc chính hiệu cho các thành viên Part D đã đạt đến khoảng trống bảo hiểm và không nhận được “Trợ Giúp Bổ Sung”. Đối với thuốc chính hiệu, mức giảm giá 70% từ nhà sản xuất không bao gồm bất kỳ khoản phí cấp bán thuốc nào đối với chi phí trong giai đoạn khoảng

trống. Quý vị trả 25% giá tiền thương lượng và một phần lệ phí cấp bán thuốc chính hiệu.

Nếu quý vị đã đến giai đoạn khoảng trống bảo hiểm, chúng tôi sẽ tự động áp dụng mức giảm giá này cho quý vị khi nhà thuốc tính tiền thuốc theo toa cho quý vị và bản Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm Part D (EOB Part D) sẽ cho thấy tất cả mức giảm giá hiện có. Cả số tiền quý vị trả cũng như số tiền được nhà sản xuất giảm cho quý vị đều được tính vào chi phí tự trả của quý vị như thể quý vị đã trả số tiền đó và điều này giúp quý vị vượt qua giai đoạn khoảng trống bảo hiểm. Số tiền mà chương trình trả (5%) không được tính vào số tiền quý vị tự trả.

Quý vị cũng được bảo hiểm một phần cho các loại thuốc gốc. Nếu quý vị đã đến giai đoạn khoảng trống bảo hiểm thuốc theo toa, chương trình sẽ trả 75% giá tiền của thuốc gốc và quý vị trả phần 25% còn lại. Đối với thuốc gốc, số tiền chương trình chi trả (75%) không được tính vào khoản chi phí tự trả của quý vị. Chỉ có số tiền quý vị tự trả được tính vào khoản chi phí này ở giai đoạn khoảng trống bảo hiểm. Thêm vào đó, lệ phí cấp bán thuốc được tính chung và xem là một phần của chi phí của thuốc.

Nếu quý vị muốn biết những loại thuốc quý vị đang dùng có được giảm giá hay không hoặc về Chương Trình Giảm Giá Trong Giai Đoạn Khoảng Trống Bảo Hiểm Của Medicare nói chung, vui lòng liên lạc với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (số điện thoại in trên bìa sau của tập sách này).

Nếu quý vị được Chương Trình Trợ Giúp Thuốc AIDS (ADAP) bao trả thì sao?

Chương Trình Trợ Giúp Thuốc AIDS (ADAP) là chương trình gì?

Chương Trình Trợ Giúp Thuốc AIDS (ADAP) giúp cho những người đủ tiêu chuẩn hưởng chương trình ADAP đang mắc bệnh HIV/AIDS được cung cấp các loại thuốc HIV có thể cứu sống mạng người. Thuốc theo toa Medicare Part D mà cũng được chương trình ADAP bao trả sẽ đủ điều kiện được trả giúp các phần chia sẻ chi phí.

Chương Trình Trợ Giúp Thuốc AIDS (ADAP) là ADAP của tiểu bang quý vị.

Lưu ý: Để đủ tiêu chuẩn được trợ giúp qua Chương Trình Trợ Giúp Thuốc AIDS (ADAP) hoạt động trong Tiểu Bang của quý vị, quý vị phải đáp ứng được một số tiêu chuẩn, như bằng chứng hiện đang sống trong Tiểu Bang và tình trạng mắc bệnh HIV, thu nhập thấp theo định nghĩa của Tiểu Bang và tình trạng không có bảo hiểm/bảo hiểm không đủ mức.

Nếu hiện nay quý vị đang ghi danh trong một chương trình ADAP, chương trình này sẽ tiếp tục trợ cấp phần chia sẻ chi phí cho các thuốc theo toa thuộc

Medicare Part D có trong danh mục thuốc của ADAP. Để biết chắc chắn là quý vị tiếp tục được sự trợ giúp này, vui lòng thông báo cho nhân viên ghi danh của chương trình ADAP tại địa phương về bất cứ thay đổi nào liên quan đến tên của chương trình Medicare Part D của quý vị hoặc số hợp đồng của chương trình này.

Chương Trình Trợ Giúp Thuốc AIDS (ADAP) của tiểu bang quý vị được liệt kê bên dưới.

Phương thức	Chương Trình Trợ Giúp Thuốc AIDS (ADAP) - Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-916 558-1784 8 giờ sáng - 5 giờ chiều giờ địa phương, Thứ Hai - Thứ Sáu
TTY	711
VIẾT THƯ	Office of AIDS California Department of Public Health 1616 Capitol Avenue, Suite 616 Sacramento, CA 95814
TRANG MẠNG	https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAadap.aspx

Để biết thông tin về các tiêu chuẩn đủ điều kiện, các loại thuốc được bao trả, hoặc cách ghi danh vào chương trình, vui lòng gọi Chương Trình Trợ Giúp Thuốc AIDS (ADAP) theo thông tin liên lạc nêu trên.

Nếu quý vị được chương trình "Trợ Giúp Bổ Sung" thuộc Medicare giúp quý vị trả tiền thuốc theo toa thì sao? Quý vị có được hưởng những khoản giảm giá này không?

Không. Nếu quý vị được hưởng "Trợ Giúp Bổ Sung", quý vị đã được bao trả cho thuốc theo toa trong giai đoạn khoảng trống bảo hiểm.

Nếu quý vị không được hưởng sự giảm giá nào tuy quý vị nghĩ là quý vị phải được hưởng thì sao?

Nếu quý vị nghĩ là quý vị đã đến giai đoạn khoảng trống bảo hiểm và quý vị không được hưởng sự giảm giá cho thuốc chính hiệu quý vị đang dùng, quý vị nên xem lại bản *Giải Thích Quyền Lợi Bảo Hiểm Part D* (EOB Part D) sắp tới. Nếu quý vị không thấy có phần giảm giá nào trong bản *Giải Thích Phúc Lợi Part D,* quý vị cần liên hệ với chúng tôi để chắc chắn là hồ sơ thuốc theo toa của quý vị đúng và được cập nhật. Nếu chúng tôi không đồng ý với quý vị là đáng lý quý vị phải được giảm giá, quý vị có quyền kháng cáo. Quý vị có thể được giúp đỡ

nộp đơn kháng cáo qua Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Sức Khỏe Tiểu Bang (SHIP) (số điện thoại nằm trong Phần 3 của Chương này) hoặc qua số điện thoại 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.

PHẦN 8 Cách liên lạc với Ủy Ban Hưu Trí Đường Sắt

Ủy Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt là một cơ quan độc lập của chính quyền Liên Bang có trách nhiệm quản lý các chương trình phúc lợi toàn diện cho nhân viên đường sắt và gia đình của họ trên toàn quốc. Nếu quý vị có thắc mắc gì liên quan đến quyền lợi của quý vị từ Ủy Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt, vui lòng liên lạc với cơ quan này.

Nếu quý vị hưởng quyền lợi Medicare qua Ủy Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt, điều quan trọng quý vị cần làm là báo cho ủy ban này biết mỗi khi quý vị đổi chỗ ở hoặc đổi địa chỉ gửi thư.

Phương thức	Ủy Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt - Thông Tin Liên Lạc
GỌI	1-877-772-5772 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Nếu nhấn “0”, quý vị có thể trò chuyện với đại diện của RRB từ 9 giờ sáng đến 3 giờ 30 phút chiều, Thứ Hai, Thứ Ba, Thứ Năm và Thứ Sáu và từ 9 giờ sáng đến 12 giờ trưa vào Thứ Tư. Nếu nhấn phím “1”, quý vị có thể tiếp cận Đường Dây Trợ Giúp tự động của RRB và thông tin được ghi lại 24 giờ một ngày, bao gồm cả ngày nghỉ cuối tuần và ngày lễ.
TTY	1-312-751-4701 Số điện thoại này đòi hỏi dụng cụ điện thoại đặc biệt, và chỉ dành cho những ai gặp khó khăn về khả năng nghe hoặc nói. Số điện thoại này *không* phải là số điện thoại miễn phí.
TRANG MẠNG	rrb.gov/

PHẦN 9 Quý vị có "bảo hiểm theo nhóm" hoặc bảo hiểm y tế nào khác từ chủ lao động không?

Nếu quý vị (hoặc vợ hay chồng) có bảo hiểm từ chủ lao động hay bảo hiểm nhóm của nhân viên hưu trí của quý vị (hoặc của vợ hay chồng quý vị) là một phần của chương trình bảo hiểm này, vui lòng gọi cho ban quản trị phúc lợi của chủ lao động/nghiệp đoàn, hoặc gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên nếu quý vị có điều gì thắc mắc. Quý vị có thể hỏi về chủ lao động của quý vị (hoặc của vợ hay chồng quý vị) hoặc quyền lợi sức khỏe cho người về hưu, lệ phí bảo hiểm hoặc thời gian ghi danh. (Số điện thoại Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên được in trên bìa sau của tập sách này.) Quý vị cũng có thể gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) nếu có thắc mắc liên quan đến bảo hiểm Medicare của quý vị theo chương trình này.

Nếu quý vị có bảo hiểm thuốc theo toa khác qua nhà tuyển dụng của quý vị (hoặc của vợ/chồng quý vị) hoặc bảo hiểm nhóm hưu trí, xin vui lòng liên lạc với **quản lý phụ trách quyền lợi của nhóm đó.** Nhân viên quản trị về quyền lợi này có thể giúp quý vị biết chương trình bảo hiểm theo toa thuốc hiện tại của quý vị sẽ làm việc với chương trình của chúng tôi như thế nào.

CHƯƠNG 3

Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các dịch vụ y tế

Chương 3. Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các dịch vụ y tế

PHẦN 1 Những điều quý vị cần biết để được bao trả dịch vụ chăm sóc y tế với tư cách là thành viên trong chương trình của chúng tôi 59

Phần 1.1 "Nhà cung cấp trong mạng lưới" và "dịch vụ được bao trả" là gì? 59

Phần 1.2 Những quy định cơ bản để được chương trình bao trả dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị 60

PHẦN 2 Sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình để nhận dịch vụ chăm sóc y tế 61

Phần 2.1 Quý vị phải chọn một Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (PCP) để cung cấp và giám sát dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị 61

Phần 2.2 Quý vị có thể nhận được những hình thức chăm sóc y tế nào mà không cần chấp thuận trước của PCP? 63

Phần 2.3 Làm thế nào để được hưởng dịch vụ chăm sóc của bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp khác trong mạng lưới 64

Phần 2.4 Làm thế nào để được hưởng dịch vụ chăm sóc của các nhà cung cấp ngoài mạng lưới 66

PHẦN 3 Cách thức được cung cấp các dịch vụ được bao trả khi quý vị trong tình trạng cấp cứu hoặc cần được chăm sóc cần thiết khẩn cấp hoặc trong trường hợp có thảm họa 67

Phần 3.1 Được chăm sóc khi quý vị ở trong tình trạng cấp cứu y tế 67

Phần 3.2 Được chăm sóc khi quý vị có nhu cầu khẩn cấp về các dịch vụ 69

Phần 3.3 Được chăm sóc trong trường hợp có thảm họa 71

PHẦN 4 Nếu quý vị bị tính hóa đơn trực tiếp cho toàn bộ chi phí của các dịch vụ được bao trả thì sao? 71

Phần 4.1 Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thanh toán chia sẻ chi phí của chúng tôi cho các dịch vụ được bao trả 71

Phần 4.2 Nếu dịch vụ không được chương trình của chúng tôi bao trả, quý vị phải trả toàn bộ chi phí 71

PHẦN 5 Các dịch vụ y tế của quý vị sẽ được bao trả như thế nào khi quý vị tham gia "nghiên cứu khảo sát lâm sàng"? 72
Phần 5.1 "Nghiên cứu khảo sát lâm sàng" là gì? 72
Phần 5.2 Khi quý vị tham gia nghiên cứu khảo sát lâm sàng, ai sẽ trả tiền và trả cho những khoản gì? 73
PHẦN 6 Các quy tắc về việc nhận dịch vụ chăm sóc được bao trả tại "cơ sở chăm sóc sức khỏe thuộc về tôn giáo và không phục vụ về y tế" 75
Phần 6.1 Cơ sở chăm sóc sức khỏe thuộc về tôn giáo và không phục vụ về y tế là gì?..... 75
Phần 6.2 Nhận Sự Chăm Sóc Từ Cơ Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Thuộc Về Tôn Giáo Và Không Phục Vụ Về Y Tế 75
PHẦN 7 Quy tắc về việc sở hữu các thiết bị y tế lâu bền 76
Phần 7.1 Quý vị có được sở hữu thiết bị y tế lâu bền sau khi quý vị trả một số khoản thanh toán nhất định theo chương trình của chúng tôi không? 76
PHẦN 8 Quy Định Về Thiết Bị Oxy, Vật Tư Và Bảo Trì 78
Phần 8.1 Quý vị được hưởng những phúc lợi oxy nào? 78
Phần 8.2 Phần chia sẻ chi phí của quý vị là gì? Phần này có thay đổi sau 36 tháng không?..... 78
Phần 8.3 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị rời chương trình của mình và quay lại Original Medicare?..... 78

PHẦN 1 Những điều quý vị cần biết để được bao trả dịch vụ chăm sóc y tế với tư cách là thành viên trong chương trình của chúng tôi

Chương này giải thích những điều quý vị cần biết về việc sử dụng chương trình bảo hiểm sao cho các dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị được bao trả. Chương này cũng trình bày định nghĩa các từ ngữ và giải thích những quy định mà quý vị sẽ phải tuân theo để được điều trị y tế, cung cấp dịch vụ và những dịch vụ chăm sóc y tế khác được chương trình bao trả.

Để biết thêm chi tiết về những dịch vụ chăm sóc y tế nào được chương trình của chúng tôi bao trả và quý vị phải trả bao nhiêu tiền cho những dịch vụ chăm sóc này, hãy sử dụng bảng phúc lợi trong chương tiếp theo, Chương 4 (*Bảng Phúc Lợi Y Tế, những gì được bao trả và số tiền quý vị phải trả*).

Phần 1.1 "Nhà cung cấp trong mạng lưới" và "dịch vụ được bao trả" là gì?

Sau đây là một số định nghĩa để giúp quý vị hiểu rõ cách thức được chăm sóc và cung cấp dịch vụ được bao trả với tư cách là thành viên của chương trình chúng tôi:

- **"Nhà cung cấp"** là các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác có giấy phép của tiểu bang để cung cấp các dịch vụ y tế và chăm sóc. Từ "nhà cung cấp" cũng có nghĩa là bệnh viện và những cơ sở chăm sóc sức khỏe khác.
- **"Nhà cung cấp trong mạng lưới"** là các bác sĩ và chuyên viên y tế chuyên nghiệp khác, các tổ chức y khoa, bệnh viện và các cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác đang có thỏa thuận với chúng tôi để chấp nhận tổng tiền thanh toán bao gồm khoản thanh toán của chúng tôi và khoản chia sẻ chi phí của quý vị. Chúng tôi đã thu xếp với những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe này để họ cung cấp các dịch vụ được bao trả cho thành viên của chương trình chúng tôi. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới của chúng tôi thông thường sẽ gửi hóa đơn trực tiếp đến chúng tôi cho những dịch vụ chăm sóc họ cung cấp cho quý vị. Khi quý vị đến khám hoặc điều trị với nhà cung cấp trong mạng lưới, thường quý vị chỉ phải trả phần tiền mà quý vị cùng trả với chương trình cho chi phí của những dịch vụ được họ cung cấp.
- **"Dịch vụ được bao trả"** gồm tất cả các dịch vụ y tế, dịch vụ chăm sóc sức khỏe, vật tư y tế và thiết bị được chương trình của chúng tôi bao trả. Các dịch vụ được bao trả trong việc chăm sóc y tế cho quý vị được trình bày trong bảng phúc lợi trong Chương 4.

Phần 1.2 Những quy định cơ bản để được chương trình bao trả dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị

Là một chương trình sức khỏe Medicare, chương trình của chúng tôi phải bao trả cho tất cả các dịch vụ mà Original Medicare bao trả và phải tuân theo các quy định về bao trả của Original Medicare.

Chương trình nói chung sẽ bao trả cho sự chăm sóc y tế cho quý vị nếu:

- **Dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được có trong Bảng Phúc Lợi Y Tế của chương trình** (bảng này nằm trong Chương 4 của tập sách này).
- **Dịch vụ chăm sóc mà quý vị được cung cấp được xem là cần thiết về mặt y tế.** "Cần thiết về mặt y tế" có nghĩa là các dịch vụ, vật dụng, hoặc thuốc cần thiết để phòng bệnh, chẩn đoán, hoặc chữa trị cho bệnh lý của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp thuận về thực hành y khoa.
- **Quý vị có nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) trong mạng lưới của chúng tôi cung cấp và theo dõi dịch vụ chăm sóc cho quý vị.** Là thành viên của chương trình chúng tôi, quý vị phải chọn PCP trong mạng lưới (để biết thêm chi tiết về điều này, vui lòng xem Phần 2.1 trong chương này).
    - Trong đa số các trường hợp, PCP của quý vị trong mạng lưới phải chấp thuận trước cho quý vị thì quý vị mới được dùng những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác trong mạng lưới của chương trình, như bác sĩ chuyên khoa, bệnh viện, cơ sở chăm sóc điều dưỡng chuyên môn hoặc các cơ quan chăm sóc tại nhà. Đây được gọi là "giấy giới thiệu" cho quý vị. Để biết thêm thông tin, xem Phần 2.3 của chương này.
    - Quý vị không cần giấy giới thiệu từ PCP của quý vị cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc các dịch vụ cần thiết khẩn cấp. Quý vị cũng có thể được cung cấp một số hình thức chăm sóc khác mà không cần PCP chấp thuận trước (để biết thêm thông tin về điều này, vui lòng xem Phần 2.2 của chương này).
- **Quý vị phải được chăm sóc thông qua nhà cung cấp trong mạng lưới** (để biết thêm thông tin về điều này, vui lòng xem Phần 2 trong chương này). Trong hầu hết các trường hợp, dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới (nhà cung cấp không nằm trong mạng lưới chương trình của chúng tôi) sẽ không được bao trả. *Sau đây là ba trường hợp ngoại lệ:*

- Chương trình sẽ bao trả cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc các dịch vụ cần thiết khẩn cấp mà quý vị nhận được từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Để biết thêm thông tin về điều này và để biết dịch vụ chăm sóc cấp cứu và các dịch vụ cần thiết khẩn cấp là gì, vui lòng xem Phần 3 trong chương này.
- Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc y tế mà Medicare bắt buộc chương trình của chúng tôi phải bao trả và các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi không thể cung cấp dịch vụ chăm sóc này, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc này từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Xin quý vị gọi cho chúng tôi để tìm hiểu về những quy định về những dịch vụ cần được chấp thuận quý vị phải tuân theo trước khi nhận sự chăm sóc. Trong trường hợp này, quý vị sẽ trả cùng một chi phí như là quý vị được chăm sóc qua các nhà cung cấp trong mạng lưới. Để biết thông tin về việc xin phép được khám với bác sĩ ngoài mạng lưới, xin xem Phần 2.4 trong chương này.
- Chương trình này bao trả cho các dịch vụ thẩm tách thận mà quý vị nhận được tại một cơ sở thẩm tách được Medicare chứng nhận khi quý vị đang tạm thời ra khỏi khu vực dịch vụ của chương trình.

PHẦN 2 Sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình để nhận dịch vụ chăm sóc y tế

Phần 2.1 Quý vị phải chọn một Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (PCP) để cung cấp và giám sát dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị

"PCP" là ai và PCP làm được những gì cho quý vị?

Khi trở thành thành viên của chương trình chúng tôi, đầu tiên quý vị phải chọn một nhà cung cấp của chương trình làm PCP của quý vị. PCP của quý vị là đối tác sức khỏe của quý vị, cung cấp hoặc điều phối chăm sóc cho quý vị. PCP của quý vị là một chuyên gia y tế đáp ứng được các yêu cầu của tiểu bang và được đào tạo để cung cấp cho quý vị những dịch vụ chăm sóc y tế cơ bản. Những người này bao gồm các bác sĩ chuyên trách y tế gia đình, bác sĩ đa khoa và nội khoa.

Quý vị sẽ nhận được hầu hết các dịch vụ chăm sóc thường quy hoặc cơ bản từ PCP của mình. PCP của quý vị cũng sẽ giúp quý vị thu xếp hoặc điều phối phần các dịch vụ được bao trả còn lại mà quý vị nhận được khi là thành viên của chương trình. Bao gồm:

- Chụp hình quang tuyến,
- Các thử nghiệm phòng thí nghiệm,
- Trị liệu,
- Sự chăm sóc của các bác sĩ chuyên khoa,
- Nhập viện và
- Chăm sóc theo dõi.

"Phối hợp" các dịch vụ được bao trả của quý vị bao gồm việc kiểm tra hoặc tham khảo ý kiến các nhà cung cấp khác trong chương trình về dịch vụ chăm sóc của quý vị và diễn tiến của dịch vụ chăm sóc. Đối với một số loại dịch vụ hoặc tiếp liệu nhất định, PCP của quý vị sẽ cần được sự chấp thuận trước (phê duyệt trước). Nếu dịch vụ quý vị cần yêu cầu sự chấp thuận trước, PCP của quý vị sẽ yêu cầu sự chấp thuận từ chương trình của chúng tôi. Vì PCP của quý vị sẽ cung cấp và phối hợp dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, tất cả các hồ sơ y tế trước đây của quý vị phải được gửi đến văn phòng của PCP. Thường thì quý vị sẽ đến gặp PCP trước tiên cho hầu hết các nhu cầu chăm sóc sức khỏe thông thường của mình. Chúng tôi khuyên quý vị nên có PCP điều phối tất cả dịch vụ chăm sóc của quý vị. Vui lòng xem Phần 2.3 trong chương này để biết thêm thông tin.

Trong một số trường hợp, PCP của quý vị hoặc một bác sĩ chuyên khoa hoặc nhà cung cấp khác đang cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị sẽ cần có sự chấp thuận trước (phê duyệt trước) từ chúng tôi cho một số loại dịch vụ và tiếp liệu nhất định được bao trả. Xem Chương 4 của tập sách này để biết những dịch vụ và tiếp liệu nà cần sự chấp thuận trước.

Nếu quý vị cần trao đổi với bác sĩ của mình sau giờ làm việc bình thường, hãy gọi cho phòng khám của bác sĩ và quý vị sẽ được chuyển hướng tới bác sĩ của quý vị, máy trả lời sẽ cung cấp hướng dẫn về nơi nhận dịch vụ hoặc một bác sĩ khác đang cung cấp bảo hiểm. Nếu quý vị đang trong tình huống khẩn cấp, hãy gọi ngay cho 911.

Quý vị chọn PCP cho mình như thế nào?

Khi quý vị ghi danh vào chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ chọn một Nhóm Y Khoa từ mạng lưới Wellcare Premium Ultra (HMO). Quý vị cũng sẽ chọn một PCP từ Nhóm Y Khoa đang tham gia này. Để chọn PCP của quý vị, hãy truy cập trang web của chúng tôi tại www.wellcare.com/healthnetca và chọn một PCP từ mạng lưới chương trình của chúng tôi. Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên cũng có thể giúp quý vị chọn một PCP. Sau khi quý vị chọn PCP của mình, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để thông báo về lựa chọn của quý vị. PCP của quý vị phải có trong mạng lưới của chúng tôi.

Mỗi nhóm y khoa và PCP có thể giới thiệu tới một số bác sĩ chuyên khoa nhất định của chương trình và sử dụng một số bệnh viện nhất định trong mạng lưới của họ. Nếu có một bác sĩ chuyên khoa hoặc bệnh viện cụ thể nào của chương trình mà quý vị muốn sử dụng, đầu tiiên hãy kiểm tra để chắc chắn rằng bác sĩ chuyên khoa và/hoặc bệnh viện đó ở trong mạng lưới của PCP và Nhóm Y Khoa.

Nếu quý vị không chọn một Nhóm Y Khoa hoặc PCP hoặc nếu quý vị chọn một Nhóm Y Khoa hoặc PCP không làm việc trong chương trình này, chúng tôi sẽ tự động chỉ định một Nhóm Y Khoa và PCP cho quý vị.

Đổi PCP

Quý vị có thể đổi PCP vì bất cứ lý do gì bất cứ lúc nào. Ngoài ra, có thể PCP của quý vị đã rời khỏi hệ thống các nhà cung cấp trong chương trình của chúng tôi và quý vị sẽ phải tìm PCP mới. Trong một số trường hợp nhất định, các nhà cung cấp của chúng tôi phải tiếp tục chăm sóc quý vị sau khi rời khỏi mạng lưới của chúng tôi. Để biết thông tin chi tiết cụ thể, xin quý vị vui lòng gọi đến Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này).

Nếu quý vị muốn thay đổi Nhóm Y Khoa hoặc PCP của quý vị, vui lòng gọi đến Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Mỗi Nhóm Y Khoa và PCP có thể giới thiệu quý vị tới một số bác sĩ chuyên khoa nhất định của chương trình và sử dụng một số bệnh viện trong mạng lưới của họ. Điều này có nghĩa là Nhóm Y Khoa và PCP mà quý vị chọn có thể quyết định các bác sĩ chuyên khoa và bệnh viện mà quý vị có thể chọn. Nếu có các bác sĩ chuyên khoa hoặc bệnh viện cụ thể mà quý vị muốn sử dụng, hãy tìm hiểu xem Nhóm Y Khoa và PCP của chương trình của quý vị có sử dụng các bác sĩ chuyên khoa hoặc bệnh viện này hay không.

Để thay đổi PCP, hãy gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại ở bìa sau của tập sách này. Việc thay đổi PCP của quý vị sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo. Xin Lưu Ý: Nếu quý vị sử dụng một PCP không phải là PCP được chỉ định cho quý vị, quý vị có thể phải chịu phần chia sẻ chi phí cao hơn hoặc yêu cầu bồi thường của quý vị có thể bị từ chối.

Phần 2.2 Quý vị có thể nhận được những hình thức chăm sóc y tế nào mà không cần chấp thuận trước của PCP?

Quý vị có thể được cung cấp những dịch vụ trình bày sau đây mà không cần bác sĩ PCP chấp thuận trước.

- Chăm sóc sức khỏe phụ nữ thường kỳ, gồm có khám vú, chụp quang tuyến vú để kiểm tra (chụp quang tuyến vú), làm xét nghiệm Pap và khám vùng chậu khi quý vị dùng những nhà cung cấp trong mạng lưới.

- Chích ngừa bệnh cúm, bệnh viêm gan B và bệnh viêm phổi khi quý vị dùng những nhà cung cấp trong mạng lưới
- Các dịch vụ chăm sóc cấp cứu do những nhà cung cấp trong hoặc ngoài mạng lưới cung cấp
- Các dịch vụ cần thiết khẩn cấp từ những nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc từ những nhà cung cấp ngoài mạng lưới khi tạm thời không có hoặc không thể tiếp cận các nhà cung cấp trong mạng lưới (ví dụ: khi quý vị tạm thời ra khỏi khu vực dịch vụ của chương trình)
- Dịch vụ thẩm tách thận quý vị được cung cấp tại một trung tâm thẩm tách được Medicare chứng nhận khi quý vị đang tạm thời ra khỏi khu vực dịch vụ của chương trình bảo hiểm của chúng tôi. (Nếu có thể được, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên trước khi quý vị rời khu vực dịch vụ của chương trình để chúng tôi có thể thu xếp cho quý vị được thẩm tách thận trong lúc quý vị đi xa. Các số điện thoại Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên được in ra ở bìa sau tập sách này).

Phần 2.3 Làm thế nào để được hưởng dịch vụ chăm sóc của bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp khác trong mạng lưới

Bác sĩ chuyên khoa là bác sĩ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho một chứng bệnh cụ thể hoặc một phần cơ thể cụ thể. Có nhiều loại bác sĩ chuyên khoa. Sau đây là một vài ví dụ:

- Bác sĩ chuyên khoa ung thư chăm sóc cho bệnh nhân bị ung thư.
- Bác sĩ chuyên khoa tim chăm sóc cho bệnh nhân có những chứng bệnh về tim.
- Bác sĩ chuyên khoa chỉnh hình chăm sóc cho bệnh nhân có bệnh về xương, khớp hoặc bắp thịt.

Để thăm khám bác sĩ chuyên khoa, quý vị thường sẽ cần phê duyệt trước từ PCP của mình. Việc này được gọi là xin “giấy giới thiệu” đến bác sĩ chuyên khoa. Điều rất quan trọng là quý vị phải lấy được giấy giới thiệu từ PCP của quý vị trước khi quý vị gặp một bác sĩ chuyên khoa. Có vài trường hợp ngoại lệ, bao gồm chăm sóc sức khỏe phụ nữ thường kỳ như được giải thích trong Phần 2.2. Nếu quý vị không có giấy giới thiệu trước khi quý vị nhận dịch vụ từ một bác sĩ chuyên khoa hoặc một số nhà cung cấp nhất định khác, thì có thể quý vị phải tự trả tiền cho các dịch vụ đó.

Nếu bác sĩ chuyên khoa muốn quý vị quay trở lại để khám thêm, thì trước hết quý vị phải kiểm tra xem giấy giới thiệu quý vị nhận được từ PCP cho lần khám

đầu tiên có bao trả cho những lần khám thêm với bác sĩ chuyên khoa hoặc nhà cung cấp khác hay không.

Mỗi nhóm y khoa và PCP có thể giới thiệu tới một số bác sĩ chuyên khoa nhất định của chương trình và sử dụng một số bệnh viện nhất định trong mạng lưới của họ. Điều này có nghĩa là Nhóm Y Khoa và PCP mà quý vị chọn có thể quyết định các bác sĩ chuyên khoa và bệnh viện mà quý vị có thể chọn. Nếu có các bác sĩ chuyên khoa hoặc bệnh viện cụ thể mà quý vị muốn sử dụng, hãy tìm hiểu xem Nhóm Y Khoa hoặc PCP của quý vị có sử dụng các bác sĩ chuyên khoa hoặc bệnh viện này hay không. Thông thường thì quý vị có thể đổi PCP bất kỳ lúc nào nếu quý vị muốn đi khám với một bác sĩ chuyên khoa hoặc đến một bệnh viện trong chương trình mà PCP hiện tại của quý vị không thể giới thiệu được. Trong Phần 2.1 trong mục "Đổi PCP của quý vị," chúng tôi sẽ cho quý vị biết cách đổi PCP của mình.

Lưu ý: quý vị không phải lúc nào cũng cần được giới thiệu đến khám với các bác sĩ chuyên khoa hoặc nhà cung cấp khác nếu họ thuộc cùng Hiệp Hội Bác Sĩ Hành Nghề Độc Lập (IPA) như PCP của quý vị. IPA là hiệp hội các bác sĩ, bao gồm các PCP, bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, kể cả bệnh viện, ký hợp đồng với chương trình để cung cấp các dịch vụ cho thành viên. Hỏi PCP xem họ có thuộc một IPA hay không và quý vị có cần được giới thiệu đến khám các bác sĩ chuyên khoa hoặc nhà cung cấp khác trong cùng IPA không.

Một số loại dịch vụ sẽ cần được phê duyệt trước từ chương trình của chúng tôi và/hoặc Nhóm Y Khoa của quý vị. Điều này được gọi là "sự chấp thuận trước". Nếu dịch vụ quý vị cần yêu cầu sự chấp thuận trước, PCP hoặc nhà cung cấp khác trong mạng lưới của quý vị sẽ yêu cầu sự chấp thuận từ chương trình của chúng tôi và/hoặc Nhóm Y Khoa của quý vị. Yêu cầu sẽ được xét duyệt và một quyết định (quyết định cấp tổ chức:) sẽ được gửi đến quý vị và nhà cung cấp của quý vị. Hãy xem Bảng Phúc Lợi Y Tế trong Chương 4, Phần 2.1 của cuốn sách này để biết các dịch vụ cụ thể cần được cho phép trước.

Nếu một bác sĩ chuyên khoa hoặc một nhà cung cấp dịch vụ nào đó trong mạng lưới rời chương trình của chúng tôi thì sao?

Trong năm, chúng tôi có thể thay đổi các bệnh viện, các bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa (nhà cung cấp dịch vụ) là một phần trong chương trình của quý vị. Có nhiều lý do để nhà cung cấp dịch vụ của quý vị rời khỏi chương trình, nhưng nếu bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa của quý vị rời khỏi chương trình, quý vị có một số quyền và sự bảo vệ nhất định được tóm tắt như sau:

- Mặc dù mạng lưới của nhà cung cấp của chúng tôi có thể thay đổi trong năm, Medicare yêu cầu chúng tôi phải luôn có bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa có trình độ để cung cấp dịch vụ cho quý vị.
- Chúng tôi sẽ cố gắng thông báo cho quý vị ít nhất 30 ngày trước khi nhà cung cấp dịch vụ của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi để quý vị có thời gian để chọn một nhà cung cấp dịch vụ mới.
- Chúng tôi sẽ giúp quý vị chọn một nhà cung cấp đủ điều kiện để tiếp tục quản lý các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Nếu quý vị đang được điều trị y tế, quý vị có quyền yêu cầu, và chúng tôi sẽ làm việc với quý vị để bảo đảm rằng điều trị cần thiết về mặt y tế cho quý vị không bị gián đoạn.
- Nếu quý vị tin rằng chúng tôi không cung cấp cho quý vị một nhà cung cấp có trình độ để thay thế nhà cung cấp dịch vụ trước đó hoặc chăm sóc của quý vị không được quản lý một cách thích hợp, quý vị có quyền nộp đơn kháng cáo quyết định của chúng tôi.
- Nếu quý vị biết được bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa của quý vị sẽ rời chương trình, hãy liên hệ chúng tôi để chúng tôi có thể hỗ trợ quý vị tìm một nhà cung cấp mới để quản lý dịch vụ chăm sóc cho quý vị.

Nếu quý vị cần hỗ trợ do bác sĩ chuyên khoa hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới của quý vị đang rời khỏi chương trình, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại có ở bìa sau của tập sách này.

Phần 2.4 Làm thế nào để được hưởng dịch vụ chăm sóc của các nhà cung cấp ngoài mạng lưới

Nếu quý vị cần chăm sóc y tế được Medicare bao trả và nhà cung cấp ngoài mạng lưới không thể cung cấp dịch vụ chăm sóc này, quý vị có thể nhận chăm sóc từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Chương trình của chúng tôi phải xác nhận không có nhà cung cấp ngoài mạng lưới nào có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị và liên hệ với chương trình để yêu cầu chấp thuận cho quý vị nhận dịch vụ từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Nếu được phê duyệt, nhà cung cấp ngoài mạng lưới sẽ được chấp thuận để cung cấp (những) dịch vụ này.

Quý vị được quyền nhận các dịch vụ từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới đối với trường hợp khẩn cấp hoặc các dịch vụ cần thiết khẩn cấp. Ngoài ra, chương trình của chúng tôi phải bao trả cho các dịch vụ lọc máu cho các thành viên mắc Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (ESRD) đã đi ra khỏi khu vực dịch vụ của chương trình và không thể tiếp cận các nhà cung cấp trong mạng lưới. Các dịch vụ ESRD phải được nhận tại cơ sở lọc máu được Medicare chứng nhận.

PHẦN 3 Cách thức được cung cấp các dịch vụ được bao trả khi quý vị trong tình trạng cấp cứu hoặc cần được chăm sóc cần thiết khẩn cấp hoặc trong trường hợp có thảm họa

Phần 3.1 Được chăm sóc khi quý vị ở trong tình trạng cấp cứu y tế

"Tình trạng cấp cứu y tế" là gì và quý vị phải làm gì nếu lâm vào tình trạng cấp cứu y tế?

Trường hợp **"cấp cứu y tế"** là khi quý vị, hay một thường dân có trí tuệ minh mẫn nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và thuốc men, mà tin rằng quý vị có các triệu chứng về y khoa đòi hỏi sự chú ý chăm sóc y tế ngay lập tức, để ngăn ngừa tử vong, mất chân tay, hay chân tay không hoạt động được. Các triệu chứng y khoa có thể là bệnh tật, thương tích, đau nặng hoặc tình trạng bệnh lý nhanh chóng trở nên tồi tệ hơn.

Nếu quý vị lâm vào tình trạng cấp cứu y tế:

- **Quý vị phải được chăm sóc càng nhanh càng tốt.** Hãy gọi số 911 để được giúp đỡ hoặc phải đi đến phòng cấp cứu hoặc đến bệnh viện gần nhất. Hãy gọi cho xe cứu thương nếu cần. Quý vị *không* cần có chấp thuận hoặc giới thiệu trước từ PCP của quý vị.
- **Quý vị hãy báo cho chương trình của chúng tôi biết về tình trạng khẩn cấp của quý vị càng sớm càng tốt.** Chúng tôi cần theo dõi việc chăm sóc cấp cứu của quý vị. Quý vị hoặc người khác nên gọi cho chúng tôi biết về việc chăm sóc cấp cứu của quý vị, thường là trong vòng 48 giờ. Quý vị có thể gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại ở trang bìa sau của tập sách này hoặc số điện thoại phía sau thẻ thành viên của quý vị.

Những gì sẽ được bao trả nếu quý vị trong tình trạng cấp cứu y tế?

Quý vị có thể nhận được chăm sóc cấp cứu y tế được bao trả bất cứ lúc nào quý vị cần, bất cứ nơi nào tại Hoa Kỳ hoặc tại các lãnh thổ của Hoa Kỳ. Wellcare Premium Ultra (HMO) bảo hiểm cho các trường hợp khẩn cấp/cấp cứu toàn cầu. Chương trình của chúng tôi sẽ bao trả cho dịch vụ xe cứu thương trong những trường hợp khi mà đi đến phòng cấp cứu bằng bất cứ phương tiện nào khác sẽ có hại cho tình trạng sức khỏe của quý vị. Để biết thông tin chi tiết, vui lòng xem Bảng Phúc Lợi Y Tế của chương trình trong Chương 4 của tập tài liệu này.

Medicare không bao trả cho chăm sóc cấp cứu bên ngoài Hoa Kỳ. Tuy nhiên, chương trình của chúng tôi bao trả cho các dịch vụ chăm sóc cấp cứu và các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp bên ngoài Hoa Kỳ trong các trường hợp sau:

- Quý vị được bao trả tối đa $50,000 khi ra khỏi Hoa Kỳ trong phạm vi các dịch vụ chăm sóc cấp cứu và các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp. Chi phí vượt ra ngoài số tiền này sẽ không được bao trả.
- Việc vận chuyển quay lại Hoa Kỳ từ một quốc gia khác và thuốc mua khi ở bên ngoài Hoa Kỳ sẽ không được bao trả. Ngoài ra, khoản chia sẻ chi phí phòng cấp cứu sẽ không được miễn nếu quý vị nhập viện nội trú để được chăm sóc.
- Vui lòng liên hệ với chúng tôi trong vòng 48 giờ, nếu có thể, để thông báo cho chúng tôi khi quý vị đến phòng cấp cứu.

Để biết thêm thông tin, vui lòng xem “Chăm Sóc Cấp Cứu và Dịch Vụ Cần Thiết Khẩn Cấp” trong Bảng Phúc Lợi Y Tế ở Chương 4 của tập sách này hoặc gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại ở bìa sau của tập sách này.

Nếu quý vị gặp tình trạng cấp cứu y tế, chúng tôi sẽ liên lạc và trao đổi với các bác sĩ đang chăm sóc cấp cứu cho quý vị để kiểm tra và tiếp tục chăm sóc theo dõi cho quý vị. Các bác sĩ chăm sóc cấp cứu cho quý vị sẽ quyết định khi nào tình trạng của quý vị ổn định và tình trạng cấp cứu y khoa không còn nữa.

Sau khi tình trạng cấp cứu y khoa chấm dứt, quý vị có quyền được tiếp tục chăm sóc để biết bảo đảm là tình trạng của quý vị vẫn luôn ổn định. Sự chăm sóc theo dõi của quý vị sẽ được chương trình chúng tôi bao trả. Nếu việc chăm sóc cấp cứu của quý vị do các nhà cung cấp ngoài mạng lưới cung cấp, chúng tôi sẽ cố gắng thu xếp cho các nhà cung cấp trong mạng lưới bắt đầu chăm sóc cho quý vị ngay khi bệnh lý của quý vị và hoàn cảnh cho phép. Mọi dịch vụ chăm sóc theo dõi của nhà cung cấp ngoài mạng lưới sau khi quý vị đã được cấp cứu sẽ cần có sự cho phép của chương trình.

Nếu đây không phải là tình trạng cấp cứu y tế thì sao?

Có khi khó biết được là quý vị có đang trong tình trạng cấp cứu y tế hay không. Ví dụ như quý vị đi đến phòng chăm sóc cấp cứu vì nghĩ rằng tình trạng sức khỏe của quý vị đang bị nguy hiểm và bác sĩ cho biết, xét ra tình trạng của quý vị không phải là tình trạng cấp cứu y tế. Nếu đúng là tình trạng của quý vị không phải là tình trạng cấp cứu y tế, nhưng quý vị nghĩ một cách hợp lý là tình trạng sức khỏe của quý vị đang bị nguy hiểm, chúng tôi sẽ bao trả cho các dịch vụ chăm sóc này.

Tuy nhiên, sau khi bác sĩ cho biết là tình trạng của quý vị *không* phải là tình trạng cấp cứu, chúng tôi sẽ *chỉ* bao trả cho những dịch vụ chăm sóc bổ túc cho quý vị nếu quý vị được chăm sóc bổ túc bằng một trong hai cách này:

- Quý vị đến một nhà cung cấp trong mạng lưới để được chăm sóc bổ túc.
- – *hoặc* – Dịch vụ chăm sóc bổ sung mà quý vị được cung cấp được xem là "các dịch vụ cần thiết khẩn cấp" và quý vị tuân theo các quy định để nhận được các dịch vụ cần thiết khẩn cấp này (để biết thêm thông tin về vấn đề này, hãy xem Phần 3.2 bên dưới).

Phần 3.2 Được chăm sóc khi quý vị có nhu cầu khẩn cấp về các dịch vụ

"Các dịch vụ cần thiết khẩn cấp" là gì?

"Các dịch vụ cần thiết khẩn cấp" là các dịch vụ không phải là dịch vụ cấp cứu nhưng được cung cấp trong trường hợp quý vị mắc bệnh y khoa không lường trước được, bị thương hoặc ở trong tình trạng cần phải chăm sóc y tế ngay lập tức. Các dịch vụ cần thiết khẩn cấp có thể được cung cấp bởi các nhà cung cấp trong hoặc ngoài mạng lưới, khi tạm thời không có các nhà cung cấp trong mạng lưới bảo hiểm. Tình trạng không biết trước có thể là, ví dụ, một chứng bệnh quý vị đã có từ trước bỗng nhiên bùng phát không ngờ.

Nếu quý vị đang ở trong khu vực dịch vụ của chương trình và quý vị cần được chăm sóc cần thiết khẩn cấp thì sao?

Quý vị nên luôn luôn cố gắng để nhận được các dịch vụ cần thiết khẩn cấp từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc trong mạng lưới. Tuy nhiên, nếu các nhà cung cấp trong mạng lưới tạm thời không có sẵn hoặc quý vị không tìm được và sẽ là không hợp lý để chờ được chăm sóc từ các nhà cung cấp trong mạng lưới, chúng tôi sẽ bao trả cho các dịch vụ cần thiết khẩn cấp từ các nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới.

Vui lòng liên hệ văn phòng PCP của quý vị 24 giờ một ngày nếu quý vị cần được chăm sóc khẩn cấp. Quý vị có thể được hướng dẫn để được chăm sóc khẩn cấp tại một trung tâm chăm sóc khẩn cấp trong mạng lưới. Quý vị có thể tìm thấy các trung tâm chăm sóc khẩn cấp trong *Danh Mục Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc* hoặc trên trang web của chúng tôi tại www.wellcare.com/healthnetca. Nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc khẩn cấp tại phòng khám của bác sĩ của quý vị, quý vị sẽ thanh toán khoản đồng thanh toán cho lần khám tại phòng khám; tuy nhiên, nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc khẩn cấp tại một phòng khám không cần hẹn trước hoặc một trung tâm chăm sóc khẩn cấp trong mạng lưới, quý vị có thể sẽ thanh toán cho trung tâm chăm sóc khẩn cấp khoản đồng thanh toán khác với

khoản đồng thanh toán khi nhận dịch vụ chăm sóc tại phòng khám của bác sĩ. Xem Chương 4, *Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì bảo hiểm trả và quý vị trả)* để biết khoản đồng thanh toán áp dụng cho các dịch vụ được cung cấp tại phòng khám của bác sĩ hoặc tại trung tâm chăm sóc hoặc phòng khám không cần hẹn trước trong mạng lưới.

Quý vị cũng có thể liên hệ Đường Dây Y Tá Tư Vấn bất kỳ lúc nào. Một y tá chuyên nghiệp trực đường dây sẽ giải đáp thắc mắc của quý vị 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần. Để biết thêm thông tin về Đường Dây Y Tá Tư Vấn, hãy xem hạng mục phúc lợi Chương Trình Giáo Dục Về Sức Khỏe tại Chương 4 *(Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả và số tiền quý vị phải trả)),* hoặc gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (số điện thoại được in ở mặt sau của tập sách này).

Nếu quý vị đang <u>ở ngoài</u> khu vực dịch vụ của chương trình khi quý vị có nhu cầu khẩn cấp đối với dịch vụ chăm sóc thì sao?

Khi quý vị đang ở ngoài khu vực dịch vụ và không thể được chăm sóc từ các nhà cung cấp trong mạng lưới, chương trình của chúng tôi sẽ bao trả cho các dịch vụ cần thiết khẩn cấp mà bất cứ nhà cung cấp dịch vụ nào cung cấp cho quý vị.

Chương trình của chúng tôi bao trả cho các dịch vụ chăm sóc cấp cứu và các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp bên ngoài Hoa Kỳ trong các trường hợp sau. Tuy nhiên, Medicare không bao trả cho chăm sóc cấp cứu bên ngoài Hoa Kỳ.

- Quý vị được bao trả tối đa $50,000 khi ra khỏi Hoa Kỳ trong phạm vi các dịch vụ chăm sóc cấp cứu và các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp. Chi phí vượt ra ngoài số tiền này sẽ *không* được bao trả.
- Việc vận chuyển quay lại Hoa Kỳ từ một quốc gia khác và thuốc mua khi ở bên ngoài Hoa Kỳ sẽ *không* được bao trả. Ngoài ra, khoản chia sẻ chi phí phòng cấp cứu sẽ *không* được miễn nếu quý vị nhập viện nội trú để được chăm sóc.
- Vui lòng liên hệ với chúng tôi trong vòng 48 giờ, nếu có thể, để thông báo cho chúng tôi khi quý vị đến phòng cấp cứu

Để biết thêm thông tin, vui lòng xem “Chăm Sóc Cấp Cứu và Dịch Vụ Cần Thiết Khẩn Cấp” trong Bảng Phúc Lợi Y Tế ở Chương 4 của tập sách này hoặc gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại ở bìa sau của tập sách này.

Phần 3.3 Được chăm sóc trong trường hợp có thảm họa

Nếu Thống đốc tiểu bang của quý vị, Bộ Trưởng Bộ Y Tế Và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ hoặc Tổng thống Hoa Kỳ tuyên bố tình trạng thảm họa hoặc tình trạng khẩn cấp trong khu vực địa lý của quý vị, quý vị vẫn có quyền được chương trình của quý vị chăm sóc.

Vui lòng truy cập trang web sau: www.wellcare.com/healthnetCA để xem thông tin về cách nhận được chăm sóc cần thiết trong trường hợp có thảm họa.

Nói chung, nếu quý vị không thể sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới trong trường hợp có thảm họa, chương trình của quý vị sẽ cho phép quý vị nhận được sự chăm sóc từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới theo mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu quý vị không thể sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới trong trường hợp có thảm họa, quý vị có thể mua thuốc theo toa tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới. Xin hãy xem Chương 5, Phần 2.5 để biết thêm thông tin.

PHẦN 4 Nếu quý vị bị tính hóa đơn trực tiếp cho toàn bộ chi phí của các dịch vụ được bao trả thì sao?

Phần 4.1 Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thanh toán chia sẻ chi phí của chúng tôi cho các dịch vụ được bao trả

Nếu quý vị đã trả nhiều tiền hơn số tiền quý vị phải trả cho những dịch vụ được bao trả hoặc quý vị nhận được hóa đơn cho toàn bộ chi phí của những dịch vụ được bao trả, vui lòng xem Chương 7 (*Yêu cầu chúng tôi trả phần tiền trong hóa đơn quý vị nhận được cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả*) để biết thông tin về những gì cần làm.

Phần 4.2 Nếu dịch vụ không được chương trình của chúng tôi bao trả, quý vị phải trả toàn bộ chi phí

Chương trình của chúng tôi bao trả tất cả các dịch vụ y tế cần thiết về mặt y tế, các dịch vụ này được liệt kê trong Bảng Phúc Lợi Y Tế (bảng này nằm trong Chương 4 của tập sách này) và được cung cấp cho quý vị theo đúng quy định của chương trình. Quý vị chịu trách nhiệm trả toàn bộ chi phí của các dịch vụ không được chương trình của chúng tôi bao trả vì những dịch vụ này không phải là những dịch vụ mà chương trình bao trả hoặc vì những dịch vụ này được cung cấp ngoài mạng lưới và không được chấp thuận.

Nếu quý vị có thắc mắc gì về việc chúng tôi sẽ trả hay không trả cho những dịch vụ hoặc sự chăm sóc y tế mà quý vị đang muốn có, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cho biết là chúng tôi có bao trả cho những dịch vụ này hay không trước khi quý vị nhận dịch vụ. Quý vị cũng có quyền yêu cầu được cấp bằng văn bản. Nếu chúng tôi cho biết là sẽ không bao trả cho những dịch vụ quý vị đang muốn có, quý vị có quyền kháng cáo quyết định không bao trả của chúng tôi.

Chương 9 (*Những gì quý vị cần làm khi gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại* (*quyết định về mức bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại*)) có thêm thông tin về những gì quý vị cần làm nếu muốn chúng tôi quyết định mức bảo hiểm hoặc muốn kháng cáo quyết định mà chúng tôi đã đưa ra. Quý vị cũng có thể gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để được cung cấp thêm thông tin chi tiết (số điện thoại in trên bìa sau của tập sách này).

Đối với những dịch vụ được bao trả nhưng có giới hạn về quyền lợi, quý vị phải trả toàn phần chi phí của những dịch vụ này sau khi quý vị đã sử dụng hết mức bao trả bảo hiểm cho loại dịch vụ được bao trả đó. Số tiền quý vị chi trả cho các chi phí sau khi đã đạt đến giới hạn phúc lợi sẽ không được tính vào số tiền tự trả tối đa. Ví dụ, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được từ một cơ sở điều dưỡng chuyên môn sau khi thanh toán của chương trình chúng tôi đạt đến giới hạn phúc lợi. Sau khi quý vị thiết lập giới hạn phúc lợi, các khoản thanh toán thêm cho các dịch vụ của quý vị sẽ không được tính vào tiền tự trả tối đa hàng năm. Nếu quý vị muốn biết quý vị đã sử dụng giới hạn phúc lợi của mình đến mức nào, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.

PHẦN 5 Các dịch vụ y tế của quý vị sẽ được bao trả như thế nào khi quý vị tham gia “nghiên cứu khảo sát lâm sàng”?

Phần 5.1 "Nghiên cứu khảo sát lâm sàng" là gì?

Nghiên cứu khảo sát lâm sàng (còn gọi là “thử nghiệm lâm sàng”) là cách bác sĩ và các nhà khoa học thí nghiệm những cách thức chăm sóc y tế mới, chẳng hạn như thí nghiệm xem thuốc trị ung thư mới công hiệu như thế nào. Những chuyên gia này thí nghiệm các thủ tục y khoa hoặc thuốc mới bằng cách mời đối tượng tình nguyện tham gia nghiên cứu. Hình thức nghiên cứu này là một trong những giai đoạn sau cùng trong tiến trình nghiên cứu để giúp bác sĩ và các nhà khoa học biết xem phương pháp mới có công hiệu hay an toàn hay không.

Không phải công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng nào cũng cho phép thành viên của chương trình chúng tôi tham gia. Trước tiên Medicare phải chấp thuận công trình nghiên cứu này. Nếu quý vị tham gia một nghiên cứu *chưa* được Medicare chấp thuận, *quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm trả toàn bộ chi phí khi tham gia trong nghiên cứu này*.

Một khi Medicare chấp thuận nghiên cứu này, nhân viên trong ban nghiên cứu sẽ liên lạc với quý vị để giải thích rõ ràng hơn về công trình nghiên cứu và để biết xem quý vị có hội đủ các điều kiện mà các nhà khoa học thực hiện công trình nghiên cứu đã đề ra hay không. Quý vị có thể tham gia công trình nghiên cứu này nếu quý vị thỏa mãn điều kiện nghiên cứu *và* hiểu rõ cũng như chấp nhận những gì sẽ xảy ra khi quý vị tham gia nghiên cứu.

Nếu quý vị tham gia một nghiên cứu đã được Medicare chấp thuận, Original Medicare sẽ trả hầu hết các chi phí đối với những dịch vụ được bao trả mà quý vị được cung cấp trong tiến trình của cuộc nghiên cứu. Khi quý vị tham gia nghiên cứu khảo sát lâm sàng, quý vị có thể vẫn ghi danh trong chương trình của chúng tôi và tiếp tục được chăm sóc cho những tình trạng sức khỏe khác (chăm sóc sức khỏe không liên quan đến công trình nghiên cứu) qua chương trình của chúng tôi.

Nếu quý vị muốn tham gia một nghiên cứu khảo sát lâm sàng được Medicare chấp thuận, quý vị *không* cần xin phép chương trình chúng tôi hay PCP của quý vị. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị trong quá trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng *không* cần phải là các nhà cung cấp trong mạng lưới chương trình của chúng tôi.

Tuy quý vị không cần xin phép chương trình của chúng tôi để tham gia nghiên cứu khảo sát lâm sàng, **quý vị vẫn cần phải cho chúng tôi biết trước khi quý vị bắt đầu tham gia một nghiên cứu khảo sát lâm sàng.**

Nếu quý vị đang dự định tham gia nghiên cứu khảo sát lâm sàng, vui lòng liên lạc với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (số điện thoại ghi trên bìa sau của tập sách này) để cho họ biết rằng quý vị sẽ tham gia thử nghiệm lâm sàng và tìm hiểu chi tiết cụ thể hơn về những gì chương trình của quý vị sẽ chi trả.

Phần 5.2 Khi quý vị tham gia nghiên cứu khảo sát lâm sàng, ai sẽ trả tiền và trả cho những khoản gì?

Khi quý vị tham gia một công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng được Medicare chấp thuận, quý vị sẽ được bao trả cho những dịch vụ chăm sóc và vật liệu thông thường mà quý vị được cung cấp trong tiến trình nghiên cứu, gồm có:

- Chi phí cho phòng nằm và ăn uống trong lúc nằm bệnh viện mà Medicare sẽ bao trả ngay cả khi quý vị không tham gia nghiên cứu.
- Giải phẫu hoặc thủ tục y khoa nào khác nếu những thủ tục này là một phần của công trình nghiên cứu.
- Chữa trị các phản ứng phụ và biến chứng liên quan đến thể thức mới chăm sóc sức khỏe.

Chương trình Original Medicare sẽ trả hầu hết các chi phí đối với những dịch vụ được bao trả mà quý vị được cung cấp trong tiến trình của cuộc nghiên cứu. Sau khi Medicare đã trả hết phần chi phí mà tổ chức này phải trả cho những dịch vụ này, chương trình chúng tôi cũng sẽ trả một phần chi phí. Chúng tôi sẽ trả khoản chênh lệch giữa chia sẻ chi phí trong Original Medicare và chia sẻ chi phí của quý vị với tư cách là thành viên của chương trình chúng tôi. Điều này có nghĩa là, quý vị sẽ trả cùng một khoản tiền cho những dịch vụ quý vị được cung cấp trong tiến trình nghiên cứu như quý vị phải trả cho những dịch vụ này nếu những dịch vụ này được chương trình chúng tôi cung cấp.

> *Sau đây là ví dụ về chia sẻ chi phí:* Giả sử quý vị làm xét nghiệm trong phòng thí nghiệm tốn $100 trong nghiên cứu. Ví dụ thêm nữa là quý vị phải trả $20 tiền đồng trả thể theo chương trình Original Medicare, nhưng xét nghiệm này chỉ tốn có $10 theo mức bao trả của chương trình bảo hiểm của chúng tôi. Trong trường hợp này, Original Medicare sẽ trả $80 cho xét nghiệm này, chương trình chúng tôi sẽ trả $10. Điều này có nghĩa là quý vị sẽ trả $10, bằng với số tiền quý vị sẽ phải trả theo quyền lợi trong chương trình của chúng tôi.

Quý vị phải nộp giấy yêu cầu trả tiền để chúng tôi trả cho phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Cùng với giấy yêu cầu này, quý vị phải gửi kèm bản sao Thông báo Tóm lược của Medicare hoặc giấy tờ gì khác có trình bày rõ những dịch vụ quý vị được cung cấp trong cuộc nghiên cứu và quý vị thiếu lại bao nhiêu tiền. Vui lòng xem Chương 7 để biết thêm chi tiết về cách thức nộp đơn yêu cầu trả lại tiền.

Khi quý vị tham gia nghiên cứu khảo sát lâm sàng, **cả chương trình chúng tôi lẫn Medicare sẽ không trả tiền cho những phần sau:**

- Thường thì Medicare sẽ *không* trả cho những vật phẩm hoặc dịch vụ mới mà công trình nghiên cứu đang thử nghiệm trừ khi Medicare sẽ bao trả cho những vật phẩm hoặc dịch vụ này ngay cả khi quý vị *không* tham gia nghiên cứu.
- Vật liệu và dịch vụ mà cuộc nghiên cứu cung cấp miễn phí cho quý vị hay cho những người tham gia nghiên cứu.

- Vật phẩm hoặc dịch vụ cung cấp chỉ để thu thập dữ liệu chứ không phải dùng để trực tiếp chăm sóc sức khỏe cho quý vị. Ví dụ, Medicare sẽ không trả tiền cho thủ tục chụp CT hàng tháng trong tiến trình của cuộc nghiên cứu nếu bệnh lý của quý vị thường chỉ đòi hỏi chụp CT một lần.

Quý vị có muốn tìm hiểu thêm không?

Quý vị có thể nhận thêm thông tin về việc tham gia công trình nghiên cứu lâm sàng bằng cách truy cập trang mạng của Medicare để đọc hoặc tải xuống ấn phẩm "Medicare và Các Công Trình Nghiên Cứu Lâm Sàng" (Ấn phẩm có trên trang web: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.)

Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.

PHẦN 6 Các quy tắc về việc nhận dịch vụ chăm sóc được bao trả tại "cơ sở chăm sóc sức khỏe thuộc về tôn giáo và không phục vụ về y tế"

Phần 6.1 Cơ sở chăm sóc sức khỏe thuộc về tôn giáo và không phục vụ về y tế là gì?

Cơ sở chăm sóc sức khỏe thuộc về tôn giáo và không phục vụ về y tế là một cơ sở chăm sóc cho một bệnh lý mà thông thường sẽ được điều trị tại bệnh viện hoặc cơ sở chăm sóc điều dưỡng chuyên môn. Nếu việc nhận được chăm sóc tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn đi ngược lại tín ngưỡng tôn giáo của thành viên, thay vào đó chúng tôi sẽ bao trả cho dịch vụ chăm sóc tại cơ sở chăm sóc sức khỏe thuộc về tôn giáo và không phục vụ về y tế. Quý vị có thể quyết định được chăm sóc bằng phương pháp y khoa bất cứ lúc nào vì bất cứ lý do gì. Phúc lợi này chỉ được cung cấp cho những dịch vụ điều trị nội trú thuộc Part A (dịch vụ chăm sóc sức khỏe không thuộc về y khoa). Medicare sẽ chỉ trả tiền cho những dịch vụ chăm sóc sức khỏe không thuộc về y khoa cung cấp bởi các cơ sở chăm sóc sức khỏe thuộc về tôn giáo và không phục vụ về y tế.

Phần 6.2 Nhận Sự Chăm Sóc Từ Cơ Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Thuộc Về Tôn Giáo Và Không Phục Vụ Về Y Tế

Để nhận dịch vụ chăm sóc từ các cơ sở chăm sóc sức khỏe thuộc về tôn giáo và không phục vụ về y tế, quý vị phải ký vào một tài liệu pháp lý cho biết là quý

vị phản đối một cách sáng suốt việc nhận được điều trị y tế “không thuộc trường hợp ngoại lệ.”

- Điều trị hoặc chăm sóc y tế "không thuộc trường hợp ngoại lệ" là những điều trị hoặc chăm sóc y tế *tự nguyện* và *không bắt buộc* theo luật liên bang, tiểu bang hoặc địa phương.
- Điều trị y tế "thuộc trường hợp ngoại lệ" là điều trị hoặc chăm sóc y tế quý vị nhận được mà quý vị *không* được quyền chọn lựa hoặc *bị bắt buộc* theo luật liên bang, tiểu bang hoặc địa phương.

Để được chương trình chúng tôi bao trả, sự chăm sóc do cơ sở chăm sóc sức khỏe thuộc về tôn giáo và không phục vụ về y tế cung cấp cho quý vị phải hội đủ những điều kiện sau đây:

- Cơ sở chăm sóc sức khỏe này phải được Medicare chứng nhận.
- Những dịch vụ mà chương trình bao trả chỉ giới hạn trong lĩnh vực chăm sóc *không liên quan đến tôn giáo*.
- Nếu quý vị được cung cấp dịch vụ từ y viện này tại một cơ sở, những điều kiện sau đây được áp dụng:
    - Quý vị phải có bệnh lý cho phép quý vị nhận được những dịch vụ được bao trả cho chăm sóc tại bệnh viện dưới hình thức nội trú hoặc chăm sóc tại một cơ sở điều dưỡng chuyên môn.
    - – *và* – quý vị phải được chương trình chấp thuận trước khi quý vị được nhận vào cơ sở này, nếu không, thời gian quý vị được chăm sóc tại đó sẽ không được bao trả.

Thời gian quý vị ở tại cơ sở chăm sóc sức khỏe thuộc về tôn giáo và không phục vụ về y tế sẽ không được chương trình chúng tôi bao trả trừ khi quý vị yêu cầu và được chương trình của chúng tôi cho phép (chấp thuận) trước và sẽ phải chịu những hạn chế phạm vi bao trả như các bệnh nhân nội trú hoặc việc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn quý vị sẽ nhận được. Vui lòng xem Bảng Phúc Lợi Y Tế ở Chương 4 về các quy định về sự bao trả khi điều trị nội trú tại bệnh viện và thông tin bổ túc về chia sẻ chi phí và giới hạn đối với sự bao trả nội trú tại bệnh viện và cơ sở điều dưỡng chuyên môn.

PHẦN 7 Quy tắc về việc sở hữu các thiết bị y tế lâu bền

Phần 7.1 Quý vị có được sở hữu thiết bị y tế lâu bền sau khi quý vị trả một số khoản thanh toán nhất định theo chương trình của chúng tôi không?

Thiết bị y tế lâu bền (DME) bao gồm các mục như thiết bị dưỡng khí và vật tư, xe lăn, khung tập đi, hệ thống chăn nệm chạy điện, nạng, vật tư cho bệnh tiểu đường, thiết bị phát âm, máy truyền thuốc vào tĩnh mạch, máy xông khí dung, giường bệnh viện do nhà cung cấp dịch vụ yêu cầu chương trình cung cấp cho quý vị để sử dụng tại nhà. Thành viên của chương trình luôn được sở hữu một số thiết bị như các bộ phận cơ thể giả. Trong phần này, chúng tôi thảo luận về những loại thiết bị y tế lâu bền (DME) mà quý vị phải thuê.

Theo chương trình Original Medicare, những người thuê một số loại thiết bị y tế lâu bền (DME) sẽ được sở hữu những thiết bị này luôn sau khi đã trả khoản đồng thanh toán cho thiết bị này trong 13 tháng. Là thành viên của chương trình chúng tôi, quý vị cũng sẽ được sở hữu một số loại thiết bị y tế lâu bền sau khi đã thanh toán khoản đồng thanh toán cho thiết bị đó trong một số tháng cụ thể. Các khoản thanh toán cho thiết bị y tế lâu bền trước đây khi quý vị đang có Original Medicare sẽ không được tính vào các khoản thanh toán quý vị trả khi là thành viên chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị yêu cầu quyền sở hữu một thiết bị y tế lâu bền khi quý vị đang là thành viên của chương trình chúng tôi và thiết bị cần bảo dưỡng thì nhà cung cấp được phép lập hóa đơn chi phí sửa chữa cho chương trình. Cũng có một số loại thiết bị y tế lâu bền mà quý vị sẽ không được quyền sở hữu bất kể quý vị đã thanh toán bao nhiêu lần cho thiết bị đó khi đang là thành viên của chương trình chúng tôi. Vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (số điện thoại ghi trên bìa sau của tập sách này) để biết những điều kiện quý vị cần đáp ứng và giấy tờ quý vị cần cung cấp cho chương trình để được thuê hoặc sở hữu thiết bị.

Nếu quý vị chuyển sang chương trình Original Medicare thì việc gì sẽ xảy ra đối với khoản tiền quý vị đã trả cho thiết bị y tế lâu bền?

Nếu quý vị chưa có quyền sở hữu thiết bị y tế lâu bền trong thời gian quý vị tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ phải trả 13 khoản tiền liên tiếp mới sau khi quý vị chuyển sang tham gia chương trình Original Medicare để được sở hữu dụng cụ này. Số tiền mà quý vị đã trả khi còn trong chương trình của chúng tôi sẽ không được tính vào số tiền của 13 lần thanh toán liên tiếp này.

Nếu quý vị đã trả ít hơn 13 khoản tiền cho thiết bị DME theo chương trình Original Medicare *trước khi* quý vị tham gia vào chương trình của chúng tôi thì các khoản tiền trả trước đó của quý vị cũng không được tính vào 13 khoản

tiền liên tiếp này. Quý vị sẽ phải trả 13 khoản tiền liên tiếp mới sau khi quý vị chuyển qua chương trình Original Medicare để được sở hữu thiết bị y tế lâu bền này. Không có trường hợp ngoại lệ nào áp dụng cho trường hợp này khi quý vị chuyển trở lại chương trình Original Medicare.

PHẦN 8 Quy Định Về Thiết Bị Oxy, Vật Tư Và Bảo Trì

Phần 8.1 Quý vị được hưởng những phúc lợi oxy nào?

Nếu quý vị đủ điều kiện được bảo hiểm thiết bị oxy Medicare, thì miễn là quý vị ghi danh, Wellcare Premium Ultra (HMO) sẽ bao trả:

- Cho thuê thiết bị oxy
- Cung cấp oxy và nồng độ oxy
- Ống thở và các phụ kiện oxy liên quan để cung cấp oxy và nồng độ oxy
- Bảo trì và sửa chữa thiết bị oxy

Nếu quý vị rời chương trình Wellcare Premium Ultra (HMO) hoặc không còn cần thiết bị oxy nữa thì quý vị phải trả lại thiết bị oxy cho chủ sở hữu.

Phần 8.2 Phần chia sẻ chi phí của quý vị là gì? Phần này có thay đổi sau 36 tháng không?

Phần chia sẻ chi phí của quý vị đối với bảo hiểm thiết bị oxy Medicare là 20% đồng bảo hiểm mỗi tháng.

Nếu trước khi ghi danh vào chương trình Wellcare Premium Ultra (HMO), quý vị đã thanh toán tiền thuê thiết bị oxy được bảo hiểm cho 36 tháng thì phần chia sẻ chi phí trong Wellcare Premium Ultra (HMO) của quý vị là 20% đồng bảo hiểm.

Phần 8.3 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị rời chương trình của mình và quay lại Original Medicare?

Nếu quý vị quay lại Original Medicare, quý vị sẽ bắt đầu chu kỳ 36 tháng mới gia hạn 5 năm một lần. Ví dụ: Nếu quý vị đã thanh toán tiền thuê thiết bị oxy cho 36 tháng trước khi tham gia Wellcare Premium Ultra (HMO), tham gia Wellcare Premium Ultra (HMO) được 12 tháng, sau đó quay lại chương trình Original Medicare, quý vị sẽ thanh toán toàn bộ chi phí chia sẻ cho thiết bị oxy được bảo hiểm.

Tương tự, nếu quý vị đã thanh toán cho 36 tháng khi đã ghi danh vào Wellcare Premium Ultra (HMO) và sau đó quay lại chương trình Original Medicare, quý vị sẽ thanh toán toàn bộ chi phí chia sẻ cho thiết bị oxy được bảo hiểm.

CHƯƠNG 4

Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì bảo hiểm trả và quý vị trả)

Chương 4. Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì bảo hiểm trả và quý vị trả)

PHẦN 1 Hiểu chi phí tự trả cho các dịch vụ được bao trả 81
Phần 1.1 Các loại phí tổn mà quý vị có thể phải tự trả cho các dịch vụ được bao trả..... 81
Phần 1.2 Số tiền nhiều nhất mà quý vị sẽ trả cho các dịch vụ y tế được Medicare Part A và Part B bao trả là bao nhiêu? 81
Phần 1.3 Chương trình của chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp gửi hóa đơn đòi quý vị "trả tiền còn thiếu"..... 82
PHẦN 2 Sử dụng *Bảng Phúc Lợi Y Tế* để biết những gì được bao trả cho quý vị và số tiền quý vị sẽ phải trả..... 83
Phần 2.1 Phúc lợi và chi phí y tế đối với thành viên của chương trình 83
Phần 2.2 Các phúc lợi “bổ sung tùy chọn” tăng cường mà quý vị có thể mua 141
PHẦN 3 Dịch vụ nào không được chương trình bao trả?..... 145
Phần 3.1 Dịch vụ chúng tôi *không* bao trả (trường hợp ngoại lệ) 145

PHẦN 1 Hiểu chi phí tự trả cho các dịch vụ được bao trả

Chương này chú trọng về các dịch vụ được bao trả của quý vị, và những gì quý vị phải trả cho quyền lợi y tế của mình. Phần này gồm có một Bảng Phúc Lợi Y Tế, liệt kê các dịch vụ được bao trả của quý vị và cho biết quý vị sẽ trả bao nhiêu tiền cho mỗi dịch vụ được bao trả, khi là một thành viên chương trình của chúng tôi. Ở phần sau của chương này, quý vị có thể tìm thấy dữ kiện thông tin về các dịch vụ y tế không được bảo hiểm chi trả. Chương này cũng giải thích các mức giới hạn cho một số dịch vụ.

Phần 1.1 Các loại phí tổn mà quý vị có thể phải tự trả cho các dịch vụ được bao trả

Để hiểu rõ thông tin về việc chi trả được giải thích trong chương này, quý vị cần biết về các khoản xuất tiền túi mà quý vị có thể phải trả khi nhận dịch vụ được bao trả.

- **"Khoản đồng thanh toán"** là số tiền cố định quý vị trả mỗi khi quý vị nhận được một số dịch vụ y tế nhất định. Quý vị trả một số tiền đồng thanh toán vào lúc nhận dịch vụ y tế. (Bảng Phúc Lợi Y tế trong Phần 2 cho biết thêm về khoản đồng thanh toán của quý vị.)
- **"Đồng bảo hiểm"** là phần trăm số tiền quý vị phải thanh toán trong tổng chi phí của một số dịch vụ y tế nhất định. Quý vị trả một số tiền đồng bảo hiểm vào lúc mình nhận dịch vụ y tế. (Bảng Phúc Lợi Y Tế trong Phần 2 cho quý vị biết thêm về tiền đồng bảo hiểm.)

Hầu hết những người đủ điều kiện cho chương trình Medicaid hoặc chương trình Người Thụ Hưởng Medicare Hội Đủ Điều Kiện không bao giờ phải trả khoản khấu trừ, khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm. Quý vị nhớ trình bằng chứng về tình trạng hội đủ điều kiện của chương trình Medicaid hoặc QMB cho nhà cung cấp của mình, nếu có. Nếu quý vị cho rằng bản thân đang bị yêu cầu thanh toán không đúng, hãy liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.

Phần 1.2 Số tiền nhiều nhất mà quý vị sẽ trả cho các dịch vụ y tế được Medicare Part A và Part B bao trả là bao nhiêu?

Vì quý vị đã ghi danh Chương Trình Medicare Advantage, có một giới hạn khi quý vị thanh toán chi phí tự trả mỗi năm cho các dịch vụ y tế trong mạng lưới được Medicare Part A và Part B chi trả bảo hiểm (xem Bảng Phúc Lợi Y Tế ở Phần 2 dưới đây). Mức giới hạn này được gọi là số tiền tự trả tối đa cho các dịch vụ y tế.

Là thành viên trong chương trình của chúng tôi, mức cao nhất quý vị sẽ thanh toán chi phí tự trả cho các dịch vụ trong mạng lưới được bao trả bởi Part A và Part B trong năm 2022 là $5,000. Những số tiền đồng thanh toán và đồng bảo hiểm quý vị trả cho các dịch vụ được bao trả trong mạng lưới thì được tính vào số tiền tự trả tối đa này. (Số tiền quý vị trả cho phí bảo hiểm chương trình và thuốc theo toa Part D không được tính vào số tiền tự trả tối đa). Ngoài ra, số tiền quý vị trả cho một số dịch vụ không được tính vào số tiền tự trả tối đa của quý vị . Các dịch vụ này được đánh dấu hoa thị (*) trong Bảng Phúc Lợi Y Tế. Nếu quý vị đạt mức chi phí tự trả tối đa là $5,000, quý vị sẽ không phải thanh toán chi phí tự trả cho phí tổn nào nữa cho đến cuối năm cho các dịch vụ được Part A và Part B bao trả. Tuy nhiên, quý vị phải tiếp tục đóng phí bảo hiểm hàng tháng cho Medicare Part B (trừ khi phí bảo hiểm hàng tháng cho Part B đã được trả cho quý vị bởi Medicaid và một thành phần thứ ba).

Phần 1.3 Chương trình của chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp gửi hóa đơn đòi quý vị "trả tiền còn thiếu"

Là một thành viên chương trình của chúng tôi, một yếu tố quan trọng bảo vệ mình, là quý vị chỉ phải trả khoản chia sẻ chi phí của mình. khi nào quý vị tiếp nhận các dịch vụ này, do chương trình của chúng tôi chi trả phí tổn. Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp thêm các khoản phí riêng biệt bổ sung, được gọi là “trả tiền còn thiếu”. Sự bảo vệ này (nghĩa là quý vị không bao giờ trả quá số tiền chia sẻ chi phí của quý vị) được áp dụng ngay cả khi chúng tôi trả nhà cung cấp dịch vụ ít hơn so với phí nhà cung cấp dịch vụ đòi cho một dịch vụ và ngay cả khi có sự tranh chấp và chúng tôi không trả một vài loại phí của nhà cung cấp dịch vụ.

Đây là cách hoạt động của bảo hiểm này.

- Nếu chia sẻ chi phí của quý vị là khoản đồng thanh toán (một số tiền cố định, ví dụ $15.00), thì quý vị chỉ trả bấy nhiêu thôi cho dịch vụ được bao trả từ nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Nếu chia sẻ chi phí của quý vị là tiền đồng bảo hiểm (một tỷ lệ phần trăm, tính trên toàn bộ phí tổn), thì quý vị không bao giờ trả nhiều hơn tỷ lệ phần trăm đó. Tuy nhiên, phí tổn y tế của quý vị còn tùy loại chuyên gia y tế quý vị gặp:
    - Nếu quý vị nhận dịch vụ được bao trả từ một nhà cung cấp trong mạng lưới thì quý vị trả khoản đồng bảo hiểm theo tỷ lệ phần trăm, nhân với giá bồi hoàn của chương trình (như được quy định trong hợp đồng giữa nhà cung cấp và chương trình).

- Nếu quý vị nhận các dịch vụ được bao trả, từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới có tham gia Medicare, thì quý vị trả tiền đồng bảo hiểm theo tỷ lệ phần trăm, nhân với giá biểu trả tiền của Medicare cho các nhà cung cấp tham gia. (Nên nhớ, chương trình này chỉ bao trả cho các dịch vụ từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới trong một số trường hợp mà thôi, như khi nào quý vị có giấy giới thiệu.)
- Nếu quý vị nhận các dịch vụ được bao trả từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới không tham gia Medicare, thì quý vị trả đồng bảo hiểm theo tỷ lệ phần trăm nhân với giá biểu hoàn tiền của Medicare cho các nhà cung cấp không tham gia. (Nên nhớ, chương trình này chỉ bao trả cho các dịch vụ từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới trong một số trường hợp mà thôi, như khi nào quý vị có giấy giới thiệu.)

- Nếu quý vị cho rằng nhà cung cấp dịch vụ gửi "hóa đơn thanh toán" trực tiếp đến cho quý vị, xin vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (số điện thoại ghi trên bìa sau của tập sách này).

PHẦN 2 Sử dụng *Bảng Phúc Lợi Y Tế* để biết những gì được bao trả cho quý vị và số tiền quý vị sẽ phải trả

Phần 2.1 Phúc lợi và chi phí y tế đối với thành viên của chương trình

Bảng Phúc Lợi Y Tế ở các trang kế tiếp, liệt kê các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả, và quý vị xuất tiền túi trả bao nhiêu cho mỗi dịch vụ. Các dịch vụ liệt kê trong Bảng Phúc Lợi Y Tế chỉ được chi trả khi nào đáp ứng các yêu cầu về bảo hiểm sau đây:

- Các dịch vụ được Medicare bao trả phải được cung cấp theo các hướng dẫn bao trả được ấn định bởi Medicare.
- Các dịch vụ của quý vị (bao gồm y tế, các dịch vụ, tiếp liệu y tế, và máy móc thiết bị) *phải* là cần thiết về mặt y tế. “Cần thiết về mặt y tế" có nghĩa là các dịch vụ, vật dụng, hoặc thuốc cần thiết để phòng bệnh, chẩn đoán, hoặc chữa trị cho bệnh lý của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp thuận về thực hành y khoa.
- Quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp trong mạng lưới. Trong hầu hết các trường hợp, thì dịch vụ y tế mà quý vị nhận từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới thì sẽ không được chi trả. Chương 3 thông tin thêm về những đòi hỏi sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới bảo hiểm, và những tình huống khi nào chúng tôi sẽ chi trả phí tổn cho các dịch vụ từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

- Quý vị có một Bác Sĩ Chăm Sóc Chính (PCP) cung cấp và giám sát dịch vụ chăm sóc của quý vị. Trong hầu hết các trường hợp, PCP của quý vị phải chấp thuận trước cho quý vị, trước khi quý vị có thể gặp các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình. Đây được gọi là cấp "giấy giới thiệu" cho quý vị. Chương 3 cung cấp thêm thông tin về cách lấy giấy giới thiệu và những trường hợp nào quý vị không cần giấy giới thiệu.
- Một số dịch vụ trong Bảng Phúc Lợi Y Tế *chỉ* được bao trả khi bác sĩ của quý vị hay nhà cung cấp dịch vụ khác trong mạng lưới có được sự chấp thuận trước (đôi khi được gọi là “sự cho phép trước”) từ chúng tôi. Các dịch vụ được bao trả, cần sự đồng ý chấp thuận trước, được in nghiêng trong Bảng Phúc Lợi Y Tế.

Những điều quan trọng khác cần biết về mức bảo hiểm của chúng tôi:

- Cũng như tất cả các chương trình sức khỏe Medicare, chúng tôi bao trả cho mọi thứ mà Original Medicare bao trả. Đối với một số phúc lợi y tế này, thì quý vị trả tiền *nhiều hơn* trong chương trình của chúng tôi, so với Original Medicare. Cho những thứ khác, quý vị trả *ít hơn.* (Nếu quý vị muốn biết thêm về mức bảo hiểm và chi phí của Original Medicare, xin tìm xem cẩm nang *Medicare & Quý vị năm 2022*. Xem cẩm nang trực tuyến tại www.medicare.gov hoặc yêu cầu bản sao bằng cách gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi 1-877-486-2048.)
- Mọi dịch vụ phòng bệnh được bao trả miễn phí trong Original Medicare, chúng tôi cũng bao trả dịch vụ miễn phí cho quý vị. Tuy nhiên, nếu quý vị cũng được chữa trị hoặc theo dõi một bệnh lý hiện có, trong lúc khám với bác sĩ khi quý vị tiếp nhận dịch vụ ngừa bệnh, thì sẽ trả tiền đồng trả cho dịch vụ chăm sóc nhận được cho bệnh lý hiện có.
- Thỉnh thoảng, Medicare bổ sung thêm bao trả theo Original Medicare cho các dịch vụ mới trong năm. Nếu Medicare bổ sung bảo hiểm cho bất kỳ dịch vụ nào trong năm 2022 thì Medicare hoặc chương trình của chúng tôi sẽ bao trả các dịch vụ đó.

Quý vị sẽ thấy hình trái táo này bên cạnh các dịch vụ phòng bệnh trong bảng phúc lợi.

Bảng Phúc Lợi Y Tế

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Khám sàng lọc bệnh phình động mạch chủ ở bụng dưới Siêu âm một lần truy tầm bệnh, cho những ai có rủi ro mắc bệnh. Chương trình này chỉ bao trả việc khám dò tìm này nếu quý vị có các yếu tố nguy cơ nhất định và nếu quý vị được giới thiệu của bác sĩ, phụ tá bác sĩ, y tá, hoặc chuyên viên y tá lâm sàng.	Không có đồng thanh toán, tiền đồng bảo hiểm hoặc tiền khấu trừ cho những người đủ điều kiện được khám sàng lọc phòng ngừa bệnh.
Châm cứu điều trị đau thắt lưng mãn tính Các dịch vụ được bao trả gồm có: Bao trả tối đa 12 lần thăm khám trong 90 ngày cho người thụ hưởng Medicare trong các trường hợp sau:	Đồng thanh toán $15 cho dịch vụ châm cứu được Medicare bao trả thực hiện tại phòng mạch PCP.
Đối với mục đích của phúc lợi này, chứng đau thắt lưng mãn tính được xác định là: • Kéo dài 12 tuần hoặc lâu hơn; • không cụ thể, vì không có nguyên nhân hệ thống có thể xác định được (tức là không liên quan đến bệnh di căn, viêm, truyền nhiễm v.v.); • không liên quan đến phẫu thuật; và • không liên quan đến thai kỳ. 8 buổi châm cứu bổ sung sẽ được bao trả cho những bệnh nhân có sự cải thiện. Mỗi năm không được thực hiện quá 20 đợt châm cứu. Phải ngừng điều trị nếu bệnh nhân không cải thiện hoặc không hồi phục. Các Yêu Cầu Đối Với Nhà Cung Cấp: Các bác sĩ (như định nghĩa trong 1861 (r)(1) của Đạo Luật An Sinh Xã Hội (Đạo Luật) có thể cung cấp dịch vụ châm cứu phù hợp với các yêu cầu hiện hành của tiểu bang.	Đồng thanh toán $20 cho dịch vụ châm cứu được Medicare bao trả thực hiện tại phòng mạch Bác sĩ chuyên khoa. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu. Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.* Đồng thanh toán $20 cho dịch vụ châm cứu được Medicare bao trả thực hiện tại phòng mạch Chuyên gia chỉnh nắn xương. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu. Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.*

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Các trợ lý bác sĩ (PA), chuyên viên điều dưỡng (Np) hoặc chuyên gia điều dưỡng lâm sàng (CNS) (như quy định trong 1861 (aa)(5) của Đạo Luật) và nhân viên phụ trợ có thể cung cấp dịch vụ châm cứu nếu họ đáp ứng được tất cả các yêu cầu hiện hành của tiểu bang và có: • bằng thạc sĩ hoặc tiến sĩ về châm cứu hoặc Đông Y từ một trường được Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM) chứng nhận; và, • hiện có giấy phép còn hiệu lực đầy đủ và không bị hạn chế để hành nghề châm cứu trong Tiểu Bang, Vùng Lãnh Thổ hoặc Khối Thịnh Vượng Chung (ví dụ như Puerto Rico) của Hoa Kỳ, hoặc Đặc khu Columbia. Nhân viên phụ trợ cung cấp dịch vụ châm cứu phải được giám sát thích hợp bởi một bác sĩ, PA, hoặc NP/CNS theo quy định của chúng tôi tại điều 42 CFR §§ 410.26 và 410.27.	
Dịch vụ xe cứu thương • Dịch vụ chuyên chở cứu thương được bao trả gồm phi cơ cánh cố định, phi cơ cánh xoay và dịch vụ xe cứu thương để đưa đến cơ sở y tế phù hợp gần nhất có thể chăm sóc cho thành viên đang có một bệnh lý mà những phương tiện chuyên chở khác có thể sẽ nguy hiểm cho bệnh lý của người đó hoặc nếu được chương trình cho phép.	Đồng thanh toán $220 cho mỗi chuyến đi một chiều cho các dịch vụ cứu thương đường bộ được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước đối với vận chuyển bằng máy bay không khẩn cấp.* Khoản chia sẻ chi phí sẽ không được miễn nếu quý vị nhận dịch vụ Chăm sóc tại bệnh viện dưới hình thức nội trú.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
• Vận chuyển bằng xe cứu thương trong trường hợp không khẩn cấp là thích hợp nếu được giấy tờ ghi nhận rằng tình trạng sức khỏe của thành viên đang nguy kịch, nếu được vận chuyển cách khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe người đó và việc vận chuyển bằng xe cứu thương là việc cần thiết về mặt y tế.	Đồng thanh toán $220 cho mỗi chuyến đi một chiều cho các dịch vụ cứu thương đường hàng không được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước đối với vận chuyển bằng máy bay không khẩn cấp.* Khoản chia sẻ chi phí sẽ không được miễn nếu quý vị nhận dịch vụ Chăm sóc tại bệnh viện dưới hình thức nội trú.
Khám sức khỏe định kỳ hàng năm Khám sức khỏe hàng năm gồm có khám tim, phổi, bụng và hệ thần kinh cũng như khám cơ thể (đầu, cổ và tứ chi) và bệnh sử chi tiết/tiền sử của gia đình, ngoài những dịch vụ được cung cấp trong buổi Khám Sức Khỏe Hàng Năm.	Đồng thanh toán $0 cho một lần khám sức khỏe định kỳ hàng năm.*
Khám sức khỏe hàng năm Nếu quý vị đã có bảo hiểm Part B lâu hơn 12 tháng, quý vị có thể lấy hẹn cho chuyến thăm khám sức khỏe hàng năm để phát triển hoặc cập nhật chương trình phòng bệnh cá nhân dựa trên sức khỏe hiện tại của quý vị và các yếu tố rủi ro. Khoản này được bao trả 12 tháng một lần. **Lưu ý:** Quý vị không được thực hiện lần khám sức khỏe hàng năm đầu tiên trong vòng 12 tháng kể từ lần thăm khám phòng bệnh vào dịp "Chào mừng tới Medicare". Tuy nhiên, quý vị không cần phải thăm khám vào dịp "Chào mừng tới Medicare" để được bao trả cho các lần khám bệnh hàng năm khi mạnh khỏe sau khi quý vị đã có Part B lâu hơn 12 tháng.	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho thăm khám sức khỏe hàng năm.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Đo mức độ loãng xương Đối với những người đủ tiêu chuẩn (nói chung điều này nghĩa là những người có nguy cơ bị giảm khối lượng xương hoặc có nguy cơ bị loãng xương), các dịch vụ sau đây được bao trả mỗi 24 tháng hoặc thường xuyên hơn nếu cần thiết về mặt y tế: các thủ tục xác định khối lượng xương, giảm khối lượng xương hoặc xác định chất lượng xương, bao gồm giải thích về kết quả của bác sĩ.	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ đối với biện pháp đo khối lượng xương được Medicare bao trả.
Khám sàng lọc ung thư vú (chụp X-quang vú) Các dịch vụ được bao trả gồm có: • Một lần chụp quang tuyến vú căn bản cho vú cho phụ nữ giữa độ tuổi 35 và 39 • Một lần chụp quang tuyến vú để khám nghiệm sàng lọc, một lần mỗi 12 tháng, cho phụ nữ từ 40 tuổi trở lên • Khám vú lâm sàng, 24 tháng một lần	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ đối với chụp X quang vú sàng lọc được bao trả.
• Một lần chụp quang tuyến vú để chẩn bệnh khi cần thiết về mặt y tế	Đồng thanh toán $0 cho một lần chụp quang tuyến vú để chẩn bệnh khi cần thiết về mặt y tế. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu. Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.*

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Các dịch vụ phục hồi chức năng tim mạch Các chương trình toàn diện cho các dịch vụ phục hồi chức năng tim mạch bao gồm tập luyện, giáo dục và tư vấn được bao trả cho những thành viên đáp ứng các điều kiện nhất định có giấy giới thiệu của bác sĩ. Chương trình bảo hiểm này cũng chi trả phí tổn cho các chương trình phục hồi chức năng chức năng tim chuyên sâu tập luyện nặng nhọc hơn các chương trình phục hồi chức năng tim khác.	Đồng thanh toán $0 cho dịch vụ phục hồi chức năng tim được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.* Đồng thanh toán $0 cho dịch vụ phục hồi chức năng tim chuyên sâu được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*
Khám giảm thiểu rủi ro bệnh tim mạch (trị liệu cho bệnh tim mạch) Chúng tôi chi trả một chuyến khám bác sĩ chăm sóc chính hàng năm, để giúp giảm rủi ro bệnh tim mạch cho quý vị. Trong lần thăm khám này, bác sĩ có thể thảo luận về việc sử dụng aspirin (nếu thích hợp), kiểm tra huyết áp và tư vấn để đảm bảo quý vị ăn uống lành mạnh.	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay khấu trừ cho phúc lợi phòng ngừa bệnh tim mạch bằng trị liệu hành vi chuyên sâu.
Kiểm tra bệnh tim mạch Xét nghiệm máu, để phát hiện bệnh tim mạch (hoặc các dấu hiệu bất thường liên quan tới nguy cơ gia tăng về bệnh tim mạch), 5 năm một lần (60 tháng).	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay khấu trừ cho kiểm tra bệnh tim mạch được bao trả 5 năm một lần.
Khám sàng lọc ung thư cổ tử cung và âm đạo Các dịch vụ được bao trả gồm có: • Đối với tất cả thành viên nữ: các xét nghiệm phết tế bào cổ tử cung (Pap) và khám xương chậu được bao trả 24 tháng một lần • Nếu quý vị có rủi ro bị ung thư cổ tử cung hoặc âm đạo cao hoặc đang ở độ tuổi sinh con và từng có kết quả bất thường khi xét nghiệm Pap trong vòng 3 năm trở lại đây: một lần xét nghiệm Pap mỗi 12 tháng	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay khấu trừ cho xét nghiệm phết tế bào cổ tử cung (Pap) và kiểm tra khung xương chậu phòng ngừa được Medicare bao trả.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ chỉnh nắn xương Các dịch vụ được bao trả gồm có: • Chúng tôi chỉ chi trả phí tổn cho dịch vụ xoa bóp cột xương sống, để điều chỉnh tình trạng trật khớp xương	Đồng thanh toán $20 cho các dịch vụ chỉnh nắn xương được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu. Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
Khám sàng lọc ung thư đại trực tràng Quý vị nào 50 tuổi hay lớn hơn, thì bảo hiểm chi trả cho các thứ sau đây: • Nội soi ruột già bằng ống mềm dẻo (hoặc sàng lọc bệnh qua thuốc thử barium đưa vào ruột như một biện pháp thay thế khác) một lần mỗi 48 tháng Mỗi xét nghiệm dưới đây được thực hiện 12 tháng một lần: • Thử phân để kiểm tra máu (gFOBT) • Xét nghiệm hóa miễn dịch phân (FIT) Khám kết tràng dựa trên DNA 3 năm một lần Đối với những người có rủi ro mắc bệnh ung thư ruột già, chúng tôi chi trả phí tổn cho: • Nội soi ruột già (hoặc sàng lọc bệnh qua thuốc thử barium đưa vào ruột như một biện pháp thay thế khác) một lần mỗi 24 tháng Đối với những người không có rủi ro cao mắc bệnh ung thư ruột già, chúng tôi chi trả phí tổn cho: • Khám sàng lọc nội soi đại tràng mỗi 10 năm (120 tháng) một lần, nhưng không làm trong thời gian 48 tháng sau khi khám sàng lọc nội soi đại tràng sigma	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho dịch vụ khám sàng lọc ung thư kết tràng được Medicare bao trả.
• Các dịch vụ thụt Bari được Medicare bao trả	Đồng thanh toán $0 cho các Dịch Vụ Thụt Bari được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ nha khoa Nói chung, các dịch vụ nha khoa phòng ngừa (như vệ sinh, khám răng định kỳ, và chụp hình X-ray nha khoa) thì không được Original Medicare chi trả phí tổn. Chúng tôi chi trả bảo hiểm cho:	
• Chăm sóc răng được Medicare bao trả (Các dịch vụ được bao trả giới hạn ở các dịch vụ được Medicare bao trả. Đồng thanh toán $0 cho mỗi dịch vụ nha khoa được Medicare bao trả. phẫu thuật hàm hoặc các cấu trúc liên quan, chỉnh những chỗ gãy xương hàm hoặc xương mặt, nhổ răng để chuẩn bị hàm cho điều trị phóng xạ bệnh ung thư có u hoặc các dịch vụ được bao trả khi được cung cấp bởi bác sĩ.)	Các dịch vụ được Medicare bao trả Đồng thanh toán $20 cho các dịch vụ nha khoa được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
• Chăm sóc răng phòng ngừa (Các dịch vụ được bao trả bao gồm Dịch vụ nha khoa phòng ngừa như sau.).	Dịch vụ bổ sung Răng Miệng Toàn Diện
○ Kiểm tra răng miệng - 2 lần mỗi năm	Đồng thanh toán $0 cho mỗi lần khám răng miệng.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
○ Vệ sinh (phòng ngừa) - 2 lần mỗi năm	Đồng thanh toán $0 cho mỗi lần vệ sinh.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
○ Điều trị Fluoride - 1 lần mỗi năm	Đồng thanh toán $0 cho mỗi lần điều trị florua.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
○ Chụp X quang răng - 1 hàm mỗi năm	Đồng thanh toán $0 cho mỗi lần chụp x quang răng miệng mỗi lần thăm khám.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
• Chăm Sóc Răng Toàn Diện (Các dịch vụ được bao trả bao gồm như sau.	Răng Miệng Toàn Diện
○ Dịch Vụ Không Định Kỳ - Dịch vụ không định kỳ không giới hạn mỗi năm	Đồng thanh toán $0 cho mỗi dịch vụ không định kỳ.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
○ Dịch vụ chẩn đoán - Dịch vụ chẩn đoán không giới hạn mỗi năm. Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.	Đồng thanh toán $0 - $15 cho mỗi dịch vụ chẩn đoán.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
○ Dịch vụ phục hồi - Dịch vụ phục hồi không giới hạn mỗi năm. Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.	Đồng thanh toán $0 - $300 cho mỗi dịch vụ phục hồi.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
○ Nội khoa răng miệng - Dịch vụ nội khoa răng miệng không giới hạn mỗi năm	Đồng thanh toán $5 - $275 cho mỗi dịch vụ nội khoa răng miệng.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
○ Dịch vụ nha chu - 1 lần mỗi 6 đến 36 tháng	Đồng thanh toán $0 - $375 cho mỗi dịch vụ nha chu.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
○ Nhổ răng - Không giới hạn số lần nhổ răng mỗi năm	Đồng thanh toán $15 - $150 * *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
○ Phục hình răng miệng, bao gồm răng giả - Không giới hạn số lượng dịch vụ mỗi năm	Đồng thanh toán $0 - $2,250* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
○ Phẫu thuật răng hàm mặt - Không giới hạn số lượng dịch vụ mỗi năm	Đồng thanh toán $0 - $2,250* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
Có áp dụng các giới hạn và các trường hợp loại trừ. Trước khi nhận các dịch vụ, thành viên nên thảo luận về các chọn lựa cách điều trị với một nha sĩ tham gia cung cấp dịch vụ chăm sóc răng định kỳ. Điều trị phải được bắt đầu và hoàn thành trong khi vẫn được chương trình bao trả trong năm chương trình. Thành viên phải chịu trách nhiệm thanh toán chi phí của các dịch vụ nha khoa không được chương trình bao trả. **Các dịch vụ nha khoa phụ trội (ví dụ: Không được Medicare bao trả) phải được nhận từ một nha sĩ trong mạng lưới, để được chương trình chi trả phí tổn. Nếu có các câu hỏi về cách tìm một nhà cung cấp, nộp đơn yêu cầu bồi thường, danh sách chi tiết các thủ thuật được bao trả hoặc để biết thêm thông tin, vui lòng gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-275-4737 (TTY: 711) hoặc truy cập trang web của chúng tôi www.wellcare.com/healthnetCA.**	
Khám sàng lọc chứng trầm cảm Mỗi năm, chúng tôi chi trả phí tổn cho một cuộc khám nghiệm truy tầm bệnh trầm cảm. Khám sàng lọc này phải được thực hiện tại một cơ sở chăm sóc sức khỏe chính yếu có thể cung cấp việc tái khám để điều trị và/hoặc đưa giấy giới thiệu.	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay khấu trừ cho thăm khám sàng lọc trầm cảm hàng năm.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Khám sàng lọc bệnh tiểu đường Chúng tôi chi trả bảo hiểm cho cuộc khám nghiệm này (kể cả các thử nghiệm glucose khi nhịn đói), nếu quý vị có bất cứ yếu tố rủi ro gì sau đây: cao áp suất máu , trải qua các mức độ bất thường của chất béo cholesterol và triglyceride, béo phì hoặc có quá trình là cao đường trong máu. Các thử nghiệm có thể được chi trả, nếu quý vị đáp ứng các điều kiện đòi hỏi khác, như tình trạng nặng ký và quá trình của một gia đình có bệnh tiểu đường. Dựa vào kết quả của những kiểm tra này, quý vị có thể đủ điều kiện cho tối đa hai lần khám sàng lọc tiểu đường 12 tháng một lần.	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay khấu trừ cho các xét nghiệm sàng lọc bệnh tiểu đường được Medicare bao trả.
Chương trình đào tạo giúp tự quản lý bệnh tiểu đường, các dịch vụ và vật dụng y tế cho bệnh nhân tiểu đường Cho tất cả những người có bệnh tiểu đường (dùng insulin và không dùng insulin). Các dịch vụ được bao trả gồm có: • Các vật dụng cho máy theo dõi đường huyết: Máy theo dõi đường huyết, que thử đường huyết, thiết bị chích và lưỡi chích và dung dịch kiểm soát glucose để kiểm tra độ chính xác của các que thử và máy theo dõi.	Đồng thanh toán $0 cho vật dụng theo dõi bệnh tiểu đường được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.*
• Đối với những người mắc bệnh tiểu đường bị bệnh chân nghiêm trọng do tiểu đường: Một đôi giày trị liệu được đúc tùy chỉnh cho một năm theo lịch (bao gồm cả các miếng lót được cung cấp cùng với giày) và hai cặp miếng lót bổ sung, hoặc một đôi giày sâu và ba cặp miếng lót (không bao gồm các miếng lót không tùy chỉnh có thể tháo ra được cung cấp cùng với giày). Mức bảo hiểm bao gồm dịch vụ điều chỉnh vừa vặn.	Đồng bảo hiểm 20% cho giày trị liệu hoặc miếng lót cho những người bị bệnh ở chân nghiêm trọng do tiểu đường được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.*

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
• Được bao trả cho huấn luyện tự kiểm soát bệnh tiểu đường, trong một số điều kiện nhất định. Các sản phẩm OneTouch™ của Lifescan là vật dụng xét nghiệm bệnh tiểu đường ưu tiên của chúng tôi (máy theo dõi đường huyết & que thử). Để có thêm thông tin về các vật dụng trong danh sách vật dụng xét nghiệm bệnh tiểu đường ưu tiên của chúng tôi, vui lòng liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên qua số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này. Nếu quý vị dùng các vật dụng kiểm tra bệnh tiểu đường không được ưu tiên trong chương trình thì nên yêu cầu nhà cung cấp cho toa thuốc mới, hoặc để yêu cầu sự chấp thuận trước để có một máy đo đường huyết và que thử không được chương trình ưu tiên.	Đồng thanh toán $0 cho chương trình tập huấn về tự quản lý bệnh tiểu đường được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*
Thiết bị y tế lâu bền (DME) và tiếp liệu liên quan (Để hiểu định nghĩa về "thiết bị y tế lâu bền", hãy xem Chương 12 của tập sách này.) Các mục được hãng bảo hiểm bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn: xe lăn, nạng, hệ thống chăn đệm chạy điện, tiếp liệu cho bệnh tiểu đường, giường bệnh viện do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe yêu cầu chương trình cung cấp cho quý vị để sử dụng tại nhà, máy bơm thuốc vào tĩnh mạch được truyền qua nước biển IV, thiết bị phát âm, thiết bị cung cấp oxy, máy xông khí dung, và khung tập đi. Chúng tôi bao trả cho mọi DME, cần thiết về mặt y tế, được bao trả qua Original Medicare. Nếu nhà cung cấp của chúng tôi trong vùng quý vị không có bán thương hiệu hay công ty sản xuất đặc biệt nào đó, thì quý vị có thể yêu cầu họ đặt mua máy này riêng cho mình. Danh sách mới nhất của các nhà cung cấp có trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ www.wellcare.com/healthnetca.	Đồng bảo hiểm 20% cho thiết bị y tế lâu bền được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.* Đồng bảo hiểm 20% cho các vật tư y tế được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.*

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc cấp cứu Chăm sóc cấp cứu là nói tới các dịch vụ: • Được cung cấp bởi một nhà cung cấp đủ điều kiện cung cấp các dịch vụ cấp cứu, và • Cần thiết để thẩm định hoặc ổn định một bệnh lý khẩn cấp.	Đồng thanh toán $90 cho các lần thăm khám tại phòng cấp cứu được Medicare bao trả. Quý vị không cần thanh toán số tiền này nếu nhập viện trong vòng 24 giờ.
Trường hợp cấp cứu y tế là khi quý vị, hay một thường dân có trí tuệ minh mẫn nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và thuốc men, cho rằng quý vị có các triệu chứng sức khỏe cần được chú ý chăm sóc y tế ngay lập tức để ngăn ngừa tử vong, mất chân tay, hay chân tay không hoạt động được. Các triệu chứng y khoa có thể là bệnh tật, thương tích, đau nặng hoặc tình trạng bệnh lý nhanh chóng trở nên tồi tệ hơn. Chia sẻ chi phí cho các dịch vụ cấp cứu cần thiết được cung cấp ngoài mạng lưới bằng với chia sẻ chi phí cho các dịch vụ được cung cấp trong mạng lưới.	Nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu từ một bệnh viện ngoài mạng lưới và cần chăm sóc nội trú sau khi tình trạng cấp cứu của mình đã ổn định, quý vị phải quay lại một bệnh viện trong mạng lưới để tiếp tục được bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị hoặc quý vị phải được chăm sóc nội trú tại bệnh viện ngoài mạng lưới được chương trình chấp thuận và chi phí của quý vị là phần chia sẻ chi phí mà quý vị sẽ phải trả cho một bệnh viện trong mạng lưới.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Các dịch vụ cấp cứu bên ngoài Hoa Kỳ được bao trả.	Đồng thanh toán $90 cho các dịch vụ cấp cứu bên ngoài Hoa Kỳ.* Khoản chia sẻ chi phí phòng cấp cứu trên toàn cầu sẽ không được miễn nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện dưới hình thức nội trú. Quý vị được bao trả tối đa $50,000 mỗi năm cho các dịch vụ cấp cứu hoặc các dịch vụ cần thiết khẩn cấp bên ngoài Hoa Kỳ.
Các chương trình giáo dục về sức khỏe và bảo vệ sức khỏe **Đường Dây Tư Vấn Y Tá** Huấn luyện qua điện thoại và tư vấn điều dưỡng từ các bác sĩ được huấn luyện. Đường dây y tá tư vấn thường trực 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần để giải đáp các thắc mắc liên quan đến sức khỏe. Quý vị có thể gọi đến đường dây y tá tư vấn qua số điện thoại trên thẻ ID thành viên của quý vị hoặc gọi đến Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này) để được chuyển tiếp đến đường dây y tá tư vấn.	Đồng thanh toán $0 cho đường dây y tá tư vấn.*

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Phúc Lợi Tập Luyện Thể Chất: Là thành viên của câu lạc bộ sức khỏe, quý vị có thể lựa chọn tham gia phòng tập thể dục hàng tháng hoặc các lớp học của phòng tập khác nhau, video tập thể dục tại nhà và/hoặc phòng tập thể dục được bao trả với khoản đồng thanh toán $0 cho các cơ sở trong mạng lưới. Thành viên sẽ được sử dụng 32 thẻ tập mỗi tháng để được sử dụng các cơ sở tham gia mạng lưới hoặc các bộ dụng cụ tập thể dục tại nhà. Để có thêm thông tin chi tiết về phúc lợi tập luyện thể chất, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (các số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này) hoặc vào trang web của chúng tôi tại www.wellcare.com/healthnetCA.	Đồng thanh toán $0 cho phúc lợi tập luyện thể chất.*
Dịch vụ khám tai Khám chẩn bệnh và thẩm định về tai và sự thăng bằng, thực hiện bởi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, xem quý vị có cần điều trị y tế không, với phí tổn được bao trả dưới dạng chăm sóc bệnh nhân ngoại trú, khi được cung cấp bởi một bác sĩ, chuyên gia thính giác, hoặc nhà cung cấp hợp lệ khác. Chương trình bảo hiểm của chúng tôi cũng bao trả cho các dịch vụ phụ trội khám tai (ví dụ, định kỳ):	Đồng thanh toán $20 cho dịch vụ khám tai được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.* Các dịch vụ khám tai bổ sung (ví dụ: khám định kỳ):
• 1 lần khám tai định kỳ mỗi năm.	Đồng thanh toán $0 cho 1 lần khám tai định kỳ mỗi năm.* *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.*
• 1 dụng cụ trợ thính hàng năm, thẩm định và gắn vừa vặn.	Đồng thanh toán $0 cho 1 lần đánh giá và gắn dụng cụ trợ thính mỗi năm.* *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.*

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Khám sàng lọc HIV Những ai yêu cầu được thử nghiệm HIV hoặc những ai bị gia tăng rủi ro bị nhiễm virus HIV, chúng tôi chi trả bảo hiểm cho: • Một lần khám sàng lọc mỗi 12 tháng Đối với phụ nữ mang thai, chúng tôi chi trả bảo hiểm cho: • Tối đa ba lần khám tìm bệnh, khi đang mang thai	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay khấu trừ cho những thành viên hội đủ điều kiện cho khám sàng lọc phòng ngừa HIV được Medicare bao trả.
Chăm sóc bởi cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà Trước khi tiếp nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, một bác sĩ phải ký giấy chứng nhận là quý vị cần các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, và sẽ yêu cầu có dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, được cung cấp bởi một cơ quan dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà. Quý vị phải nằm nhà điều trị, có nghĩa là rời nhà là một nỗ lực lớn. Các dịch vụ được bao trả gồm có, mà không giới hạn: • Các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và người trợ giúp chăm sóc sức khỏe tại nhà bán thời gian hay không liên tục (Để được bao trả theo quyền lợi chăm sóc sức khỏe tại nhà, tổng cộng các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và người trợ giúp chăm sóc sức khỏe tại nhà phải dưới 8 tiếng mỗi ngày và 35 tiếng mỗi tuần) • Vật lý trị liệu, trị liệu chức năng hoạt động và trị liệu về ngữ âm • Các dịch vụ y tế và xã hội • Các dụng cụ y khoa và tiếp liệu y tế	Đồng thanh toán $0 cho mỗi dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu. Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Liệu pháp truyền dịch tại nhà Liệu pháp truyền dịch tại nhà bao gồm sử dụng tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm dưới da thuốc hoặc sinh phẩm cho một cá nhân tại nhà. Các dụng cụ cần thiết để thực hiện truyền dịch tại nhà bao gồm thuốc (ví dụ: thuốc kháng vi-rút, globulin miễn dịch), thiết bị (ví dụ: ống bơm) và tiếp liệu y tế (ví dụ: ống dẫn và ống thông). Các dịch vụ được bao trả gồm có, mà không giới hạn: • Các dịch vụ chuyên môn, bao gồm dịch vụ chăm sóc được trang bị phù hợp với chương trình chăm sóc • Đào tạo và giáo dục cho bệnh nhân không được bao trả dưới phúc lợi thiết bị y tế lâu bền • Giám sát từ xa • Giám sát các dịch vụ cung cấp liệu pháp truyền dịch tại nhà và thuốc tiêm truyền tại nhà do nhà cung cấp liệu pháp truyền dịch tại nhà đủ điều kiện cung cấp	Đồng thanh toán $15 cho các dịch vụ chuyên môn từ Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (PCP), bao gồm đào tạo và giáo dục về dịch vụ chăm sóc điều dưỡng, các dịch vụ theo dõi và giám sát từ xa. Đồng thanh toán $20 cho các dịch vụ chuyên môn từ bác sĩ chuyên khoa, bao gồm đào tạo và giáo dục về dịch vụ chăm sóc điều dưỡng, các dịch vụ theo dõi và giám sát từ xa. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu. Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.* Thiết bị và vật tư truyền dịch tại nhà được bao trả theo phúc lợi Thiết Bị Y Tế Lâu Bền (DME). Vui lòng tham khảo phần "Thiết Bị Y Tế Lâu Bền (DME) và các vật tư liên quan" để biết thông tin về khoản chia sẻ chi phí. Một số thuốc tiêm truyền tại nhà được bao trả theo phúc lợi Thuốc Theo Toa Medicare Part B của quý vị. Vui lòng tham khảo phần "Thuốc Theo Toa Medicare Part B" để biết thông tin về khoản chia sẻ chi phí.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc cuối đời Quý vị có thể nhận sự chăm sóc y tế từ một chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận. Quý vị đủ điều kiện nhận phúc lợi chăm sóc cuối đời khi bác sĩ của quý vị và giám đốc y khoa phụ trách dịch vụ chăm sóc cuối đời đưa ra cho quý vị dự đoán cuối cùng xác nhận rằng quý vị đang bị bệnh giai đoạn cuối và chỉ sống thêm được từ 6 tháng trở lại nếu bệnh lý phát triển bình thường. Bác sĩ chăm sóc cuối đời cho quý vị có thể là một nhà cung cấp trong hay ngoài mạng lưới.	Khi quý vị ghi danh vào một chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận, thì các dịch vụ chăm sóc cuối đời và dịch vụ Part A và Part B liên quan đến tiên lượng cuối cùng dành cho quý vị, được Original Medicare chi trả, không phải chương trình của chúng tôi.
Các dịch vụ được bao trả gồm có: • Thuốc kiểm soát triệu chứng bệnh và giảm đau • Chăm sóc nghỉ ngơi ngắn-hạn • Chăm sóc tại nhà	Chia sẻ chi phí cho dịch vụ của bác sĩ có thể áp dụng cho các dịch vụ tư vấn chăm sóc cuối đời. Vui lòng xem phần “Dịch Vụ Của Bác Sĩ/Chuyên Viên” của bảng này để biết thông tin về chia sẻ chi phí.
<u>Với các dịch vụ chăm sóc lúc cuối đời và dịch vụ được bao trả bởi Medicare Part A và B và liên quan đến tình trạng giai đoạn cuối đời của quý vị</u>: Original Medicare (thay vì chương trình của chúng tôi) sẽ chi trả cho các dịch vụ chăm sóc cuối đời và mọi dịch vụ Part A và Part B liên quan đến tiên lượng cuối cùng của quý vị. Trong lúc quý vị ở chương trình chăm sóc cuối đời, thì y viện hay y sĩ của chương trình chăm sóc cuối đời sẽ tính tiền cho Original Medicare, về các dịch vụ được Original Medicare trả tiền.	

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc cuối đời (Hospice) (tiếp tục) Với các dịch vụ chăm sóc lúc cuối đời và dịch vụ được bao trả bởi Medicare Part A và B không liên quan đến tiên lượng cuối cùng của quý vị: Nếu quý vị cần các dịch vụ không cấp cứu, không khẩn cấp được Medicare Part A hoặc B bao trả mà không liên quan đến tình trạng giai đoạn cuối đời của quý vị, chi phí quý vị phải trả cho những dịch vụ này phụ thuộc vào việc quý vị có sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình hay không: • Nếu quý vị nhận dịch vụ được bao trả từ nhà cung cấp trong mạng lưới, thì quý vị chỉ phải trả số tiền chia sẻ chi phí trong chương trình cho dịch vụ trong mạng lưới • Nếu quý vị nhận dịch vụ được bao trả từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, thì quý vị trả khoản chia sẻ chi phí theo chương trình Trả Phí Cho Dịch Vụ Của Medicare (Original Medicare) Đối với các dịch vụ được bao trả theo chương trình của chúng tôi nhưng không được Medicare Part A hoặc B bao trả: Chương trình của chúng tôi sẽ tiếp tục bao trả cho các dịch vụ được chương trình bao trả nhưng không được bao trả theo Part A hoặc B cho dù có liên quan tới tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị hay không. Quý vị trả khoản chia sẻ chi phí của chương trình cho các dịch vụ này. Đối với các thuốc có thể được bao trả bởi phúc lợi Part D của chương trình: Dịch vụ chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi không đồng thời bao trả các loại thuốc. Để có thêm thông tin, xem Chương 5, Phần 9.4 *(Nếu quý vị ở trong chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận thì sao).*	

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc cuối đời (Hospice) (tiếp tục) **Lưu ý:** Nếu quý vị cần sự chăm sóc không liên quan đến dịch vụ chăm sóc cuối đời (chăm sóc không liên quan tới tình trạng bệnh giai đoạn cuối của quý vị) thì quý vị nên liên lạc với chúng tôi để sắp xếp các dịch vụ. Chương trình của chúng tôi bao trả dịch vụ cố vấn về chăm sóc cuối đời (chỉ một lần) cho một người mắc bệnh giai đoạn cuối không chọn phúc lợi chăm sóc cuối đời.	
Chủng ngừa Medicare Part B chi trả cho các dịch vụ bao gồm: • Chích ngừa sưng phổi • Chủng ngừa bệnh cúm, một lần mỗi mùa cúm vào mùa thu và mùa đông, cùng chủng ngừa bệnh cúm bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế • Chích ngừa viêm gan Hepatitis B nếu quý vị có rủi ro cao hay trung bình, có thể mắc bệnh viêm gan B • Vắc-xin COVID-19 • Các loại vắc-xin khác nếu quý vị có rủi ro và đáp ứng các quy định của Medicare Part B về mức bảo hiểm Chúng tôi cũng chi trả cho một số loại vắc-xin theo Part D của chúng tôi, cung ứng quyền lợi bảo hiểm cho thuốc theo toa.	Khi chích ngừa bệnh viêm phổi, bệnh cảm cúm và bệnh viêm gan B và COVID-19 được Medicare bao trả, quý vị không phải trả khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ nào. Đối với các loại vắc-xin được Medicare bao trả khác (nếu quý vị đang có nguy cơ và vắc-xin đáp ứng các quy định bảo hiểm Medicare Part B), vui lòng tham khảo mục thuốc theo toa Medicare Part B của bảng này để biết mức chia sẻ chi phí đang áp dụng. *Một số thuốc Part B cần sự chấp thuận trước mới được bao trả.*

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc khi nằm bệnh viện Gồm các dịch vụ cấp tính nằm bệnh viện, nội trú tại bệnh viện để phục hồi sức khỏe, chăm sóc lâu dài tại bệnh viện và các loại dịch vụ điều trị nội trú tại bệnh viện. Chăm sóc nội trú tại bệnh viện bắt đầu từ ngày quý vị được chính thức nhận vào nằm bệnh viện, theo chỉ định của bác sĩ. Ngày trước khi quý vị xuất viện là ngày cuối nằm viện. Quý vị được bao trả 90 ngày nằm viện nội trú được Medicare bao trả.	Đối với nằm viện được Medicare bao trả, mỗi lần nằm viện: Đồng thanh toán $275 mỗi ngày cho các ngày từ 1 đến 4 và đồng thanh toán $0 mỗi ngày cho các ngày từ 5 đến 90 cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần được Medicare bao trả. Đồng thanh toán $0 cho những ngày được bao trả bổ sung.* Nếu bảo hiểm chấp thuận cho quý vị được chăm sóc nội trú tại một bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi tình trạng cấp cứu quý vị được ổn định, thì phí tổn của quý vị là chia sẻ chi phí mà quý vị sẽ trả, tại một bệnh viện trong mạng lưới.
Các dịch vụ được bao trả gồm có, mà không giới hạn: • Phòng nằm chung (hoặc một phòng riêng, nếu cần thiết về mặt y tế) • Các bữa ăn theo quy định ăn uống đặc biệt • Thường xuyên các dịch vụ y tá điều dưỡng • Phí tổn cho các đơn vị chăm sóc đặc biệt (như các phòng chăm sóc tích cực, hoặc chăm sóc tim mạch) • Thuốc men và dược phẩm	*Original Medicare bao trả cho 90 ngày chăm sóc khi nằm viện điều trị bệnh cấp tính. Chương trình của chúng tôi không giới hạn số ngày bổ sung được bao trả khi cần thiết về mặt y tế. Chia sẻ chi phí, nếu có, trong những ngày này không áp dụng cho mức tự trả tối đa của quý vị.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc khi nằm bệnh viện (tiếp tục) • Các xét nghiệm của phòng thí nghiệm • Chụp quang tuyến và các dịch vụ khác về quang tuyến • Các tiếp liệu y tế cần thiết cho y tế và giải phẫu • Sử dụng các đồ dùng trong nhà, như xe lăn • Phí tổn cho phòng mổ và phòng hồi sinh • Các trị liệu để tăng thể lực, để tự chăm sóc, để luyện ngữ âm và ngôn ngữ • Các dịch vụ về lạm dụng dược chất, cho bệnh nhân nội trú • Trong các điều kiện nhất định, các loại cấy ghép sau đây được bao trả: giác mạc, thận, thận/tụy, tim, gan, phổi, tim/phổi, tủy xương, tế bào thân và đường ruột/đa tạng. Nếu quý vị cần một cuộc cấy ghép bộ phận cơ thể, chúng tôi sẽ sắp xếp để cứu xét trường hợp của quý vị, bởi một trung tâm cấy ghép được Medicare chấp thuận, sẽ quyết định xem quý vị có là bệnh nhân thích hợp cho một cuộc cấy ghép hay không. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cung cấp dịch vụ cấy ghép có thể ở địa phương hay ngoài khu vực dịch vụ. Nếu cơ sở cấy ghép trong mạng lưới của chúng tôi nằm ngoài khu vực mô hình chăm sóc cộng đồng, quý vị có thể chọn sử dụng dịch vụ cấy ghép bộ phận trong khu vực miễn là các nhà cung cấp dịch vụ ghép bộ phận cơ thể tại địa phương chịu nhận mức giá của chương trình Original Medicare. Nếu bảo hiểm của chúng tôi cung cấp các dịch vụ cấy ghép ở một địa điểm nằm ngoài khu vực mô hình chăm sóc cấy ghép tại cộng đồng của quý vị và quý vị chọn cấy ghép tại địa điểm xa xôi này thì chúng tôi sẽ sắp xếp, hoặc bao trả chỗ ở trọ và phương tiện chuyên chở thích hợp cho quý vị và một người đồng hành.	*Có thể yêu cầu giấy giới thiệu. Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.*

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc khi nằm bệnh viện (tiếp tục) • Trong các điều kiện nhất định, các loại cấy ghép sau đây được bao trả: giác mạc, thận, thận/tụy, tim, gan, phổi, tim/phổi, tủy xương, tế bào thân và đường ruột/đa tạng. Nếu quý vị cần một cuộc cấy ghép bộ phận cơ thể, chúng tôi sẽ sắp xếp để cứu xét trường hợp của quý vị, bởi một trung tâm cấy ghép được Medicare chấp thuận, sẽ quyết định xem quý vị có là bệnh nhân thích hợp cho một cuộc cấy ghép hay không. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cung cấp dịch vụ cấy ghép có thể ở địa phương hay ngoài khu vực dịch vụ. Nếu cơ sở cấy ghép trong mạng lưới của chúng tôi nằm ngoài khu vực mô hình chăm sóc cộng đồng, quý vị có thể chọn sử dụng dịch vụ cấy ghép bộ phận trong khu vực miễn là các nhà cung cấp dịch vụ ghép bộ phận cơ thể tại địa phương chịu nhận mức giá của chương trình Original Medicare. Nếu bảo hiểm của chúng tôi cung cấp các dịch vụ cấy ghép ở một địa điểm nằm ngoài khu vực mô hình chăm sóc cấy ghép tại cộng đồng của quý vị và quý vị chọn cấy ghép tại địa điểm xa xôi này thì chúng tôi sẽ sắp xếp, hoặc bao trả chỗ ở trọ và phương tiện chuyên chở thích hợp cho quý vị và một người đồng hành. • Máu - bao gồm máu dự trữ và truyền máu. Bao trả cho máu toàn phần và tế bào hồng cầu được đóng gói sẽ bắt đầu với panh máu đầu tiên mà quý vị cần. Mọi thành phần khác của máu được chi trả, khởi sự với đơn vị pint đầu tiên sử dụng. • Dịch vụ của bác sĩ	Không áp dụng các giai đoạn phúc lợi tại bệnh viện của Medicare. Đối với dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện dưới hình thức nội trú, áp dụng khoản chia sẻ chi phí được mô tả ở trên cho mỗi lần quý vị nhập viện. Việc chuyển đến một cơ sở khác (như Bệnh Viện Phục Hồi Bệnh Nhân Ngoại Trú Cấp Tính hoặc sang một Bệnh Viện Chăm Sóc Cấp Tính khác) được coi là một lần nhập viện mới. Chia sẻ chi phí được áp dụng từ ngày nhập viện đầu tiên và không bao gồm ngày ra viện.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc khi nằm bệnh viện (tiếp tục) **Lưu ý:** Để trở thành bệnh nhân nội trú, nhà cung cấp dịch vụ của quý vị phải viết giấy giới thiệu chấp nhận quý vị chính thức là bệnh nhân nội trú của bệnh viện. Ngay cả khi quý vị nằm viện qua đêm, quý vị có thể vẫn được coi là "bệnh nhân ngoại trú". Nếu quý vị không chắc mình có phải là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú, quý vị nên hỏi nhân viên bệnh viện. Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin về Medicare tên là "Quý Vị Là Bệnh Nhân Nội Trú hay Ngoại Trú Tại Bệnh Viện? Nếu Quý vị Có Medicare – Hãy Hỏi!" Tờ thông tin này có trên trang Web tại địa chỉ www.medicare.gov/ Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf hoặc bằng cách gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi những số này miễn phí 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần.	
Chăm sóc y tế về tâm thần cho bệnh nhân nội trú Các dịch vụ được bao trả phí tổn bao gồm chăm sóc sức khỏe tâm thần, đòi hỏi phải nằm bệnh viện. Quý vị được bao trả 90 ngày nằm viện mỗi lần nằm viện nội trú được Medicare bao trả. Chương trình bao trả trong giới hạn 190 ngày trọn đời cho các dịch vụ chăm sóc bệnh nhân tâm thần nội trú tại bệnh viện tâm thần. Giới hạn 190 ngày này không áp dụng cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần được cung cấp bởi một đơn vị tâm thần của một bệnh viện đa khoa. Nếu quý vị đã sử dụng một phần của phúc lợi trọn đời Medicare 190 ngày trước khi ghi danh vào chương trình của chúng tôi thì quý vị chỉ được nhận sự chênh lệch giữa số ngày trọn đời đã sử dụng trong phúc lợi của Chương Trình.	Đối với nằm viện được Medicare bao trả, mỗi lần nằm viện: Đồng thanh toán $900 cho mỗi lần nằm viện chăm sóc sức khỏe tâm thần được Medicare bao trả. Ngày dự trữ trọn đời $0 đồng thanh toán mỗi ngày. Ngày Dự Trữ Trọn Đời, là những ngày dự trữ suốt đời, là những ngày phụ trội mà chương trình sẽ chi trả khi các thành viên nằm bệnh viện nhiều hơn số ngày được bảo hiểm bởi chương trình.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
	Các thành viên có tổng cộng 60 ngày dự trữ có thể xài được cho suốt đời họ. Nếu bảo hiểm chấp thuận cho quý vị được chăm sóc nội trú tại một bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi tình trạng cấp cứu quý vị được ổn định, thì phí tổn của quý vị là chia sẻ chi phí mà quý vị sẽ trả, tại một bệnh viện trong mạng lưới. *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.* Không áp dụng các giai đoạn phúc lợi tại bệnh viện của Medicare. Đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần dưới hình thức nội trú, áp dụng khoản chia sẻ chi phí được mô tả ở trên cho mỗi lần quý vị nhập viện. Việc chuyển đến một cơ sở khác (như Bệnh Viện Phục Hồi Bệnh Nhân Ngoại Trú Cấp Tính hoặc sang một Bệnh Viện Chăm Sóc Cấp Tính khác) được coi là một lần nhập viện mới. Chia sẻ chi phí được áp dụng từ ngày nhập viện đầu tiên và không bao gồm ngày ra viện.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Nằm viện nội trú: Các dịch vụ được bao trả nhận được tại bệnh viện hoặc Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Môn (SNF) trong quá trình điều trị nội trú không được bao trả Nếu quý vị đã hết quyền lợi bảo hiểm y tế khi nằm bệnh viện, hoặc nếu nằm bệnh viện không hợp lý và cần thiết, thì chúng tôi sẽ không chi trả phí tổn cho quý vị nằm bệnh viện. Tuy nhiên, trong vài trường hợp, chúng tôi sẽ chi trả cho một số dịch vụ quý vị tiếp nhận trong lúc quý vị nằm bệnh viện, hoặc ở cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF). Các dịch vụ được bao trả gồm có, mà không giới hạn: • Dịch vụ của bác sĩ • Các cuộc thử nghiệm chẩn bệnh (như thử nghiệm của phòng thí nghiệm) • Trị liệu bằng X-quang, xạ trị bằng radium và chất đồng vị gồm các vật liệu và dịch vụ của kỹ thuật viên • Các băng bó khi giải phẫu • Các nẹp, băng bột và các thiết bị khác được sử dụng để giảm thiểu gãy xương và trật khớp • Bộ phận cơ thể giả và các dụng cụ chỉnh hình (khác nha khoa) thay thế toàn phần hay một phần bộ phận cơ thể (kể cả mô tiếp giáp), toàn phần hay một phần chức năng một bộ phận cơ thể bị vĩnh viễn bất khiển dụng hay không hoạt động được, kể cả thay thế hoặc sửa chữa các dụng cụ như vậy • Chân, cánh tay, lưng, cổ và vòng đeo cổ; băng giữ và chân, cánh tay, và mắt giả kể cả yêu cầu điều chỉnh, sửa chữa và thay thế vì tình trạng gãy, mòn, mất hoặc thay đổi do thể lực của bệnh nhân • Vật lý trị liệu, trị liệu chức năng hoạt động và trị liệu về âm ngữ	Các dịch vụ được liệt kê sẽ tiếp tục được bao trả với khoản chia sẻ chi phí được trình bày trong bảng phúc lợi cho dịch vụ cụ thể. Đối với các tiếp liệu y tế được Medicare bao trả, bao gồm nẹp xương và bó bột, quý vị trả khoản chia sẻ chi phí áp dụng tại nơi dịch vụ được cung cấp.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Liệu pháp dinh dưỡng y tế Phúc lợi này dành cho những ai mắc bệnh tiểu đường, bệnh thận (nhưng không lọc máu), hoặc sau khi ghép thận khi có giấy giới thiệu của bác sĩ. Chúng tôi chi trả 3 tiếng cho dịch vụ cố vấn tiếp xúc từng người, trong năm đầu tiên, khi quý vị nhận được trị liệu về y khoa dinh dưỡng qua Medicare (bao gồm chương trình chúng tôi, bất cứ chương trình Medicare Advantage nào, hoặc Original Medicare), và 2 tiếng đồng hồ mỗi năm sau đó. Nếu bệnh lý, điều trị hay chẩn đoán dành cho quý vị thay đổi, thì quý vị có thể nhận thêm giờ điều trị với yêu cầu của bác sĩ. Một vị bác sĩ phải cho toa yêu cầu có các dịch vụ này, và gia hạn giấy yêu cầu này hàng năm, nếu quý vị cần được chữa trị qua năm tới.	Không có tiền đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay là tiền khấu trừ cho những ai có bảo hiểm mà hợp lệ hưởng các dịch vụ trị liệu về y khoa dinh dưỡng được Medicare bao trả.
Chương Trình Dự Phòng Bệnh Tiểu Đường Của Medicare (MDPP) Những người thụ hưởng Medicare đủ điều kiện sẽ được dịch vụ MDPP bao trả theo các chương trình sức khỏe Medicare. MDPP là sự can thiệp thay đổi sức khỏe hành vi có cấu trúc, hỗ trợ việc đào tạo thực tế về thay đổi chế độ ăn uống, tăng hoạt động thể lực và các chiến lược giải quyết vấn đề dài hạn để vượt qua những khó khăn để duy trì giảm cân và lối sống lành mạnh.	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay khấu trừ đối với phúc lợi MDPP.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Thuốc theo toa thuộc Medicare Part B Các loại thuốc này được chi trả qua Part B của bảo hiểm Original Medicare. Các thành viên nhận bảo hiểm cho các thuốc này, qua chương trình của chúng tôi. Thuốc được bao trả gồm có: • Các loại thuốc thông thường không được bệnh nhân tự dùng và được tiêm hay truyền trong lúc quý vị nhận các dịch vụ bác sĩ, điều trị ngoại trú tại bệnh viện hoặc dịch vụ tại trung tâm giải phẫu cấp cứu • Thuốc quý vị dùng bằng thiết bị y tế lâu bền (như ống phun), được chấp thuận bởi chương trình • Các chất làm đông máu mà quý vị tự tiêm, nếu bị chứng máu không đông • Thuốc ức chế miễn dịch, nếu quý vị đã ghi danh vào Medicare Part A tại thời điểm cấy ghép nội tạng • Thuốc chích ngừa loãng xương nếu quý vị nằm nhà điều trị, bị nứt xương, mà bác sĩ chứng nhận rằng có liên quan tới chứng loãng xương hậu mãn kinh, và không thể tự dùng thuốc • Kháng nguyên • Một số loại thuốc uống chống ung thư và nôn mửa nhất định • Một số loại thuốc dùng để thẩm tách tại nhà, bao gồm heparin, thuốc giải độc heparin khi cần thiết về mặt y tế, thuốc gây mê cục bộ và các chất kích thích tạo hồng cầu (như Procrit®) • Globulin miễn dịch tiêm tĩnh mạch để điều trị tại nhà, các bệnh làm suy giảm hệ miễn dịch	Một số thuốc có thể phải tuân theo phương pháp trị liệu từng bước. Đồng bảo hiểm 20% cho các thuốc Part B khác được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.* Đồng bảo hiểm 20% cho các thuốc hóa trị liệu Part B được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.*

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Liên kết sau sẽ đưa quý vị đến danh sách thuốc Part B có thể phải tuân theo Trị Liệu Từng Bước: https://wellcare.healthnetcalifornia.com/steptherapyb Chúng tôi cũng chi trả cho một số vắc-xin theo Part B và Part D của chúng tôi, cung ứng quyền lợi bảo hiểm cho thuốc theo toa. Chương 5 giải thích phúc lợi bảo hiểm Part D cho thuốc theo toa, kể cả các quy định mà quý vị phải tuân theo, để hãng bảo hiểm chi trả phí tổn các toa thuốc. Chương 6 giải thích số tiền quý vị trả cho bảo hiểm thuốc theo toa Part D của quý vị, qua chương trình của chúng tôi.	
Phúc lợi tư vấn dinh dưỡng/ăn kiêng Chúng tôi bao trả cho các buổi tư vấn thông qua chuyên gia dinh dưỡng hoặc ăn kiêng có đăng ký theo yêu cầu của bác sĩ của quý vị để xử lý những thay đổi về hành vi có thể cải thiện tình trạng sức khỏe của quý vị. Tư vấn dinh dưỡng là quá trình hỗ trợ để đặt ra các ưu tiên, thiết lập mục tiêu và tạo kế hoạch hành động được cá nhân hóa giúp nhận thức và nuôi dưỡng tinh thần tự chăm sóc bản thân.	Đồng thanh toán $0 cho mỗi buổi tư vấn dinh dưỡng/ăn kiêng cá nhân.*
Khám sàng lọc và trị liệu bệnh béo phì để khuyến khích giảm cân lâu bền Nếu quý vị chỉ số khối lượng cơ thể từ 30 trở lên, thì chúng tôi chi trả phí tổn cố vấn để giúp quý vị sụt cân. Cuộc cố vấn này được chi trả, nếu quý vị được cung cấp dịch vụ này trong một khung cảnh chăm sóc sức khỏe chính, nơi có thể được phối hợp với chương trình ngừa bệnh toàn diện. Hãy nói chuyện với bác sĩ hoặc y sĩ gia đình của quý vị, để tìm hiểu thêm.	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ đối với khám sàng lọc phòng ngừa và trị liệu bệnh béo phì.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ chương trình điều trị sử dụng opioid Các thành viên của chương trình bị rối loạn do sử dụng opioid (OUD) có thể được bao trả cho các dịch vụ điều trị OUD thông qua một Chương Trình Điều Trị Opioid (OTP) bao gồm các dịch vụ sau: • Các thuốc dùng trong điều trị hỗ trợ bằng thuốc (MAT) là chất chủ vận và tác nhân đối kháng opioid được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (FDA) Hoa Kỳ phê duyệt. • Cấp phát và quản lý thuốc MAT (nếu có) • Tư vấn sử dụng dược chất • Liệu pháp cá nhân hoặc theo nhóm • Kiểm tra độc tính • Các hoạt động dùng thuốc • Các đánh giá định kỳ	Đồng thanh toán $20 cho dịch vụ điều trị opioid được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.*
Thử nghiệm chẩn bệnh cho bệnh nhân ngoại trú, các dịch vụ trị liệu và tiếp liệu y tế Các dịch vụ được bao trả gồm có, mà không giới hạn:	
• Chụp hình quang tuyến	Đồng thanh toán $0 cho các lần chụp X-quang được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu. Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.*
• Trị liệu bằng tia phóng xạ (radium và isotope) bao gồm các vật dụng và vật liệu của chuyên viên	Đồng bảo hiểm 20% cho các dịch vụ quang tuyến trị liệu được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu. Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
• Các vật liệu y tế để giải phẫu, như vải băng bó • Các nẹp, băng bột và các thiết bị khác được sử dụng để giảm thiểu gãy xương và trật khớp	Đồng bảo hiểm 20% cho các tiếp liệu y tế được Medicare bao trả bao gồm khuôn đúc và thanh nẹp. *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
• Các xét nghiệm phòng thí nghiệm	Đồng thanh toán $0 cho các dịch vụ xét nghiệm được Medicare bao trả (ví dụ xét nghiệm phân tích nước tiểu). *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.*
• Máu - bao gồm máu dự trữ và truyền máu. Bao trả cho máu toàn phần và tế bào hồng cầu được đóng gói sẽ bắt đầu với panh máu đầu tiên mà quý vị cần. Mọi thành phần khác của máu được chi trả, khởi sự với đơn vị pint đầu tiên sử dụng.	Đồng thanh toán $0 cho các dịch vụ xét nghiệm máu được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu. Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.*
• Các xét nghiệm chẩn đoán khác dành cho bệnh nhân ngoại trú - Các dịch vụ chẩn đoán không chụp X quang (ví dụ: xét nghiệm dị ứng hoặc EKG)	Đồng thanh toán $0 cho các thủ thuật chẩn đoán và xét nghiệm (ví dụ: xét nghiệm dị ứng hoặc EKG) được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.*
• Các xét nghiệm chẩn đoán khác dành cho bệnh nhân ngoại trú (bao gồm cả các xét nghiệm phức tạp như CT, MRI, MRA, SPECT) - Các dịch vụ chẩn đoán chụp X quang, không bao gồm X quang phim phẳng	Đồng thanh toán $275 cho các dịch vụ chẩn đoán chụp X quang được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu. Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.*

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
• Chụp DEXA	Đồng thanh toán $0 cho Chụp DEXA. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.* *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.* Nếu quý vị nhận nhiều dịch vụ từ cùng một danh mục dịch vụ trong một ngày tại cùng một cơ sở, quý vị sẽ phải thanh toán số tiền đồng thanh toán tối đa cho danh mục dịch vụ tại địa điểm đó. Tuy nhiên, nếu phúc lợi cho một dịch vụ là đồng thanh toán và phúc lợi cho một dịch vụ khác là đồng bảo hiểm, quý vị có thể được yêu cầu phải trả cả khoản đồng thanh toán và đồng bảo hiểm.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Theo dõi ngoại trú của bệnh viện Dịch vụ theo dõi là các dịch vụ ngoại trú của bệnh viện được đưa ra để xác định xem quý vị có cần nhập viện như một bệnh nhân nội trú hay có thể được xuất viện. Để được bao trả, các dịch vụ theo dõi ngoại trú của bệnh viện phải đáp ứng các tiêu chí của Medicare và được coi là hợp lý và cần thiết. Dịch vụ theo dõi chỉ được bao trả khi có yêu cầu của bác sĩ hoặc một cá nhân khác được ủy quyền bởi luật cấp phép của tiểu bang và nhân viên của bệnh viện theo luật để cho bệnh nhân nhập viện hoặc yêu cầu làm xét nghiệm cho bệnh nhân ngoại trú. **Lưu ý:** Quý vị là bệnh nhân ngoại trú và phải trả số tiền chia sẻ chi phí cho dịch vụ bệnh viện ngoại trú trừ trường hợp nhà cung cấp viết chỉ định cho quý vị nhập viện như một bệnh nhân nội trú. Ngay cả khi quý vị nằm viện qua đêm, quý vị có thể vẫn được coi là "bệnh nhân ngoại trú". Nếu quý vị không chắc mình có phải là bệnh nhân ngoại trú hay không, quý vị nên hỏi nhân viên bệnh viện Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin về Medicare tên là "Quý Vị Là Bệnh Nhân Nội Trú hay Ngoại Trú Tại Bệnh Viện? Nếu Quý Vị Có Medicare – Hãy Hỏi!" Trang thông tin này có trên trang web tại www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf hoặc gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi những số này miễn phí 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần.	Đồng thanh toán $90 cho các dịch vụ theo dõi ngoại trú khi quý vị ở trong tình trạng phải được theo dõi qua phòng cấp cứu. Đồng thanh toán $275 cho các dịch vụ theo dõi ngoại trú khi quý vị ở trong tình trạng phải được theo dõi thông qua cơ sở ngoại trú. Áp dụng chi phí phát sinh cho thuốc theo toa Medicare Part B *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.*
Dịch vụ bệnh viện cho bệnh nhân ngoại trú Chúng tôi chi trả phí tổn cho các dịch vụ cần thiết về mặt y tế, quý vị lấy trong khu bệnh nhân ngoại trú tại bệnh viện, để chẩn bệnh hoặc chữa trị cho một căn bệnh hoặc thương tích.	Quý vị thanh toán khoản tiền chia sẻ chi phí được trình bày trong Bảng Phúc Lợi Y Tế cho một dịch vụ cụ thể.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Các dịch vụ được bao trả gồm có, mà không giới hạn: • Các dịch vụ trong khu cấp cứu, hoặc tại một bệnh xá cho bệnh nhân ngoại trú, như các dịch vụ quan sát, hoặc giải phẫu bệnh nhân ngoại trú • Các thử nghiệm của phòng thí nghiệm và thử nghiệm chẩn bệnh, được bệnh viện gởi hóa đơn tính tiền • Chăm sóc sức khỏe tâm thần, kể cả chăm sóc trong một chương trình nằm bệnh viện bán phần, nếu một bác sĩ chứng nhận rằng nằm bệnh viện điều trị là bắt buộc, dù không chăm sóc sức khỏe tâm thần • Chụp quang tuyến và các dịch vụ khác về quang tuyến được tính tiền bởi bệnh viện • Các tiếp liệu y tế như kẹp và bột băng bó • Một số thuốc và dược phẩm sinh học quý vị không tự sử dụng được **Lưu ý:** Quý vị là bệnh nhân ngoại trú và phải trả số tiền chia sẻ chi phí cho dịch vụ bệnh viện ngoại trú trừ trường hợp nhà cung cấp viết chỉ định cho quý vị nhập viện như một bệnh nhân nội trú. Ngay cả khi quý vị nằm viện qua đêm, quý vị có thể vẫn được coi là "bệnh nhân ngoại trú". Nếu quý vị không chắc mình có phải là bệnh nhân ngoại trú hay không, quý vị nên hỏi nhân viên bệnh viện Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin về Medicare tên là "Quý Vị Là Bệnh Nhân Nội Trú hay Ngoại Trú Tại Bệnh Viện? Nếu Quý Vị Có Medicare – Hãy Hỏi!" Trang thông tin này có trên trang web tại www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf hoặc gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi những số miễn phí này 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần.	Đối với các tiếp liệu y tế được Medicare bao trả, bao gồm nẹp xương và bó bột, quý vị trả khoản chia sẻ chi phí áp dụng tại nơi dịch vụ được cung cấp.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc sức khỏe tâm thần cho bệnh nhân ngoại trú Các dịch vụ được bao trả gồm có: Các dịch vụ sức khỏe tâm thần được cung cấp bởi các chuyên gia có giấy phép hành nghề, như bác sĩ tâm thần hay bác sĩ y khoa, nhà tâm lý học của bệnh xá, nhân viên xã hội của bệnh xá, y tá cao cấp, phụ tá bác sĩ, hoặc chuyên gia khác về y tế tâm thần, hợp lệ với Medicare theo luật lệ hiện hành của tiểu bang.	
• Các dịch vụ được bác sĩ tâm thần cung cấp	Đồng thanh toán $25 cho mỗi lần thăm khám trị liệu cá nhân với một bác sĩ tâm thần được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.* Đồng thanh toán $25 cho mỗi lần thăm khám trị liệu nhóm với một bác sĩ tâm thần được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.*
• Các dịch vụ được cung cấp bởi các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần khác	Đồng thanh toán $25 cho mỗi lần thăm khám trị liệu cá nhân với một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần khác được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.*

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
	Đồng thanh toán $25 cho mỗi lần thăm khám trị liệu nhóm với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần khác được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.*
Ngoài các phúc lợi sức khỏe tâm thần ngoại trú được Medicare bao trả, chúng tôi bao trả tư vấn cho các chủ đề chung như hôn nhân, gia đình và nỗi đau buồn. Quý vị có thể gặp một chuyên gia chăm sóc sức khỏe tâm thần đủ tiêu chuẩn của Medicare hoặc tiếp cận các dịch vụ truyền thống này qua điện thoại và trực tuyến bằng cách sử dụng Teladoc™, nhà cung cấp dịch vụ y tế từ xa của chúng tôi. Các lần thăm khám sức khỏe hành vi có thể được lên lịch 7 ngày một tuần từ 7 giờ sáng đến 9 giờ tối giờ địa phương. Hãy gọi cho Teladoc™ theo số 1-800-835-2362 TTY:711	Đồng thanh toán $0 cho mỗi lần thăm khám tư vấn với nhà cung cấp Teladoc™.*
Dịch vụ phục hồi sức lực cho bệnh nhân ngoại trú Các dịch vụ được bao trả bao gồm: vật lý trị liệu, trị liệu chức năng hoạt động và liệu pháp ngôn ngữ. Các dịch vụ phục hồi sức lực cho bệnh nhân ngoại trú, được cung cấp trong các khung cảnh khác nhau ngoài bệnh viện, như các cơ sở ngoại trú của bệnh viện, các văn phòng độc lập của chuyên gia trị liệu và các Cơ Sở Phục Hồi Ngoại Trú Toàn Diện (CORF).	

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
• Các dịch vụ được cung cấp bởi một nhà vật lý trị liệu	Đồng thanh toán $0 cho mỗi lần thăm khám nhà vật lý trị liệu được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu. Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
• Các dịch vụ được cung cấp bởi một nhà trị liệu cơ năng	Đồng thanh toán $0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu chức năng được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu. Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
• Các dịch vụ được cung cấp bởi một nhà trị liệu âm ngữ và ngôn ngữ	Đồng thanh toán $0 cho mỗi lần thăm khám vật lý trị liệu âm ngữ và ngôn ngữ được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu. Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
Các dịch vụ lạm dụng dược chất, cho bệnh nhân ngoại trú Các dịch vụ được bao trả gồm có: Các dịch vụ điều trị chứng rối loạn do sử dụng chất kích thích như các buổi trị liệu nhóm và cá nhân do bác sĩ, nhà tâm lý học lâm sàng, nhân viên xã hội lâm sàng, chuyên viên điều dưỡng, trợ lý bác sĩ, hoặc chương trình hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe tâm thần khác đủ tiêu chuẩn đủ tiêu chuẩn của Medicare được cho phép hành nghề theo luật áp dụng của tiểu bang.	Đồng thanh toán $25 cho mỗi lần thăm khám trị liệu cá nhân được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.* Đồng thanh toán $25 cho mỗi lần thăm khám trị liệu theo nhóm được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Giải phẫu cho bệnh nhân ngoại trú, bao gồm các dịch vụ cung cấp tại các cơ sở bệnh nhân ngoại trú trực thuộc bệnh viện và các trung tâm giải phẫu cấp cứu **Lưu ý:** Nếu quý vị phẫu thuật trong một cơ sở bệnh viện, quý vị nên trao đổi với nhà cung cấp của mình để xem quý vị sẽ là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú. Quý vị là bệnh nhân ngoại trú và phải trả số tiền chia sẻ chi phí cho ca phẫu thuật ngoại trú trừ trường hợp nhà cung cấp viết chỉ định cho quý vị nhập viện như một bệnh nhân nội trú. Kể cả nếu quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị có thể được coi là "bệnh nhân ngoại trú."	
• Các dịch vụ được cung cấp tại một bệnh viện ngoại trú	Đồng thanh toán $275 cho mỗi lần khám bác sĩ giải phẫu tại một cơ sở bệnh viện cho bệnh nhân ngoại trú được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu. Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
• Các dịch vụ được cung cấp tại một trung tâm giải phẫu cấp cứu	Đồng thanh toán $125 cho mỗi lần thăm khám ở một trung tâm giải phẫu cấp cứu được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu. Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Các dịch vụ nằm bệnh viện một phần "Nằm viện một phần" là một chương trình được thiết kế để điều trị tâm thần tích cực được cung cấp trong môi trường ngoại trú tại bệnh viện hoặc tại trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng, có tính tích cực hơn chăm sóc được cung cấp tại văn phòng của bác sĩ hoặc chuyên gia trị liệu và là biện pháp thay thế cho nằm viện nội trú.	Đồng thanh toán $55 cho nằm viện được Medicare bao trả một phần mỗi ngày nằm viện. *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.*
Các dịch vụ của bác sĩ/y tá cao cấp, kể cả các lần khám tại văn phòng bác sĩ Các dịch vụ được bao trả gồm có:	
• Các dịch vụ phẫu thuật hoặc chăm sóc cần thiết về mặt y tế được cung cấp trong phòng khám của bác sĩ bởi một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính	Đồng thanh toán $15 cho mỗi lần thăm khám tại phòng khám của PCP được Medicare bao trả.
• Chăm sóc y tế cần thiết, hoặc các dịch vụ giải phẫu cung cấp bởi trung tâm giải phẫu cấp cứu, khu ngoại trú tại bệnh viện, hay bất cứ địa điểm nào được chứng nhận	Xem phần “Phẫu Thuật Ngoại Trú” ở phần trước của bảng này để biết các khoản chia sẻ chi phí áp dụng cho các lần thăm khám tại trung tâm giải phẫu cấp cứu hoặc trong một bệnh viện ngoại trú.
• Cố vấn, chẩn đoán và điều trị bởi bác sĩ chuyên khoa	Đồng thanh toán $20 cho mỗi lần thăm khám bác sĩ chuyên khoa được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu. Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.*

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
• Các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác	Đồng thanh toán $15 cho dịch vụ nhận được từ chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác tại phòng khám của PCP. Đồng thanh toán $20 cho dịch vụ nhận được từ chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác tại tất cả các địa điểm khác. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu. Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.*
• Khám căn bản về thính lực và thăng bằng do PCP của quý vị hoặc bác sĩ chuyên khoa thực hiện nếu bác sĩ yêu cầu làm vậy để xem quý vị có cần điều trị y tế không	Đồng thanh toán $20 cho các dịch vụ khám tai được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.*
• Một số dịch vụ chăm sóc từ xa, bao gồm các Dịch Vụ Cần Thiết Khẩn Cấp, Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Tại Nhà, Bác Sĩ Chăm Sóc Chính, Trị Liệu Cơ Năng, Bác Sĩ Chuyên Khoa, Các Buổi Chăm Sóc Sức Khỏe Tâm Thần Cho Cá Nhân, Dịch Vụ Điều Trị Bàn Chân, Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Khác, Các Buổi Điều Trị Tâm Thần Cho Cá Nhân, Dịch Vụ Trị Liệu Vật Lý và Trị Liệu Bệnh Lý Ngôn Ngữ-Lời Nói, Các Buổi Điều Trị Lạm Dụng Dược Chất Cho Bệnh Nhân Ngoại Trú và Đào Tạo Giúp Tự Quản Lý Bệnh Tiểu Đường.	Đồng thanh toán $0 cho các dịch vụ được thực hiện thông qua nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế từ xa của chúng tôi Teladoc™. Xin lưu ý: Đồng thanh toán $0 nói trên chỉ áp dụng khi các dịch vụ được nhận từ Teladoc™. Nếu quý vị nhận được các dịch vụ chăm sóc y tế từ xa hoặc trực tiếp từ một nhà cung cấp trong mạng lưới chứ không phải từ nhà cung cấp

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
○ Quý vị có thể chọn nhận những dịch vụ này qua thăm khám trực tiếp hoặc qua khám sức khỏe từ xa. Nếu chọn nhận một trong những dịch vụ này qua khám sức khỏe từ xa, quý vị phải sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới có cung cấp dịch vụ qua chăm sóc sức khỏe từ xa. Chương trình của chúng tôi cấp quyền truy cập vào các buổi thăm khám trực tuyến với các bác sĩ được chứng nhận thông qua Teladoc™ 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần để giúp giải quyết nhiều vấn đề/quan ngại về sức khỏe. Các dịch vụ được bao trả bao gồm các vấn đề y tế chung, sức khỏe hành vi, da liễu, và nhiều hơn nữa. Buổi thăm khám trực tuyến (hay còn gọi là tư vấn y tế từ xa) là buổi thăm khám với bác sĩ qua điện thoại hoặc internet bằng điện thoại thông minh, máy tính bảng hoặc máy tính. Một số loại thăm khám nhất định có thể cần đến internet và thiết bị có camera. Để biết thêm thông tin hoặc lên lịch cuộc hẹn, vui lòng gọi Teladoc™ theo số 1-800-835-2362 (TTY: 711) 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. • Một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa bao gồm tư vấn, chẩn đoán và điều trị bởi bác sĩ hoặc người hành nghề y cho bệnh nhân ở một số vùng nông thôn hoặc các địa điểm khác được Medicare chấp thuận • Dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa cho thăm khám liên quan đến bệnh thận giai đoạn cuối hàng tháng dành cho thành viên tiến hành lọc thận tại nhà trong trung tâm lọc thận tại bệnh viện hoặc bệnh viện nông thôn, cơ sở lọc thận hoặc nhà của thành viên • Dịch vụ khám sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá hoặc điều trị các triệu chứng của đột quỵ bất kể quý vị ở đâu	dịch vụ thăm khám trực tuyến, quý vị sẽ thanh toán khoản chia sẻ chi phí được liệt kê cho những nhà cung cấp đó như được nêu trong bảng phúc lợi này (ví dụ: Nếu quý vị nhận các dịch vụ khám sức khỏe từ xa từ PCP, quý vị sẽ trả khoản chia sẻ chi phí PCP). *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu. Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.*

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
• Dịch vụ khám sức khỏe từ xa cho các thành viên bị rối loạn do sử dụng chất kích thích hoặc rối loạn sức khỏe tâm thần xảy ra đồng thời bất kể họ ở đâu • Kiểm tra sức khỏe trực tuyến (ví dụ như qua điện thoại hoặc trò chuyện qua video) với bác sĩ trong 5-10 phút **nếu:** ○ Quý vị không phải là bệnh nhân mới **và** ○ Lần kiểm tra sức khỏe này không liên quan đến chuyến thăm khám tại phòng mạch trong 7 ngày qua **và** ○ Lần kiểm tra sức khỏe này không dẫn đến chuyến thăm khám tại phòng mạch trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn sớm nhất có thể	Quý vị sẽ thanh toán chia sẻ chi phí áp dụng cho các dịch vụ của bác sĩ chuyên khoa (như được mô tả trong phần "Các Dịch Vụ Của Bác Sĩ/Chuyên Viên, bao gồm cả Thăm Khám Tại Phòng Khám Của Bác Sĩ" nêu trên).
• Bác sĩ đánh giá video và/hoặc hình ảnh do quý vị gửi, giải thích và theo dõi trong vòng 24 giờ **nếu:** ○ Quý vị không phải là bệnh nhân mới **và** ○ Đánh giá này không liên quan đến chuyến thăm khám tại phòng mạch trong 7 ngày qua **và** ○ Đánh giá này không dẫn đến chuyến thăm khám tại phòng mạch trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn sớm nhất có thể	Quý vị sẽ thanh toán chia sẻ chi phí áp dụng cho các dịch vụ của bác sĩ chuyên khoa (như được mô tả trong phần "Các Dịch Vụ Của Bác Sĩ/Chuyên Viên, bao gồm cả Thăm Khám Tại Phòng Khám Của Bác Sĩ" nêu trên).
• Tư vấn bác sĩ của quý vị có với các bác sĩ khác qua điện thoại, internet hoặc hồ sơ sức khỏe điện tử	Quý vị sẽ thanh toán chia sẻ chi phí áp dụng cho các dịch vụ của bác sĩ chuyên khoa (như được mô tả trong phần "Các Dịch Vụ Của Bác Sĩ/Chuyên Viên, bao gồm cả Thăm Khám Tại Phòng Khám Của Bác Sĩ" nêu trên).

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
• Ý kiến thứ nhì từ một phòng phẫu thuật hay nhà cung cấp trong mạng lưới, trước khi giải phẫu	Quý vị sẽ thanh toán chia sẻ chi phí áp dụng cho các dịch vụ của bác sĩ chuyên khoa (như được mô tả trong phần "Các Dịch Vụ Của Bác Sĩ/Chuyên Viên, bao gồm cả Thăm Khám Tại Phòng Khám Của Bác Sĩ" nêu trên).
• Chăm sóc răng không định kỳ (các dịch vụ được bao trả giới hạn cho giải phẫu hàm hoặc các cấu trúc liên hệ, sắp xếp các xương nứt của hàm hoặc xương mặt, nhổ răng để chuẩn bị hàm cho trị bệnh ung thư bằng tia phóng xạ hoặc các dịch vụ sẽ được bao trả khi được cung cấp bởi một bác sĩ)	Đồng thanh toán $20 cho các dịch vụ nha khoa được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.* Ngoài khoản chia sẻ chi phí nêu trên sẽ có khoản đồng thanh toán và/hoặc đồng bảo hiểm cho Dịch Vụ Cần Thiết Về Mặt Y Tế Được Medicare Bao Trả cho Thiết Bị Y Tế Lâu Bền và vật tư, bộ phận cơ thể giả và vật tư, xét nghiệm chẩn đoán bệnh và các dịch vụ trị liệu cho bệnh nhân ngoại trú, kính mắt và kính áp tròng sau phẫu thuật đục thủy tinh thể, thuốc theo toa Part D và thuốc theo toa Part B của Medicare như được mô tả trong Bảng Phúc Lợi này.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Các dịch vụ điều trị bàn chân Các dịch vụ được bao trả gồm có: • Chẩn bệnh và điều trị y tế hay giải phẫu cho các thương tích và bệnh về bàn chân (chẳng hạn ngón chân cong, hay vôi hóa gót chân) • Chăm sóc bàn chân định kỳ thường xuyên, cho các thành viên có một số bệnh lý ảnh hưởng xuống dưới chân	Đồng thanh toán $20 cho các dịch vụ điều trị bàn chân được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*
Khám sàng lọc ung thư tuyến tiền liệt Cho quý ông 50 tuổi hay lớn hơn, các dịch vụ được bao trả gồm các thứ sau đây - 12 tháng một lần:	
• Khám ruột kết bằng dụng cụ digital	Đồng thanh toán $0 cho mỗi lần khám trực tràng kỹ thuật số hàng năm được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*
• Thử nghiệm Kháng Nguyên Đặc Hiệu Tuyến Tiền Liệt (Prostate Specific Antigen, PSA)	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay khấu trừ cho kiểm tra PSA hàng năm.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Các bộ phận nhân tạo và tiếp liệu y tế liên hệ Dụng cụ (khác hơn cho răng) thay thế toàn phần hoặc một phần bộ phận hay chức năng cơ thể. Các thiết bị này bao gồm, nhưng không giới hạn ở: túi ruột kết nhân tạo và vật dụng liên quan trực tiếp đến việc chăm sóc ruột kết, máy trợ tim, vòng đeo, giày chỉnh hình, chân tay giả và vú giả (bao gồm nịt ngực giải phẫu sau thủ thuật cắt bỏ vú). Bao gồm một số tiếp liệu y tế liên hệ tới các bộ phận nhân tạo, và sửa chữa và/hoặc thay thế các bộ phận giả. Ngoài ra còn bao gồm một số khoản bảo hiểm sau loại bỏ đục thủy tinh thể hoặc phẫu thuật đục thủy tinh thể - xem 'Chăm Sóc Nhãn Khoa" ở phần sau bảng này để biết thêm chi tiết.	Đồng bảo hiểm 20% cho các bộ phận cơ thể giả hoặc dụng cụ chỉnh hình được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.* Đồng bảo hiểm 20% cho các tiếp liệu y tế liên quan đến bộ phận cơ thể giả được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.*
Các dịch vụ phục hồi chức năng phổi Các chương trình phục hồi chức năng phổi toàn diện được bao trả cho những thành viên bị chứng bệnh phổi tắc nghẽn kinh niên (COPD) mức độ vừa đến rất nặng và bác sĩ chỉ định cho họ nhận dịch vụ phục hồi chức năng phổi để điều trị bệnh đường hô hấp kinh niên.	Đồng thanh toán $0 cho mỗi lần thăm khám dịch vụ phục hồi chức năng phổi được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*
Khám sàng lọc bệnh và tư vấn giảm thiểu lạm dụng bia rượu Chúng tôi bao trả cho một lần khám sàng lọc lạm dụng rượu cho người lớn có Medicare (bao gồm cả phụ nữ mang thai) lạm dụng rượu, nhưng không phải là người phụ thuộc vào rượu. Nếu tìm thấy có sự lạm dụng rượu bia, mỗi năm quý vị có thể lấy 4 buổi cố vấn ngắn tiếp xúc trực diện (nếu quý vị đủ sức và tỉnh táo trong lúc cố vấn) được cung cấp bởi một bác sĩ chăm sóc chính hoặc y sĩ hợp lệ, trong một khung cảnh chăm sóc sức khỏe chính yếu.	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khấu trừ cho phúc lợi phòng ngừa khám sàng lọc và tư vấn được Medicare bao trả nhằm giảm tình trạng lạm dụng bia rượu.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Sàng lọc ung thư phổi bằng chụp cắt lớp vi tính liều thấp (LDCT) Đối với những cá nhân đủ điều kiện thì hoạt động LDCT sẽ được bao trả 12 tháng một lần. **Thành viên hội đủ điều kiện là:** những người từ 55 đến 77 tuổi không có dấu hiệu hoặc triệu chứng ung thư phổi, nhưng có tiền sử hút thuốc lá ít nhất 30 gói/năm và hiện đang hút thuốc hoặc đã bỏ thuốc lá trong vòng 15 năm qua, những người nhận được chỉ định LDCT bằng văn bản trong quá trình tư vấn sàng lọc ung thư phổi và tham gia chia sẻ tư vấn quyền quyết định đáp ứng các tiêu chuẩn của Medicare cho các lần khám và được cung cấp bởi bác sĩ hoặc chuyên viên y tá đủ điều kiện không phải bác sĩ. *Đối với việc khám sàng lọc ung thư phổi LDCT sau khi sàng lọc LDCT lần đầu:* các thành viên phải nhận được chỉ định khám sàng lọc ung thư phổi LDCT bằng văn bản, có thể được cung cấp trong lần thăm khám phù hợp bất kỳ với bác sĩ hoặc chuyên viên y tá đủ điều kiện không phải bác sĩ. Nếu một bác sĩ hoặc chuyên viên y tá đủ điều kiện không phải bác sĩ chọn hỗ trợ chọn tham gia tư vấn sàng lọc ung thư phổi và chia sẻ quyền quyết định sàng lọc ung thư phổi với LDCT thì cuộc thăm khám này phải đáp ứng các tiêu chuẩn của Medicare cho các lần khám đó.	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khấu trừ cho LDCT hoặc lần thăm khám ra quyết định chung và tư vấn được Medicare bao trả.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Khám sàng lọc các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI) và tư vấn để phòng ngừa STI Chúng tôi bao trả cho các lần khám sàng lọc bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI) để tìm các bệnh chlamydia, lậu, giang mai và viêm gan B. Những lần khám sàng lọc này được bao trả cho phụ nữ mang thai và những người nhất định có nguy cơ mắc STI cao khi các xét nghiệm được nhà cung cấp chăm sóc chính chỉ định. Chúng tôi chi trả bảo hiểm cho các thử nghiệm này một lần mỗi 12 tháng hoặc ở vài thời điểm khi đang mang thai. Chúng tôi cũng bao trả cho 2 buổi cố vấn cao độ về cung cách ứng xử, 20 tới 30 phút tiếp xúc trực diện mỗi năm cho những người lớn có sinh hoạt tình dục, bị tăng nguy cơ mắc bệnh STI. Chúng tôi sẽ chỉ chi trả phí tổn cho các buổi tư vấn, như một dịch vụ phòng ngừa, nếu được cung cấp bởi một bác sĩ hay y viện gia đình, và diễn ra trong khung cảnh chăm sóc sức khỏe chính, như một văn phòng bác sĩ.	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khấu trừ cho tư vấn phúc lợi phòng ngừa STI và khám sàng lọc STI được Medicare bao trả.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Các dịch vụ điều trị bệnh thận Các dịch vụ được bao trả gồm có:	
• Các dịch vụ giáo dục về bệnh thận để chỉ dẫn chăm sóc thận, và giúp đỡ các thành viên lấy các quyết định có hiểu biết, về việc chăm sóc sức khỏe mình. Đối với các thành viên bị bệnh thận mãn tính ở giai đoạn IV, khi được bác sĩ quý vị giới thiệu, chúng tôi bao trả tối đa sáu buổi dịch vụ giáo dục về bệnh thận, cho cả đời	Đồng bảo hiểm 20% cho các dịch vụ giáo dục về bệnh thận được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*
• Các phiên lọc máu chữa trị cho bệnh nhân ngoại trú, (bao gồm lọc máu chữa trị khi tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ, như được giải thích trong Chương 3)	Đồng bảo hiểm 20% cho các điều trị lọc thận ngoại trú được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*
• Các phiên lọc máu chữa trị cho bệnh nhân nội trú (nếu quý vị được nhập viện như một bệnh nhân nội trú tại một bệnh viện, để được chăm sóc đặc biệt)	Xem “Chăm Sóc Tại Bệnh Viện Dưới Hình Thức Nội Trú” để biết các khoản chia sẻ chi phí áp dụng cho việc điều trị thẩm tách dành cho bệnh nhân nội trú.
• Đào tạo để tự lọc thận (kể cả huấn luyện cho quý vị và bất cứ ai giúp đỡ quý vị với các phiên lọc máu chữa trị tại nhà mình)	Đồng bảo hiểm 20% cho đào tạo hướng dẫn tự lọc máu được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
• Dụng cụ lọc máu tại nhà, và tiếp liệu y tế	Đồng bảo hiểm 20% cho thiết bị lọc máu tại nhà được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.* Đồng bảo hiểm 20% cho các vật tư lọc máu được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
• Một số dịch vụ hỗ trợ y tế tại gia (chẳng hạn, khi cần thiết, các chuyến viếng thăm của chuyên viên được đào tạo về lọc máu, để kiểm tra việc lọc máu lọc thận tại nhà quý vị, giúp đỡ trong trường hợp khẩn cấp, và kiểm tra máy lọc máu, và nguồn cung cấp nước)	Đồng bảo hiểm 20% cho các dịch vụ hỗ trợ tại nhà được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*
Một số thuốc dùng để lọc thận được chi trả theo bảo hiểm Medicare Part B cho thuốc của quý vị. Để biết thông tin về mức bao trả cho Thuốc Part B, xin vui lòng xem phần “Thuốc theo toa Medicare Part B”.	

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc sức khỏe tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) (Để biết định nghĩa về "chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn", hãy xem Chương 12 của tập sách này. Các cơ sở điều dưỡng chuyên môn đôi khi còn được gọi là “SNF”.)	Đối với nằm viện được Medicare bao trả, mỗi lần nằm viện: Đồng thanh toán $0 mỗi ngày cho các ngày từ 1 đến 100 cho dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn được Medicare bao trả. Quý vị thanh toán toàn bộ chi phí cho mỗi ngày sau ngày 100.
Tối đa 100 ngày mỗi giai đoạn phúc lợi nằm viện và các dịch vụ chăm sóc chuyên môn tại Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Môn (SNF) hoặc cơ sở thay thế là các dịch vụ được bao trả khi các dịch vụ đó phù hợp với các hướng dẫn về bao trả của Chương Trình và Medicare. Không đòi hỏi nằm bệnh viện trước đó. 100 ngày mỗi giai đoạn phúc lợi bao gồm những ngày tại SNF được tiếp nhận thông qua Chương Trình, Original Medicare hoặc bất kỳ Tổ Chức Medicare Advantage nào khác trong suốt giai đoạn phúc lợi. Các dịch vụ được bao trả gồm có, mà không giới hạn: • Phòng nằm chung (hoặc một phòng riêng, nếu cần thiết về mặt y tế) • Các bữa ăn, kể cả thức ăn đặc biệt	*Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.*

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
• Dịch vụ y tá điều dưỡng chuyên môn • Vật lý trị liệu, trị liệu chức năng hoạt động và trị liệu về ngữ âm • Thuốc được đưa tới quý vị, như một phần của chương trình chăm sóc sức khỏe quý vị (Điều này bao gồm các dung dịch hiện hữu tự nhiên trong cơ thể, như các yếu tố làm máu đông.) • Máu - bao gồm máu dự trữ và truyền máu. Bao trả cho máu toàn phần và tế bào hồng cầu được đóng gói sẽ bắt đầu với panh máu đầu tiên mà quý vị cần. Mọi thành phần khác của máu được chi trả, khởi sự với đơn vị pint đầu tiên sử dụng. • Thông thường, các tiếp liệu y tế và giải phẫu được cung cấp bởi các cơ sở SNF • Các thử nghiệm thường được SNF cung cấp • Việc chụp hình quang tuyến và các dịch vụ quang tuyến thường được cơ sở SNF cung cấp • Sử dụng các vật dụng như xe lăn, thường được các cơ sở SNF cung cấp • Các dịch vụ bác sĩ/y tá cao cấp	

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Nói chung, quý vị sẽ được cơ sở SNF chăm sóc sức khỏe, từ các cơ sở trong mạng lưới bảo hiểm. Tuy nhiên, trong một số trường hợp nhất định liệt kê bên dưới, quý vị có thể trả khoản chia sẻ chi phí trong mạng lưới cho một cơ sở không phải là nhà cung cấp trong mạng lưới nếu cơ sở này chấp nhận khoản thanh toán từ chương trình của chúng tôi. • Một viện dưỡng lão hoặc cộng đồng hưu trí được tiếp tục chăm sóc sức khỏe, nơi quý vị sinh sống trước khi tới bệnh viện (miễn là có cung cấp sự điều dưỡng chuyên môn) • Một SNF nơi người phối ngẫu của quý vị sinh sống khi quý vị rời bệnh viện	Một giai đoạn phúc lợi sẽ bắt đầu vào ngày quý vị vào một cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Giai đoạn phúc lợi chấm dứt, khi quý vị chưa nhận được bất cứ dịch vụ chăm sóc chuyên môn nào tại một cơ sở SNF trong liên tiếp 60 ngày. Nếu quý vị bước vào một cơ sở điều dưỡng chuyên nghiệp sau khi một giai đoạn phúc lợi kết thúc thì một giai đoạn phúc lợi mới sẽ bắt đầu. Không hạn chế con số giai đoạn phúc lợi. Chia sẻ chi phí được áp dụng từ ngày nhập viện đầu tiên và không bao gồm ngày ra viện.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Ngừng hút thuốc và dùng thuốc lá (tư vấn ngừng hút thuốc lá hoặc dùng thuốc lá) Nếu quý vị sử dụng thuốc lá, nhưng không có dấu hiệu hoặc triệu chứng mắc các bệnh liên quan đến thuốc lá: Chúng tôi bao trả hai lần tư vấn bỏ thuốc trong vòng 12 tháng như một dịch vụ phòng miễn phí cho quý vị. Mỗi dịch vụ cố vấn dự định gồm có tối đa là bốn buổi tiếp xúc trực diện. Nếu quý vị hút thuốc lá và đã được chẩn đoán mắc bệnh liên quan đến thuốc lá hoặc đang dùng thuốc có thể bị ảnh hưởng bởi thuốc lá: Chúng tôi bao trả cho các dịch vụ tư vấn bỏ hút thuốc lá. Chúng tôi chi trả cho hai lần cố vấn bỏ hút thuốc, trong thời gian 12 tháng, tuy nhiên, quý vị sẽ trả chia sẻ chi phí được áp dụng. Mỗi dịch vụ cố vấn dự định gồm có tối đa là bốn buổi tiếp xúc trực diện.	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho các phúc lợi phòng ngừa bệnh khi ngừng hút thuốc và sử dụng thuốc lá được Medicare bao trả.
Cai thuốc lá khác: Chương trình của quý vị cũng bao trả thêm tối đa 5 lần thăm khám tư vấn bỏ hút thuốc lá trực tuyến và qua điện thoại. Các buổi khám sẽ doc bác sĩ được đào tạo thực hiện, bao gồm hướng dẫn các bước thay đôi, lập kế hoạch, tư vấn và giáo dục. Phúc lợi này chỉ được cung cấp thông qua nhà cung cấp dịch vụ khám sức khỏe từ xa của chúng tôi là Teladoc™. Để biết thêm thông tin hoặc lên lịch hẹn, vui lòng gọi Teladoc™ theo số 1-800-835-2362 (TTY: 711) 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần Bộ phận Dịch Vụ Thành Viên (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này) hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại www.wellcare.com/healthnetca.	Đồng thanh toán $0 cho các buổi thăm khám tư vấn bỏ thuốc lá.*

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Liệu Pháp Tập Thể Dục Có Giám Sát SET được bao trả cho những thành viên có triệu chứng của bệnh động mạch ngoại vi (PAD) và được bác sĩ chịu trách nhiệm điều trị PAD giới thiệu. Quý vị được bao trả tối đa 36 buổi trong khoảng thời gian 12 tuần nếu đáp ứng các yêu cầu của chương trình SET. Chương trình SET phải: • Bao gồm các buổi tập kéo dài 30-60 phút, gồm một chương trình đào tạo tập thể dục trị liệu PAD ở những bệnh nhân khập khiễng • Được thực hiện tại phòng khám của bệnh viện dành cho bệnh nhân ngoại trú hoặc phòng mạch của bác sĩ • Được thực hiện bởi nhân viên phụ trợ có trình độ cần thiết để đảm bảo rằng lợi nhiều hơn hại và được thực hiện bởi những người được đào tạo về liệu pháp tập thể dục cho PAD • Dưới sự giám sát trực tiếp của bác sĩ, phụ tá bác sĩ hoặc y tá/y tá cao cấp của bệnh xá, những người phải được đào tạo về các kỹ thuật hỗ trợ mạng sống cả cơ bản và nâng cao SET có thể được bao trả hơn 36 buổi trong 12 tuần đối với 36 buổi bổ sung trong một khoảng thời gian dài nếu được coi là cần thiết về mặt y tế bởi một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.	Đồng thanh toán $0 cho mỗi lần thăm khám liệu pháp tập thể dục được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Các dịch vụ cần thiết khẩn cấp Các dịch vụ cần thiết khẩn cấp được cung cấp để chữa trị một căn bệnh, thương tích, hoặc tình trạng không phải là trường hợp cấp cứu, ngoài dự kiến cần được chăm sóc y tế ngay lập tức. Các dịch vụ cần thiết khẩn cấp có thể được cung cấp bởi các nhà cung cấp trong hoặc ngoài mạng lưới, khi tạm thời không có các nhà cung cấp trong mạng lưới bảo hiểm.	Đồng thanh toán $20 cho các lần thăm khám dịch vụ cần thiết khẩn cấp được Medicare bao trả. Quý vị không thanh toán số tiền này nếu quý vị nhập viện trong vòng 24 giờ cho cùng một bệnh.
Chia sẻ chi phí cho dịch vụ cần thiết khẩn cấp cần thiết được cung cấp ngoài mạng lưới bằng với chia sẻ chi phí của các dịch vụ như vậy được cung cấp trong mạng lưới.	
Có bao trả cho các dịch vụ cần thiết khẩn cấp bên ngoài Hoa Kỳ.	Đồng thanh toán $90 cho các dịch vụ cấp cứu bên ngoài Hoa Kỳ.* Khoản chia sẻ chi phí thăm khám các dịch vụ cần thiết khẩn cấp toàn cầu sẽ không được miễn nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện dưới hình thức nội trú. Quý vị được bao trả tối đa $50,000 mỗi năm cho các dịch vụ cấp cứu hoặc các dịch vụ cần thiết khẩn cấp bên ngoài Hoa Kỳ.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc thị lực Các dịch vụ được bao trả gồm có: • Dịch vụ bác sĩ cho người ngoại trú, chẩn đoán và điều trị bệnh và thương tích của mắt, kể cả võng mạc thoái hóa vì tuổi tác. Original Medicare không bao trả chi phí khám mắt định kỳ (khúc xạ ở mắt) để lấy kính/tròng kính	Đồng thanh toán $20 cho tất cả các lần khám mắt khác để chẩn đoán và chữa bệnh cho mắt. *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.*
• Đối với những người bị tiểu đường, khám sàng lọc bệnh võng mạc đái tháo đường được bao trả mỗi năm một lần. Đối với những người có rủi ro cao bị bệnh tăng nhãn áp: những người gia đình có tiền sử bệnh tăng nhãn áp, người mắc bệnh tiểu đường, người Mỹ gốc Phi châu 50 tuổi trở lên và người Mỹ gốc Tây Ban Nha từ 65 tuổi trở lên	Đồng thanh toán $0 khi khám sàng lọc bệnh tăng nhãn áp được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*
• Đối với những người bị tiểu đường, khám sàng lọc bệnh võng mạc đái tháo đường được bao trả mỗi năm một lần	Đồng thanh toán $0 khi khám võng mạc được Medicare bao trả cho thành viên bệnh tiểu đường. *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.*

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
• Một cặp mắt kính hoặc kính áp tròng sau mỗi cuộc phẫu thuật đục thủy tinh thể, kể cả đặt tròng kính vào trong mắt (Nếu quý vị trải qua hai cuộc phẫu thuật đục thủy tinh thể riêng biệt, thì quý vị không thể để dành quyền lợi này sau cuộc phẫu thuật đầu tiên và phải mua hai cặp kính mắt sau cuộc phẫu thuật thứ hai.) ○ Chương trình của chúng tôi chi trả cho: ■ Đo khúc xạ mắt cho mục đích cho toa cho mắt kính được Medicare bao trả. ■ Có phí gắn kính áp tròng vừa vặn cho kính áp tròng được Medicare bao trả.	Đồng thanh toán $0 cho kính thuốc được Medicare bao trả, đối với thành viên của chương trình của chúng tôi, gồm có: ● Đo khúc xạ mắt cho mục đích kê toa cho mắt kính được Medicare bao trả. ● Gắn kính áp tròng cho kính áp tròng được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
Ngoài ra, chương trình của chúng tôi chi trả phí tổn cho các dịch vụ khám mắt phụ trội (định kỳ) sau đây: • 1 lần khám mắt định kỳ mỗi năm. Khám mắt định kỳ bao gồm thử nhãn áp (glaucoma) cho những ai có nguy cơ bị tăng nhãn áp, và khám võng mạc cho người bệnh tiểu đường.	Các dịch vụ khám mắt bổ sung (ví dụ như định kỳ): Đồng thanh toán $0 cho 1 lần khám mắt định kỳ mỗi năm.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
Nếu có thắc mắc về cách tìm nhà cung cấp hoặc để biết thêm thông tin, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên của chúng tôi (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này). Các phúc lợi khám mắt bổ sung được cung cấp với phí bảo hiểm bổ sung. Tham khảo Phần 2.2 (Các phúc lợi “bổ sung tùy chọn” khác mà quý vị có thể mua) ở phần sau trong chương này để biết thêm thông tin về các dịch vụ khám mắt bổ sung tùy chọn.	

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Số tiền quý vị phải trả** khi nhận các dịch vụ này
Khám với bác sĩ trong dịp "Chào mừng tới Medicare" để ngừa bệnh Chương trình bao trả cho thăm khám phòng bệnh “Chào mừng tới Medicare” một lần. Cuộc viếng bác sĩ này gồm có xem xét sức khỏe quý vị, cũng như giáo dục và khuyên bảo về các dịch vụ ngừa bệnh mà quý vị cần (bao gồm vài khám nghiệm truy tầm bệnh và chích ngừa) và giới thiệu tới dịch vụ y tế khác nếu cần. **Quan trọng:** Chúng tôi bao trả lần khám phòng bệnh “Chào mừng tới Medicare” chỉ trong 12 tháng kể từ khi quý vị có Medicare Part B. Khi lên lịch cuộc hẹn, hãy cho phòng khám của bác sĩ biết quý vị muốn lên lịch khám phòng bệnh “Chào mừng tới Medicare”.	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ khi khám phòng bệnh vào dịp “Chào mừng tới Medicare”.
• EKG được Medicare bao trả sau Lần Khám Phòng Bệnh Chào Mừng	Đồng thanh toán $0 cho mỗi EKG được Medicare bao trả sau Lần Khám Phòng Bệnh Chào Mừng. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*

Phần 2.2 Các phúc lợi “bổ sung tùy chọn” tăng cường mà quý vị có thể mua

Chương trình của chúng tôi cung cấp một số phúc lợi bổ sung không được bao gồm trong gói phúc lợi của quý vị với tư cách là thành viên của chương trình. Những phúc lợi bổ sung này được gọi là **“Phúc Lợi Bổ Sung Tùy Chọn.”** Nếu quý vị muốn sử dụng các phúc lợi bổ sung tùy chọn này, quý vị phải đăng ký và có thể phải trả thêm phí. Các phúc lợi bổ sung tùy chọn được mô tả trong phần này tuân theo cùng một quy trình kháng cáo như mọi phúc lợi khác.

Phí Bảo Hiểm Bổ Sung Cho Các Phúc Lợi Bổ Sung Tùy Chọn

Ngoài phí bảo hiểm chương trình hàng tháng của quý vị, nếu đăng ký gói phúc lợi bổ sung tùy chọn, quý vị sẽ phải trả thêm phí bảo hiểm. Xem bảng dưới đây để biết các mức phí và phúc lợi bao gồm trong gói phúc lợi bổ sung tùy chọn.

Nếu quý vị đã chọn gói Phúc Lợi Bổ Sung Tùy Chọn và chúng tôi không nhận được phí bảo hiểm từ quý vị trước ngày làm việc thứ 7 hàng tháng, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản rằng các phúc lợi bổ sung tùy chọn của quý vị có thể chấm dứt.

Thành viên không đóng phí bảo hiểm hàng tháng cho Phúc Lợi Bổ Sung Tùy Chọn sẽ mất các phúc lợi bổ sung này nhưng vẫn được ghi danh vào chương trình Medicare Advantage.

Để biết thêm thông tin và tìm thông tin liên hệ của nhà cung cấp Phúc Lợi Bổ Sung Tùy Chọn, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (các số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này) hoặc vào trang web của chúng tôi tại www.wellcare.com/healthnetca.

Phúc Lợi Bổ Sung Tùy Chọn Được Bao Trả

Phúc lợi bổ sung tùy chọn (Được cung cấp với mức phí riêng)
Vision 300, 36 CAM Visits Phí Bảo Hiểm Hàng Tháng: $12 Phí bảo hiểm bổ sung hàng tháng này được cộng vào phí bảo hiểm chương trình hàng tháng của quý vị và phí bảo hiểm Medicare Part B.
Dịch Vụ Kiểm Tra Thị Lực *Quy tắc chấp thuận trước có thể áp dụng cho một số dịch vụ, vui lòng liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để biết thêm thông tin.*

• Quý vị đồng thanh toán $0 cho mỗi lần khám mắt định kỳ.
• Quý vị đồng thanh toán $0 cho kính thuốc định kỳ, kính áp tròng hoặc mắt kính (tròng kính & gọng kính).
• Chương trình có mức phúc lợi tối đa $300 mỗi năm.
  ○ Lưu ý: Chương trình bao trả phí lắp kính áp tròng
• Không bao gồm mắt kính được Medicare bao trả, theo mức phúc lợi tối đa phụ trội (ví dụ: khám định kỳ).
  ○ Lưu ý: Quý vị chịu trách nhiệm trả mọi phí tổn cao hơn mức tối đa $300 phụ trội (ví dụ: định kỳ) cho mắt kính.*

Các dịch vụ châm cứu và chỉnh nắn xương định kỳ *Quy tắc chấp thuận trước có thể áp dụng cho một số dịch vụ, vui lòng liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để biết thêm thông tin.* *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*
• Quý vị đồng thanh toán $0 cho mỗi lần thăm khám. Giới hạn ở 36 lần thăm khám mỗi năm. • 36 lần khám hàng năm để chia sẻ giữa các dịch vụ chỉnh nắn xương, châm cứu và massage trị liệu.

Phí phúc lợi bổ sung tùy chọn, khoản khấu trừ, khoản đồng thanh toán và đồng bảo hiểm không áp dụng cho số tiền tự trả tối đa cho các dịch vụ y tế được bao trả.

Quý vị có thể đăng ký gói Phúc Lợi Bổ Sung Tùy Chọn bằng cách nào?

Các thành viên hiện tại có thể mua các Phúc Lợi Bổ Sung Tùy Chọn trong các giai đoạn sau đây:

- Từ ngày 15 tháng 10 năm 2021 đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2021 để có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1 năm 2022;
- Từ ngày 1 tháng 1 năm 2022 đến hết ngày 31 tháng 1 năm 2022 để có hiệu lực từ ngày 1 tháng 2 năm 2022;

Các thành viên hiện tại đã đăng ký gói Phúc Lợi Bổ Sung Tùy Chọn cũng có thể chuyển sang tùy chọn gói phúc lợi bổ sung khác vào thời điểm này nếu chương trình có cung cấp nhiều gói.

Các thành viên mới có thể mua các Phúc Lợi Bổ Sung Tùy Chọn này cho đến cuối tháng đầu tiên ghi danh. Phúc lợi sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo.

Để đăng ký, hãy hoàn thành Mẫu Đơn Đăng Ký Phúc Lợi Bổ Sung Tùy Chọn và gửi đến địa chỉ:

Enrollment Services
Wellcare Premium Ultra (HMO) Medicare Programs
P.O. Box 10420
Van Nuys, CA 91410

Hoặc, quý vị có thể gửi fax đến số 1-844-222-3180. Nếu quý vị cần Mẫu Đơn Đăng Ký Phúc Lợi Bổ Sung Tùy Chọn, vui lòng gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này.

Quý vị có thể hủy đăng ký gói Phúc Lợi Bổ Sung Tùy Chọn bằng cách nào?

Quý vị có thể hủy đăng ký gói Phúc Lợi Bổ Sung Tùy Chọn này bất kỳ lúc nào và chuyển sang phúc lợi chương trình Medicare Advantage cơ bản. Để hủy đăng ký gói Phúc Lợi Bổ Sung Tùy Chọn, vui lòng gửi thư có kèm chữ ký cho chúng tôi để yêu cầu rút tên. Quý vị cũng có thể gửi fax thư đến **1-844-222-3180**. Điều quan trọng là quý vị nêu rõ yêu cầu của mình là **chỉ** hủy đăng ký gói Phúc Lợi Bổ Sung Tùy Chọn. Sau đó, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị biết khi nào các Phúc Lợi Bổ Sung Tùy Chọn của quý vị chấm dứt. Đây là ngày hủy đăng ký gói Phúc Lợi Bổ Sung Tùy Chọn của quý vị. Trong hầu hết các trường hợp, **ngày hủy đăng ký** của quý vị sẽ là ngày đầu tiên của tháng sau tháng mà chúng tôi nhận được yêu cầu ngừng các phúc lợi này.

Ví dụ: Nếu chúng tôi nhận được yêu cầu ngừng các phúc lợi này của quý vị trong tháng 2, ngày hủy đăng ký của quý vị sẽ là ngày 1 tháng 3. Có một ngoại lệ: **Nếu chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị trong thời gian từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 30 tháng 11, quý vị sẽ được phép chọn ngày 1 tháng 11, ngày 1 tháng 12 hoặc ngày 1 tháng 1 làm ngày hủy đăng ký có hiệu lực. Nếu quý vị không chọn ngày có hiệu lực, việc hủy đăng ký của quý vị sẽ là ngày đầu tiên của tháng sau tháng mà chúng tôi nhận được yêu cầu ngừng các phúc lợi này.** Hãy nhớ rằng mặc dù quý vị đang chờ ngừng các Phúc Lợi Bổ Sung Tùy Chọn, quý vị vẫn được cung cấp các phúc lợi này với tư cách là thành viên của chương trình chúng tôi và vẫn được cung cấp cho đến ngày hủy đăng ký có hiệu lực.

Nếu quý vị hủy đăng ký Phúc Lợi Bổ Sung Tùy Chọn, quý vị không thể đăng ký lại Phúc Lợi Bổ Sung Tùy Chọn cho đến giai đoạn chọn Phúc Lợi Bổ Sung Tùy Chọn tiếp theo. Giai đoạn chọn Phúc Lợi Bổ Sung Tùy Chọn

được trình bày trước đó ở phần này trong mục “Quý vị có thể đăng ký gói Phúc Lợi Bổ Sung Tùy Chọn bằng cách nào?”

Nếu quý vị hủy đăng ký chương trình Medicare Advantage, quý vị sẽ tự động bị hủy đăng ký Phúc Lợi Bổ Sung Tùy Chọn. Sau khi hủy đăng ký, tài khoản của quý vị sẽ được xem xét xem có số dư nào không. Nếu xác định có số dư, chúng tôi sẽ hoàn tiền vào địa chỉ mà chúng tôi có trong hồ sơ.

Kháng Cáo và Khiếu Nại

Phúc Lợi Bổ Sung Tùy Chọn được nêu trong phần này tuân theo quy trình kháng cáo tương tự như mọi phúc lợi khác. Xem Chương 9 để biết thông tin về việc khiếu nại.

PHẦN 3 Dịch vụ nào không được chương trình bao trả?

Phần 3.1 Dịch vụ chúng tôi *không* bao trả (trường hợp ngoại lệ)

Phần này sẽ cho quý vị biết dịch vụ nào là dịch vụ bị "loại trừ" khỏi bảo hiểm Medicare và vì vậy không được chương trình này bao trả. Nếu một dịch vụ bị "loại trừ", điều đó có nghĩa là chương trình này không bao trả cho dịch vụ đó.

Biểu đồ sau đây trình bày một số dịch vụ và vật liệu không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào và một số dịch vụ chỉ được bao trả trong một số trường hợp cụ thể.

Nếu quý vị nhận được những dịch vụ bị loại trừ (không được bao trả), quý vị phải tự trả tiền cho những dịch vụ này. Chúng tôi sẽ không bao trả cho những dịch vụ y tế bị loại trừ được ghi trong biểu đồ dưới đây ngoại trừ trong danh sách một số trường hợp cụ thể được nêu. Một ngoại lệ duy nhất: chúng tôi sẽ trả tiền nếu một dịch vụ trong biểu đồ dưới đây, sau khi kháng cáo, được xác định là một quyền lợi y khoa mà chúng tôi đáng lý phải trả tiền hoặc bao trả cho quý vị vì tình trạng y khoa cụ thể của quý vị. (Để có tài liệu về việc kháng cáo một quyết định của chúng tôi, là không chi trả phí tổn cho một dịch vụ y tế, hãy tới Chương 9, Phần 5.3 trong tập sách này.)

Tất cả các trường hợp loại trừ hoặc giới hạn được giải thích trong Bảng Phúc Lợi hay bản liệt kê dưới đây.

Ngay cả khi quý vị được cung cấp những dịch vụ này tại một cơ sở cấp cứu, những dịch vụ bị loại trừ cũng sẽ không được bao trả và chúng tôi sẽ không trả tiền cho những dịch vụ này.

Những dịch vụ không được Medicare bao trả	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào	Chỉ được bao trả trong một số trường hợp cụ thể
Châm cứu		✓ Châm cứu được cung cấp dưới hình thức gói phúc lợi bổ sung tùy chọn. Vui lòng xem Phần 2.2 trong chương này để biết thông tin chi tiết về phúc lợi.
Các dịch vụ hoặc thủ tục giải phẫu thẩm mỹ		✓ Được bao trả trong các trường hợp chấn thương do tai nạn hoặc để cải thiện chức năng một bộ phận cơ thể biến dạng của thành viên. Bao trả cho tất cả các giai đoạn của thủ thuật giải phẫu phục hồi một bên vú sau khi giải phẫu cắt bỏ vú và bao trả cho điều trị bên vú còn lại để giúp ngực được cân xứng.

Những dịch vụ không được Medicare bao trả	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào	Chỉ được bao trả trong một số trường hợp cụ thể
Chăm sóc đời sống thường nhật là chăm sóc trong một viện dưỡng lão, trung tâm chăm sóc cuối đời hoặc ở môi trường cơ sở khác, khi quý vị không bắt buộc phải có chăm sóc y tế chuyên môn hoặc điều dưỡng chuyên môn. Chăm sóc đời sống thường nhật là việc chăm sóc cá nhân không cần có sự chú ý liên tục của nhân viên y khoa hoặc nhân viên y tế có huấn luyện đặc biệt, chẳng hạn như việc chăm sóc và giúp đỡ quý vị trong những sinh hoạt thường nhật như tắm rửa, thay quần áo.	✓	
Thủ thuật giải phẫu và y khoa thí nghiệm, thiết bị và thuốc men thí nghiệm. Các thủ thuật và dụng cụ thử nghiệm là những dụng cụ và thể thức được ấn định bởi chương trình của chúng tôi và Original Medicare, không được cộng đồng y tế chấp nhận nói chung.		✓ Có thể được Original Medicare bao trả, theo nghiên cứu khảo sát lâm sàng được Medicare chấp thuận hoặc được chương trình của chúng tôi bao trả. (Xem Chương 3, Phần 5 để có thêm thông tin về các nghiên cứu y tế thực dụng.)

Những dịch vụ không được Medicare bao trả	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào	Chỉ được bao trả trong một số trường hợp cụ thể
Tính phí cho chăm sóc do người thân cùng huyết thống với quý vị hoặc những người trong nhà của quý vị cung cấp.	✓	
Chăm sóc điều dưỡng toàn thời gian tại nhà riêng.	✓	
Bữa ăn được giao đến nhà	✓	
Các dịch vụ nội trợ bao gồm việc trợ giúp căn bản cho việc nhà, kể cả dọn dẹp nhà cửa nhẹ nhàng, hoặc chuẩn bị bữa ăn nhẹ.	✓	
Dịch vụ sử dụng các phương pháp điều trị tự nhiên hoặc tương đương.	✓	
Giày chỉnh hình		✓ Nếu giày này là một phần của chiếc nẹp chân và được tính chung trong chi phí của nẹp chân, hoặc là giày dành cho những người bị bệnh chân do bệnh tiểu đường gây ra.
Đồ dùng cá nhân trong phòng của quý vị tại một bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chẳng hạn như điện thoại hay tivi.	✓	
Phòng riêng trong bệnh viện.		✓ Chỉ được bao trả khi cần thiết về mặt y tế.

Những dịch vụ không được Medicare bao trả	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào	Chỉ được bao trả trong một số trường hợp cụ thể
Giải phẫu mắt theo kỹ thuật khúc xạ để điều chỉnh tình trạng cận thị, giải phẫu LASIK và các trợ giúp khác cho mắt kém.	✓	
Thủ thuật phục hồi khả năng sinh sản sau khi đã giải phẫu triệt sản và hoặc vật liệu ngừa thai không có toa.	✓	
Chăm sóc chỉnh nắn xương thường kỳ		✓ Dịch vụ nắn chỉnh cột sống bằng tay để chữa sai khớp được bao trả. Chăm sóc nắn xương được cung cấp như một gói phúc lợi bổ sung tùy chọn. Vui lòng xem Phần 2 trong chương này để biết thông tin chi tiết về phúc lợi.
Mắt kính và kính thuốc định kỳ.		✓ Khám mắt và một đôi kính mắt (hoặc kính áp tròng) được bao trả cho những người đã trải qua phẫu thuật đục thủy tinh thể. Kính thuốc định kỳ được bao trả dưới hình thức gói phúc lợi bổ sung tùy chọn. Vui lòng xem Phần 2 trong chương này để biết thông tin chi tiết về phúc lợi.

Những dịch vụ không được Medicare bao trả	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào	Chỉ được bao trả trong một số trường hợp cụ thể
Chăm sóc bàn chân định kỳ		✓ Một số bảo hiểm hạn chế được cung cấp theo hướng dẫn của Medicare, ví dụ: nếu quý vị bị bệnh tiểu đường.
Dịch vụ được coi là không hợp lý và cần thiết, theo tiêu chuẩn của chương trình Original Medicare.	✓	
Những dụng cụ nâng đỡ cho bàn chân		✓ Giày chỉnh hình hoặc giày trị liệu dành cho những người bị bệnh chân do bệnh tiểu đường gây ra.

CHƯƠNG 5

Sử dụng quyền lợi bảo hiểm của chương trình cho thuốc theo toa Part D

Chương 5. Sử dụng quyền lợi bảo hiểm của chương trình cho thuốc theo toa Part D

PHẦN 1 Giới thiệu 154
Phần 1.1 Chương này giải thích về bảo hiểm thuốc Part D của quý vị ... 154
Phần 1.2 Các quy định cơ bản của chương trình về bảo hiểm thuốc Part D 155

PHẦN 2 Lấy thuốc theo toa tại nhà thuốc trong mạng lưới hoặc qua dịch vụ đặt hàng thuốc qua đường bưu điện của chương trình..... 156
Phần 2.1 Muốn được bao trả thuốc theo toa, quý vị phải lấy thuốc tại một nhà thuốc trong mạng lưới 156
Phần 2.2 Tìm nhà thuốc trong mạng lưới..... 156
Phần 2.3 Sử dụng dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện của chương trình..... 158
Phần 2.4 Làm thế nào để mua thuốc với số lượng dùng dài hạn? 160
Phần 2.5 Quý vị có thể sử dụng nhà thuốc ngoài mạng lưới của chương trình trong những trường hợp nào?..... 160

PHẦN 3 Thuốc của quý vị cần nằm trong "Danh Sách Thuốc" của chương trình 163
Phần 3.1 "Danh Sách Thuốc" cho quý vị biết các loại thuốc Part D nào được bao trả..... 163
Phần 3.2 Có sáu "bậc chia sẻ chi phí" cho các loại thuốc trong Danh Sách Thuốc 164
Phần 3.3 Làm thế nào để quý vị biết được một loại thuốc cụ thể có nằm trong Danh Sách Thuốc không?..... 164

PHẦN 4 Có giới hạn bảo hiểm cho một số loại thuốc 165
Phần 4.1 Tại sao một số loại thuốc bị giới hạn?..... 165
Phần 4.2 Có những giới hạn gì? 166
Phần 4.3 Có giới hạn nào kể trên áp dụng cho thuốc của quý vị không? 167

PHẦN 5 Nếu một trong các loại thuốc của quý vị không được bao trả theo đúng cách quý vị mong muốn thì sao? 167
Phần 5.1 Có một số điều quý vị có thể làm nếu thuốc của quý vị không được bao trả theo đúng cách mong muốn 167

Phần 5.2 Quý vị có thể làm gì nếu thuốc của quý vị không nằm trong Danh Sách Thuốc hoặc bị giới hạn theo cách nào đó? 168
Phần 5.3 Quý vị có thể làm gì nếu cho rằng thuốc của quý vị bị xếp vào bậc chia sẻ chi phí quá cao? 171

PHẦN 6 Nếu bảo hiểm thay đổi liên quan đến một trong các loại thuốc của quý vị thì sao? 172
Phần 6.1 Danh Sách Thuốc có thể thay đổi trong năm 172
Phần 6.2 Nếu bảo hiểm thay đổi liên quan đến một loại thuốc quý vị đang dùng thì sao? 172

PHẦN 7 Những loại thuốc nào *không* được chương trình bao trả? 175
Phần 7.1 Những loại thuốc không được chúng tôi bao trả 175

PHẦN 8 Trình thẻ thành viên của quý vị mỗi khi lấy thuốc theo toa 177
Phần 8.1 Trình thẻ thành viên của quý vị 177
Phần 8.2 Nếu quý vị không mang theo thẻ thành viên thì sao? 177

PHẦN 9 Bảo hiểm thuốc Part D trong một số trường hợp đặc biệt 177
Phần 9.1 Nếu quý vị đang ở trong bệnh viện hay cơ sở điều dưỡng chuyên môn và chương trình bao trả cho thời gian nằm viện đó thì sao? 177
Phần 9.2 Nếu quý vị đang sống ở cơ sở chăm sóc lâu dài (LTC) thì sao? ... 178
Phần 9.3 Nếu quý vị cũng nhận bảo hiểm thuốc từ nhà tuyển dụng hay chương trình nhóm hưu trí thì sao? 179
Phần 9.4 Nếu quý vị đang tham gia chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận thì sao? 179

PHẦN 10 Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc 180
Phần 10.1 Các chương trình giúp thành viên sử dụng thuốc an toàn 180
Phần 10.2 Chương Trình Quản Lý Thuốc (DMP) để giúp thành viên sử dụng thuốc opioid một cách an toàn 181
Phần 10.3 Chương trình Quản Lý Trị Liệu Bằng Thuốc (MTM) để giúp thành viên quản lý thuốc của mình 182

Quý vị có biết rằng có các chương trình trợ giúp mọi người trả tiền thuốc không?
Chương trình "Trợ Giúp Bổ Sung" giúp trả tiền thuốc cho những người có nguồn thu nhập thấp. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Chương 2, Phần 7.

Hiện tại quý vị có nhận được trợ giúp chi trả thuốc không?

Nếu quý vị đang tham gia chương trình trợ giúp thanh toán tiền thuốc của quý vị, **một số thông tin trong *Chứng Thực Bảo Hiểm* về chi phí cho thuốc theo toa Part D có thể không áp dụng với quý vị**. Chúng tôi đã gửi cho quý một phụ lục riêng gọi là ""Phụ Lục Chứng Thực Bảo Hiểm cho Những Người Nhận Trợ Giúp Bổ Sung cho Thuốc Kê Toa" (còn được gọi là "Phụ Lục về Trợ Cấp Thu Nhập Thấp" hay "Phụ Lục LIS"), cho quý vị biết về bảo hiểm thuốc của mình. Nếu quý vị không có tờ đính kèm này, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên và hỏi xin một bản "LIS Rider". (Quý vị có thể tìm các số điện thoại của Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên ở bìa sau của tập sách này).

PHẦN 1 Giới thiệu

Phần 1.1 Chương này giải thích về bảo hiểm thuốc Part D của quý vị

Chương này **giải thích các quy định phải theo khi sử dụng bảo hiểm để mua thuốc Part D.** Chương tiếp theo trình bày các chi phí quý vị sẽ trả cho thuốc Part D (Chương 6, *Số tiền quý vị trả cho thuốc theo toa Part D*).

Ngoài việc bao trả cho thuốc Part D, chương trình của chúng tôi cũng bao trả cho một số loại thuốc theo phúc lợi y tế của chương trình. Qua việc bao trả cho phúc lợi chương trình Part A, chương trình chúng tôi nói chung có bao trả những loại thuốc quý vị dùng trong lúc nằm bệnh viện hoặc ở tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn được bao trả. Qua việc bao trả cho quyền lợi chương trình Part B, chương trình của chúng tôi bao trả một số loại thuốc hóa trị, một số thuốc tiêm dùng cho quý vị tại phòng mạch bác sĩ, và thuốc mà quý vị được cho tại cơ sở lọc máu. Chương 4 *(Bảng Phúc Lợi Y Tế, những gì được bao trả và số tiền quý vị phải trả)* trình bày thông tin về phúc lợi và chi phí cho các loại thuốc trong thời gian nằm viện hoặc ở trong cơ sở điều dưỡng chuyên môn được bao trả cũng như phúc lợi và chi phí cho các thuốc Part B.

Thuốc quý vị có thể được chương trình Original Medicare bao trả nếu quý vị đang ở trong chương trình chăm sóc cuối đời thuộc Medicare. Chương trình của chúng tôi chỉ bao trả các dịch vụ và thuốc Medicare Part A, B, và D không liên quan đến bệnh lý nan y của quý vị và các tình trạng liên quan và do đó không bao trả cho quyền lợi chăm sóc cuối đời thuộc Medicare. Để biết thêm thông tin, quý vị hãy xem Phần 9.4 *(Nếu quý vị đang tham gia chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận thì sao).* Để biết thêm thông tin về mức bao trả cho chăm sóc cuối đời, quý vị hãy xem phần chăm sóc cuối đời của Chương 4 *(Bảng Phúc Lợi Y Tế, những gì được bao trả và số tiền quý vị phải trả).*

Các phần sau thảo luận về việc bao trả cho các loại thuốc của quý vị theo quy định phúc lợi của chương trình Part D. Phần 9, *Bao trả cho thuốc Part D trong các tình huống đặc biệt* bao gồm thêm thông tin về bao trả Part D và Original Medicare của quý vị.

Phần 1.2 Các quy định cơ bản của chương trình về bảo hiểm thuốc Part D

Nhìn chung, chương trình sẽ chi trả các loại thuốc của quý vị miễn là quý vị tuân thủ các quy định cơ bản sau đây:

- Quý vị phải yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ (bác sĩ, nha sĩ hoặc người kê toa khác) viết toa thuốc cho quý vị.
- Người kê toa của quý vị phải chấp nhận tham gia Medicare hoặc gửi tài liệu cho CMS để cho thấy rằng mình đủ điều kiện để kê toa thuốc, nếu không, yêu cầu thanh toán cho thuốc Part D của quý vị sẽ bị từ chối. Quý vị nên hỏi xem người cho toa của quý vị có đáp ứng được điều kiện này hay không nếu lần sau quý vị gọi hoặc đến khám. Nếu không, xin quý vi nhớ là cần phải có thời gian để người kê toa của quý vị nộp các giấy tờ cần thiết để được xử lý.
- Quý vị thường phải lấy thuốc theo toa tại một nhà thuốc trong mạng lưới. (Xem Phần 2, *Lấy thuốc theo toa tại nhà thuốc trong mạng lưới hoặc qua dịch vụ đặt hàng thuốc qua đường bưu điện của chương trình.*)
- Thuốc của quý vị phải nằm trong *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Mục thuốc)* (chúng tôi thường gọi tắt là "Danh Sách Thuốc"). (Xem Phần 3, *Thuốc của quý vị cần nằm trong "Danh Sách Thuốc" của chương trình.*)
- Thuốc của quý vị phải được sử dụng theo chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. “Chỉ định được chấp nhận về mặt y tế” là việc sử dụng thuốc được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm chấp thuận hoặc được một số sách tham khảo hỗ trợ. (Xem Phần 3 để biết thêm thông tin về các chỉ định được chấp nhận về mặt y tế.)

PHẦN 2 Lấy thuốc theo toa tại nhà thuốc trong mạng lưới hoặc qua dịch vụ đặt hàng thuốc qua đường bưu điện của chương trình

Phần 2.1 Muốn được bao trả thuốc theo toa, quý vị phải lấy thuốc tại một nhà thuốc trong mạng lưới

Trong hầu hết trường hợp, thuốc theo toa *chỉ* được bao trả nếu được lấy tại nhà thuốc trong mạng lưới của chương trình. (Xem Phần 2.5 để biết thêm về những trường hợp được bảo hiểm thuốc theo toa khi lấy tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới.)

Nhà thuốc trong mạng lưới là một nhà thuốc đã ký hợp đồng với chương trình để cung cấp thuốc theo toa được bảo hiểm của quý vị. Thuật ngữ "thuốc được bao trả" bao hàm tất cả các thuốc theo toa Part D được bao trả trong Danh Sách Thuốc.

Mạng lưới của chúng tôi có các nhà thuốc cung cấp thuốc với chia sẻ chi phí tiêu chuẩn và các nhà thuốc có chia sẻ chi phí ưu tiên. Quý vị có thể đến bất cứ nhà thuốc nào trong mạng lưới để mua thuốc theo toa được bao trả của quý vị. Phần chia sẻ chi phí của quý vị có thể thấp hơn nếu quý vị mua thuốc tại nhà thuốc có chia sẻ chi phí ưu tiên.

Phần 2.2 Tìm nhà thuốc trong mạng lưới

Làm thế nào để tìm một nhà thuốc trong mạng lưới trong khu vực của quý vị?

Để tìm một nhà thuốc trong mạng lưới, quý vị có thể tham khảo *Danh Mục Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc của quý vị,* truy cập trang web của chúng tôi (www.wellcare.com/healthnetca), hoặc gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (các số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này).

Quý vị có thể mua thuốc tại bất cứ nhà thuốc nào trong mạng lưới. Tuy nhiên, chi phí thuốc được bao trả của quý vị có thể sẽ thấp hơn nữa nếu quý vị mua tại nhà thuốc trong mạng lưới có chia sẻ chi phí ưu tiên thay vì mua thuốc ở nhà thuốc trong mạng lưới có chia sẻ chi phí tiêu chuẩn. *Danh Mục Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc* sẽ cho quý vị biết các nhà thuốc gửi thuốc qua đường bưu điện nào trong mạng lưới có chia sẻ chi phí ưu tiên. Quý vị có thể gọi cho chúng tôi để tìm hiểu thêm về việc tiền tự trả của quý vị có thể khác khi dùng các loại thuốc khác nhau. Nếu quý vị chuyển từ một nhà thuốc trong mạng lưới sang một nhà thuốc khác và quý vị cần mua loại thuốc quý vị đang dùng, quý vị có thể yêu cầu bác sĩ viết cho toa thuốc mới hoặc yêu cầu chuyển toa thuốc của quý vị sang nhà thuốc mới trong mạng lưới.

Nếu nhà thuốc mà quý vị thường sử dụng rút khỏi hệ thống thì sao?

Nếu nhà thuốc của quý vị rút khỏi hệ thống của chương trình thì quý vị sẽ cần tìm nhà thuốc mới trong mạng lưới. Hoặc nếu nhà thuốc quý vị đang sử dụng vẫn ở trong mạng lưới nhưng không còn cung cấp phần chia sẻ chi phí ưu tiên, quý vị có thể chuyển sang một nhà thuốc khác. Để tìm nhà thuốc trong mạng lưới khác tại khu vực của quý vị, quý vị có thể yêu cầu trợ giúp từ Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này) hoặc sử dụng *Danh Mục Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc.* Ngoài ra quý vị còn có thể tìm thông tin này trên trang web của chúng tôi tại www.wellcare.com/healthnetca.

Nếu quý vị cần sử dụng nhà thuốc chuyên khoa thì sao?

Đôi khi một số loại thuốc theo toa cần được lấy tại một nhà thuốc chuyên khoa. Các nhà thuốc chuyên khoa bao gồm:

- Các nhà thuốc cung cấp thuốc trị liệu tiêm truyền tại nhà.
- Các nhà thuốc cung cấp thuốc cho những người sống ở cơ sở chăm sóc lâu dài (Long-term care - LTC). Thường thì một cơ sở chăm sóc lâu dài (LTC) (như viện dưỡng lão) có nhà thuốc trực thuộc. Nếu quý vị đang ở trong một cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC), chúng tôi phải bảo đảm quý vị thường xuyên nhận được những phúc lợi thuốc Part D của quý vị qua mạng lưới của các nhà thuốc LTC, là các nhà thuốc các cơ sở LTC thường sử dụng. Nếu quý vị có trở ngại trong việc tiếp cận phúc lợi Part D của quý vị trong một cơ sở LTC, xin vui lòng liên lạc với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.
- Các nhà thuốc chuyên phục vụ cho Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Người Mỹ Bản Xứ/Bộ Lạc/Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Người Mỹ Bản Xứ Sống Ở Thành Thị (các dịch vụ này không có ở Puerto Rico). Trừ các trường hợp khẩn cấp, các nhà thuốc loại này trong mạng lưới chúng tôi chỉ được phép phục vụ cho người Mỹ bản xứ hay người Alaska bản xứ.
- Nhà thuốc chuyên cung cấp các loại thuốc bị FDA giới hạn chỉ cho phép sử dụng ở những khu vực quy định hoặc các loại thuốc cần được xử lý đặc biệt, cần có sự phối hợp giữa các nhà cung cấp hay cần có hướng dẫn về cách sử dụng. (*Lưu ý:* Theo lệ thường thì hiếm khi cần sử dụng loại nhà thuốc này.)

Để tìm một nhà thuốc chuyên khoa, quý vị có thể tham khảo *Danh Mục Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc* hoặc gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này).

Phần 2.3 Sử dụng dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện của chương trình

Đối với một số loại thuốc, quý vị có thể sử dụng dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện trong mạng lưới của chương trình. Thông thường thì dịch vụ đặt hàng thuốc qua đường bưu điện này chỉ dùng cho các loại thuốc dùng thường xuyên để điều trị một bệnh lý mãn tính hay dài hạn. Các loại thuốc không được phép đặt hàng qua đường bưu điện được ghi rõ là “NM” trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi.

Dịch vụ gửi thuốc qua đường bưu điện của chương trình chúng tôi cho phép quý vị đặt thuốc với **lượng đủ dùng cho tối đa 90 ngày.**

Để nhận mẫu đặt hàng và thông tin về cách mua thuốc theo toa qua đường bưu điện, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (số điện thoại và địa chỉ trang web có ở bìa sau của tập sách này).

Thường thì đơn thuốc đặt hàng qua đường bưu điện sẽ đến tay quý vị trong vòng không quá 14 ngày theo lịch. Nếu đơn hàng của quý vị bị chậm trễ, vui lòng liên hệ Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để được trợ giúp. (số điện thoại Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên có bìa sau của tập sách này.)

Toa thuốc mới được nhà thuốc nhận trực tiếp từ phòng khám của bác sĩ.
Nhà thuốc sẽ tự động lấy và giao thuốc theo toa mới mà nhà thuốc nhận được từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, mà không cần kiểm tra trước với quý vị, nếu:

- Quý vị đã sử dụng các dịch vụ mua thuốc qua đường bưu điện với chương trình này trong quá khứ, hoặc
- Quý vị đăng ký giao hàng tự động đối với tất cả các thuốc theo toa mới nhận được trực tiếp từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Quý vị có thể yêu cầu giao hàng tự động đối với tất cả các thuốc theo toa mới ngay bây giờ hoặc bất cứ lúc nào bằng cách liên lạc với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên phụ trách dịch vụ gửi thuốc qua đường bưu điện theo số 1-888-624-1139, (TTY: 711), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Hoặc đăng nhập vào caremark.com.

Nếu quý vị tự động nhận được thuốc theo toa qua đường bưu điện mà quý vị không muốn, và quý vị đã không được liên lạc để xem liệu quý vị có muốn hay không trước khi thuốc theo toa được gửi đến quý vị, quý vị có thể đủ điều kiện để được hoàn tiền. Nếu quý vị đã sử dụng dịch vụ gửi thuốc qua đường bưu điện trong quá khứ và không muốn nhà thuốc tự động lấy và gửi mỗi toa

thuốc mới, xin vui lòng liên lạc với chúng tôi bằng cách gọi đến Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên phụ trách dịch vụ gửi thuốc qua đường bưu điện theo số điện thoại 1-888-624-1139, (TTY: 711), 24 giờ một ngày, 7 ngày mỗi tuần. Hoặc đăng nhập vào caremark.com.

Nếu quý vị chưa bao giờ sử dụng dịch vụ giao thuốc đặt mua qua đường bưu điện của chúng tôi và/hoặc quyết định ngừng tự động lấy toa thuốc mới, nhà thuốc sẽ liên lạc với quý vị mỗi khi nhà thuốc nhận được toa thuốc mới từ một nhà cung cấp để xem liệu quý vị có muốn nhà thuốc lấy và chuyển thuốc cho quý vị ngay lập tức không. Đây cũng là cơ hội để quý vị kiểm tra lại cho chắc rằng nhà thuốc sẽ giao đúng thuốc (bao gồm độ mạnh, liều lượng, và dạng thuốc) và, nếu cần, cho phép quý vị hủy bỏ hay hoãn lại đơn đặt thuốc đó trước khi thuốc được gửi đi và quý vị nhận hóa đơn tính tiền. Một điều quan trọng là quý vị cần trả lời mỗi lần dịch vụ gửi thuốc liên lạc với quý vị, để cho họ biết quý vị muốn toa thuốc mới được xử lý như thế nào và tránh sự chậm trễ trong việc gửi thuốc.

Để lựa chọn không sử dụng dịch vụ giao thuốc tự động đối với các toa thuốc mới nhận được trực tiếp từ phòng khám của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, vui lòng liên lạc với chúng tôi bằng cách gọi đến Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên phụ trách dịch vụ gửi thuốc qua đường bưu điện theo số điện thoại 1-888-624-1139, (TTY: 711), 24 giờ một ngày, 7 ngày mỗi tuần. Hoặc đăng nhập vào caremark.com.

Mua thêm thuốc theo toa từ dịch vụ đặt hàng thuốc qua đường bưu điện. Để lấy thêm thuốc, quý vị có thể chọn ghi danh vào chương trình tự động gửi thêm thuốc cho quý vị. Với chương trình này, chúng tôi sẽ tự động chuẩn bị gửi thêm thuốc cho quý vị khi hồ sơ của chúng tôi cho thấy quý vị gần hết thuốc. Nhà thuốc sẽ liên lạc với quý vị trước khi gửi thuốc mua thêm đi, để biết chắc là quý vị đang cần thêm thuốc, và quý vị có thể hủy bỏ việc mua thêm thuốc theo lịch trình nếu quý vị có đủ thuốc của mình hoặc nếu thuốc của quý vị đã thay đổi. Nếu quý vị quyết định không dùng chương trình đặt mua thêm thuốc tự động của chúng tôi, vui lòng liên lạc với nhà thuốc của quý vị 10-14 ngày trước ngày mà quý vị nghĩ là thuốc quý vị đang dùng sẽ hết để chắc chắn là quý vị sẽ nhận kịp thời đợt thuốc mới.

Để cho chúng tôi biết rằng quý vị không muốn tham gia vào chương trình tự động chuẩn bị đặt hàng thêm thuốc qua đường bưu điện, vui lòng liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi đến nhà thuốc đặt hàng qua đường bưu điện:

- **CVS Caremark: 1-888-624-1139 (Người dùng TTY có thể gọi số 711).**

Để đảm bảo dịch vụ gửi thuốc có thể liên lạc được với quý vị và xác nhận đơn đặt hàng trước khi gửi thuốc, xin yêu cầu quý vị nhớ báo cho dịch vụ biết cách

tốt nhất để liên lạc với quý vị. Quý vị phải xác minh thông tin liên lạc của quý vị mỗi lần quý vị đặt hàng, vào thời điểm quý vị ghi danh vào chương trình mua thêm thuốc tự động hoặc nếu thông tin liên lạc của quý vị thay đổi.

Phần 2.4 Làm thế nào để mua thuốc với số lượng dùng dài hạn?

Khi mua một lượng thuốc dùng lâu dài, chia sẻ chi phí của quý vị có thể thấp hơn. Chương trình này cho phép thành viên có hai cách để được cấp thuốc dùng dài hạn (còn gọi là "lượng thuốc dùng kéo dài") cho các loại thuốc "duy trì" trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi. (Thuốc duy trì là các loại thuốc mà quý vị nhận thường xuyên cho một bệnh lý mạn tính hoặc kéo dài (xem Phần 2.3) hoặc quý vị có thể đến nhà thuốc bán lẻ.

1. **Một số nhà thuốc bán lẻ** trong mạng lưới của chúng tôi cho phép quý vị lấy thuốc duy trì với lượng dùng dài hạn. *Danh Mục Các Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc* của quý vị cho biết các nhà thuốc nào trong mạng lưới có thể phát thuốc duy trì với số lượng dùng dài hạn. Quý vị cũng có thể gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để biết thêm thông tin (các số điện thoại được in ở bìa sau của tài liệu này).

2. Đối với một số loại thuốc, quý vị có thể sử dụng **dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện** trong mạng lưới của chương trình. Các loại thuốc *không* được phép đặt hàng qua đường bưu điện được ghi rõ là **"NM"** trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi. Dịch vụ gửi thuốc qua đường bưu điện của chương trình chúng tôi cho phép quý vị đặt thuốc với lượng đủ dùng trong 90 ngày. Xem Phần 2.3 để biết thêm thông tin về cách dùng dịch vụ Đặt Hàng Thuốc Qua Đường Bưu Điện.

Phần 2.5 Quý vị có thể sử dụng nhà thuốc ngoài mạng lưới của chương trình trong những trường hợp nào?

Thuốc theo toa của quý vị có thể được chi trả trong một số tình huống

Thường thì chúng tôi bao trả cho thuốc được lấy tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới *chỉ* khi quý vị không thể dùng một nhà thuốc trong mạng lưới. Để giúp cho quý vị, chúng tôi có các nhà thuốc trong mạng lưới bên ngoài của khu vực dịch vụ của chúng tôi, nơi quý vị có thể mua thuốc theo toa với tư cách thành viên của chương trình chúng tôi. Nếu quý vị không thể sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới, sau đây là những trường hợp mà chúng tôi sẽ bao trả cho thuốc theo toa quý vị mua tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới:

- **Đi lại:** Được bảo hiểm khi quý vị đi lại hoặc ở xa khu vực dịch vụ của chương trình.

Nếu quý vị dùng thuốc theo toa thường xuyên và sẽ đi một chuyến du lịch, hãy nhớ kiểm tra số lượng thuốc trước khi đi. Mỗi khi có thể, hãy mang theo đầy đủ số lượng thuốc cần thiết. Quý vị có thể đặt trước thuốc theo toa thông qua một nhà thuốc đặt hàng qua đường bưu điện.

Nếu quý vị đang đi lại trong Hoa Kỳ và các lãnh thổ trực thuộc và bị bệnh hoặc đánh mất hay dùng hết thuốc theo toa thì chúng tôi sẽ bao trả cho việc lấy thêm thuốc tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới. Trong trường hợp này, quý vị sẽ cần thanh toán đầy đủ giá thuốc (thay vì chỉ đóng tiền đồng trả hay phần đồng bảo hiểm) khi lấy thuốc theo toa. Quý vị có thể nộp đơn xin bồi hoàn để yêu cầu chúng tôi hoàn trả phần bảo hiểm chi phí thuốc đó. Nếu quý vị đến nhà thuốc ngoài mạng lưới thì có thể phải chịu trách nhiệm trả số tiền chênh lệch giữa giá của thuốc đó tại một nhà thuốc trong mạng lưới và giá tính cho quý vị tại nhà thuốc ngoài mạng lưới. Để biết cách nộp đơn xin bồi hoàn, vui lòng xem phần “Cách và nơi gửi yêu cầu thanh toán của quý vị cho chúng tôi” ở Chương 7, Phần 2.1.

Quý vị cũng có thể gọi đến Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để hỏi xem có nhà thuốc trong mạng lưới nào ở khu vực mà quý vị đi du lịch hay không.

Chúng tôi không thể chi trả cho bất cứ loại thuốc theo toa nào được lấy tại nhà thuốc ở ngoài Hoa Kỳ và các lãnh thổ trực thuộc, ngay cả trong trường hợp cấp cứu y tế.

- **Trường Hợp Khẩn Cấp Y tế:** Nếu tôi cần lấy thuốc theo toa vì rơi vào trường hợp cấp cứu y tế hoặc vì tôi cần được chăm sóc khẩn cấp thì sao?

Chúng tôi sẽ chi trả cho các loại thuốc theo toa được lấy tại nhà thuốc ngoài mạng lưới nếu thuốc đó liên quan đến việc chăm sóc khẩn cấp hoặc cho một tình trạng cấp cứu. Trong trường hợp này, quý vị sẽ cần thanh toán đầy đủ giá thuốc (thay vì chỉ đóng tiền đồng trả hay phần đồng bảo hiểm) khi lấy thuốc theo toa. Quý vị có thể nộp đơn xin bồi hoàn để yêu cầu chúng tôi hoàn trả phần bảo hiểm chi phí thuốc đó. Nếu quý vị đến nhà thuốc ngoài mạng lưới thì có thể phải chịu trách nhiệm trả số tiền chênh lệch giữa giá của thuốc đó tại một nhà thuốc trong mạng lưới và giá tính cho quý vị tại nhà thuốc ngoài mạng lưới. Để biết cách nộp đơn xin bồi hoàn, vui lòng xem phần “Cách và nơi gửi yêu cầu thanh toán của quý vị cho chúng tôi” ở Chương 7, Phần 2.1.

- **Các trường hợp khác:** Có một số trường hợp khác mà quý vị có thể được bao trả thuốc theo toa nếu quý vị mua thuốc tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới.

Chúng tôi sẽ bao trả thuốc theo toa của quý vị khi được lấy tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới nếu có ít nhất một trong các điều kiện dưới đây:

- Nếu quý vị không thể lấy kịp thời một loại thuốc được bao trả trong khu vực dịch vụ của chúng tôi vì không có nhà thuốc trong mạng lưới nào mở cửa 24 giờ trong ngày và nằm trong khoảng cách hợp lý để lái xe đến.
- Nếu quý vị cần lấy loại thuốc theo toa tại các nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới dễ đến hay nhà thuốc đặt hàng thuốc qua đường bưu điện mà loại thuốc này thường không có hàng (bao gồm thuốc có giá cao và thuốc hiếm).
- Nếu quý vị được tiêm vắc-xin cần thiết về mặt y tế nhưng không được Medicare Part B bảo hiểm, hoặc một số loại thuốc được bao trả mà chỉ cho dùng tại phòng khám bác sĩ.

Trong tất cả các trường hợp trên đây, quý vị có thể nhận được thuốc theo toa với lượng đủ dùng trong 30 ngày. Ngoài ra, rất có thể quý vị sẽ phải thanh toán tiền thuốc cho nhà thuốc ngoài mạng lưới và sau đó nộp hồ sơ chứng minh để yêu cầu chương trình hoàn trả cho quý vị. Vui lòng nhớ gửi kèm trong hồ sơ phần giải thích về tình huống liên quan đến việc quý vị phải sử dụng nhà thuốc không trong mạng lưới của chúng tôi. Điều này sẽ giúp chúng tôi trong việc xử lý đơn xin hoàn trả của quý vị.

Trong những trường hợp này, **vui lòng kiểm tra trước với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên** để xem có nhà thuốc trong mạng lưới ở gần hay không. (Các số điện thoại của Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên được in ở bìa sau tập sách này). Quý vị có thể phải trả số tiền chênh lệch giữa số tiền quý vị phải trả cho toa thuốc mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới và số tiền chúng tôi bao trả cho toa thuốc mua tại nhà thuốc trong mạng lưới.

Làm thế nào để yêu cầu chương trình hoàn trả tiền thuốc?

Nếu quý vị cần phải sử dụng một nhà thuốc ngoài mạng lưới thì quý vị thường phải thanh toán toàn bộ giá thuốc (thay vì phần chi phí thông thường dành cho quý vị) vào lúc lấy thuốc theo toa. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả phần bảo hiểm chi phí thuốc đó. (Chương 7, Phần 2.1 giải thích về thủ tục yêu cầu chương trình hoàn trả cho quý vị.)

PHẦN 3 Thuốc của quý vị cần nằm trong "Danh Sách Thuốc" của chương trình

Phần 3.1 "Danh Sách Thuốc" cho quý vị biết các loại thuốc Part D nào được bao trả

Chương trình có một *"Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Mục Thuốc)*." Trong *Chứng Thực Bảo Hiểm* này, **chúng tôi gọi tắt là "Danh Sách Thuốc".**

Các loại thuốc trong danh sách này được chương trình tuyển chọn sau khi tham khảo ý kiến của một nhóm bác sĩ và dược sĩ. Danh sách phải đáp ứng các yêu cầu của Medicare. Medicare đã chấp nhận Danh Sách Thuốc của chương trình.

Danh Sách Thuốc chỉ liệt kê các loại thuốc được bao trả theo Medicare Part D (Phần 1.1 ở trên trong chương này giải thích về các loại thuốc Part D).

Nói chung thì chúng tôi sẽ chi trả các loại thuốc nằm trong Danh Sách Thuốc của chương trình miễn là quý vị tuân theo đúng các quy tắc bảo hiểm được giải thích ở chương này và việc sử dụng thuốc là theo chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. "Chỉ định được chấp nhận về mặt y tế" nghĩa là việc sử dụng thuốc *theo cách:*

- được Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm chấp nhận. (Có nghĩa là Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm đã chấp nhận sử dụng thuốc đó để điều trị bệnh chẩn đoán hoặc tình trạng mà bác sĩ cho toa thuốc.)
- -- *hoặc* -- được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo nhất định, chẳng hạn như Thông Tin Thuốc Trong Danh Mục Thuốc Của Bệnh Viện Hoa Kỳ và Hệ Thống Thông Tin DRUGDEX.

Danh Sách Thuốc bao gồm các loại thuốc gốc cũng như loại thuốc chính hiệu

Thuốc gốc là một loại thuốc theo toa có cùng các thành phần hoạt chất như một loại thuốc chính hiệu. Nhìn chung, loại thuốc này có tác dụng tốt bằng thuốc chính hiệu nhưng thường có giá thấp hơn. Nhiều loại thuốc chính hiệu có thuốc gốc để dùng thay thế.

Các loại thuốc nào *không* nằm trong Danh Sách Thuốc?

Chương trình này không chi trả cho tất cả các loại thuốc theo toa.

- Trong một số trường hợp, luật pháp cấm Medicare chi trả cho một số loại thuốc (để biết thêm thông tin về việc này, hãy xem Phần 7.1 trong chương này).

- Trong những trường hợp khác, chúng tôi đã quyết định không đưa một loại thuốc cụ thể vào trong Danh Sách Thuốc.

Phần 3.2 Có sáu "bậc chia sẻ chi phí" cho các loại thuốc trong Danh Sách Thuốc

Mỗi thuốc trong Danh Sách Thuốc được xếp vào một trong sáu bậc chia sẻ chi phí. Nhìn chung, bậc chia sẻ chi phí càng cao thì chi phí quý vị phải trả càng nhiều:

- Bậc 1 (Thuốc Gốc Ưu Tiên) bao gồm các thuốc gốc ưu tiên và có thể gồm một số loại thuốc chính hiệu.
- Bậc 2 (Thuốc Gốc) bao gồm các thuốc gốc và có thể gồm một số loại thuốc chính hiệu.
- Bậc 3 (Thuốc Chính Hiệu Ưu Tiên) bao gồm các thuốc chính hiệu ưu tiên và có thể gồm một số loại thuốc gốc.
- Bậc 4 (Thuốc Không Ưu Tiên) bao gồm những loại thuốc gốc không ưu tiên và thuốc chính hiệu không ưu tiên.
- Bậc 5 (Bậc Chuyên Khoa) bao gồm một số loại thuốc gốc và thuốc chính hiệu giá cao. Các loại thuốc thuộc bậc này không đủ điều kiện cho ngoại lệ thanh toán ở bậc thấp hơn. Đây là bậc yêu cầu chia sẻ chi phí ở mức cao nhất.
- Bậc 6 (Thuốc Chăm Sóc Chọn Lọc) bao gồm một số loại thuốc gốc và thuốc chính hiệu thường được sử dụng để điều trị các bệnh mạn tính hoặc để phòng bệnh (các loại vắc-xin). Đây là bậc yêu cầu chia sẻ chi phí ở mức thấp nhất.

Để tìm xem thuốc của quý vị được xếp vào chia sẻ chi phí bậc nào, hãy tham khảo Danh Sách Thuốc của chương trình.

Số tiền quý vị phải trả cho thuốc trong từng bậc chia sẻ chi phí được trình bày ở Chương 6 *(Số tiền quý vị phải trả cho thuốc theo toa Part D).*

Phần 3.3 Làm thế nào để quý vị biết được một loại thuốc cụ thể có nằm trong Danh Sách Thuốc không?

Có ba cách tìm hiểu:

1. Tham khảo Danh Sách Thuốc mới nhất mà chúng tôi cung cấp dưới dạng điện tử.
2. Truy cập trang web của chương trình (www.wellcare.com/healthnetca). Danh Sách Thuốc đăng trên trang web luôn là phiên bản cập nhật mới nhất.

3. Gọi điện đến Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để tìm xem một loại thuốc cụ thể nào đó có nằm trong Danh Sách Thuốc của chương trình không hoặc để yêu cầu được nhận bản sao danh sách. (Số điện thoại Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên được ghi ở bìa sau của tập sách này).

PHẦN 4 Có giới hạn bảo hiểm cho một số loại thuốc

Phần 4.1 Tại sao một số loại thuốc bị giới hạn?

Có các quy định đặc biệt giới hạn cách thức chi trả và các trường hợp được chi trả một số loại thuốc theo toa. Một nhóm gồm các bác sĩ và dược sĩ đã xây dựng những quy định này để giúp thành viên của chúng tôi sử dụng thuốc theo cách hiệu quả nhất. Các quy định đặc biệt này cũng giúp kiểm soát tổng chi phí thuốc, nhờ đó phí bảo hiểm thuốc của quý vị được duy trì ở mức vừa phải hơn.

Nhìn chung thì các quy định của chương trình chúng tôi khuyến khích quý vị chọn loại thuốc có tác dụng điều trị bệnh lý và vừa an toàn vừa hiệu quả. Mỗi khi có một loại thuốc có giá thấp hơn mà vẫn an toàn và hiệu quả về mặt y tế như loại thuốc giá cao hơn thì quy định của chương trình được thiết kế để khuyến khích quý vị và nhà cung cấp dịch vụ y tế cho quý vị sử dụng thuốc giá thấp hơn. Chúng tôi cũng phải tuân thủ các quy định và quy chế của Medicare liên quan đến bảo hiểm thuốc và mức chia sẻ chi phí.

Nếu có giới hạn nào áp dụng cho thuốc của quý vị, điều này thường có nghĩa là quý vị hay nhà cung cấp dịch vụ cho quý vị sẽ cần thực hiện các bước thêm để được chúng tôi bao trả thuốc đó. Nếu quý vị muốn được miễn giới hạn đó thì cần tuân theo thủ tục quyết định phạm vi bảo hiểm và yêu cầu chúng tôi chấp nhận ngoại lệ cho quý vị. Chúng tôi có thể có hoặc không đồng ý miễn giới hạn cho quý vị. (Xem Chương 9, Phần 6.2 để biết thông tin về thủ tục yêu cầu được ngoại lệ.)

Xin lưu ý rằng đôi khi một loại thuốc có thể xuất hiện nhiều hơn một lần trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi. Đó là vì mỗi loại thuốc mà người cung cấp dịch vụ y tế kê toa cho quý vị có thể được áp dụng các hạn chế hoặc mức chia sẻ chi phí khác nhau căn cứ vào những yếu tố như độ mạnh, số lượng hay dạng thuốc (Ví dụ, 10 mg so với 100 mg; uống một lần mỗi ngày so với hai lần mỗi ngày; dạng viên so với dạng lỏng).

Phần 4.2 Có những giới hạn gì?

Chương trình chúng tôi có các giới hạn khác nhau để giúp thành viên sử dụng thuốc theo cách hiệu quả nhất. Những Part Dưới đây cho biết thêm thông tin về các giới hạn được áp dụng cho một số loại thuốc.

Giới hạn thuốc chính hiệu khi có sẵn loại thuốc gốc

Tổng quát, loại thuốc "gốc" cũng có tác dụng y như thuốc chính hiệu và thường có giá rẻ hơn. **Trong hầu hết trường hợp, khi một thuốc chính hiệu có sẵn loại thuốc gốc thì các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi sẽ cho quý vị loại thuốc gốc.** Chúng tôi thường không chi trả cho thuốc chính hiệu khi có sẵn loại thuốc gốc. Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp dịch vụ y tế cho quý vị báo cho chúng tôi biết lý do vì sao thuốc gốc cũng như các loại thuốc được bao trả khác mà thường dùng để trị bệnh đó sẽ không có hiệu quả cho quý vị, thì chúng tôi sẽ chi trả cho thuốc chính hiệu. (Phần chi phí quý vị phải trả khi mua thuốc chính hiệu có thể nhiều hơn so với thuốc gốc.)

Yêu cầu được sự chấp thuận trước của chương trình

Đối với một số loại thuốc, quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế cho quý vị sẽ cần yêu cầu chương trình chấp nhận thì chúng tôi mới đồng ý chi trả thuốc cho quý vị. Điều này được gọi là **"sự chấp thuận trước".** Đôi khi yêu cầu được chấp thuận trước giúp hướng dẫn cách phù hợp để sử dụng một số loại thuốc. Nếu quý vị không được chấp nhận, thuốc của quý vị có thể không được chương trình bao trả.

Thử dùng một loại thuốc khác trước

Yêu cầu này nhằm khuyến khích quý vị thử dùng các loại thuốc ít tốn kém hơn nhưng có hiệu quả tương tự trước khi chương trình đồng ý chi trả cho một loại thuốc khác. ví dụ, nếu Thuốc A và Thuốc B được sử dụng để điều trị cùng một bệnh lý, chương trình có thể yêu cầu quý vị thử dùng Thuốc A trước. Nếu Thuốc A không có hiệu quả đối với quý vị thì chương trình của chúng tôi sẽ bao trả cho Thuốc B. Yêu cầu thử dùng một loại thuốc khác trước được gọi là **"phương pháp trị liệu từng bước."**

Giới hạn số lượng

Đối với một số loại thuốc, chúng tôi giới hạn số lượng thuốc quý vị có thể mua mỗi khi quý vị mua theo toa thuốc của quý vị. ví dụ, nếu một loại thuốc nào đó thường được coi là an toàn khi chỉ uống một viên một ngày thì chúng tôi có thể giới hạn bảo hiểm ở mức một viên thuốc một ngày mà không chi trả nhiều hơn.

Phần 4.3 Có giới hạn nào kể trên áp dụng cho thuốc của quý vị không?

Danh Sách Thuốc của chương trình cho biết thông tin về các giới hạn nêu ở trên. Để tìm hiểu xem có giới hạn nào trong số này áp dụng cho một loại thuốc quý vị đang dùng hay muốn dùng, vui lòng tham khảo Danh Sách Thuốc. Để biết thông tin cập nhật nhất, hãy gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (các số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này) hoặc vào xem trang web của chúng tôi (www.wellcare.com/healthnetca).

Nếu có giới hạn nào áp dụng cho thuốc của quý vị, điều này thường có nghĩa là quý vị hay nhà cung cấp dịch vụ cho quý vị sẽ cần thực hiện các bước thêm để được chúng tôi bao trả thuốc đó. Nếu có một giới hạn nào đó áp dụng cho loại thuốc quý vị muốn dùng, hãy liên lạc với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để tìm hiểu xem quý vị hay nhà cung cấp dịch vụ y tế cho quý vị cần làm những gì để thuốc đó có thể được chi trả. Nếu quý vị muốn được miễn giới hạn đó thì cần tuân theo thủ tục quyết định phạm vi bảo hiểm và yêu cầu chúng tôi chấp nhận ngoại lệ cho quý vị. Chúng tôi có thể có hoặc không đồng ý miễn giới hạn cho quý vị. (Xem Chương 9, Phần 6.2 để biết thông tin về thủ tục yêu cầu được ngoại lệ.)

PHẦN 5 Nếu một trong các loại thuốc của quý vị không được bao trả theo đúng cách quý vị mong muốn thì sao?

Phần 5.1 Có một số điều quý vị có thể làm nếu thuốc của quý vị không được bao trả theo đúng cách mong muốn

Chúng tôi hy vọng rằng chương trình bảo hiểm thuốc của quý vị sẽ bao trả cho quý vị. Nhưng cũng có thể là có một loại thuốc theo toa quý vị đang uống, hoặc một loại thuốc mà quý vị và nhà cung cấp dịch vụ của quý vị nghĩ rằng quý vị nên uống, không có trong danh mục thuốc hoặc có trong danh mục thuốc nhưng với quy định hạn chế. Ví dụ:

- Thuốc đó có thể hoàn toàn không được bao trả. Hoặc có thể chương trình chi trả loại thuốc gốc nhưng loại thuốc chính hiệu là loại thuốc quý vị muốn dùng lại không được chi trả.
- Thuốc được bao trả nhưng mức bao trả cho thuốc đó áp dụng các quy định hay giới hạn bổ sung. Như được giải thích ở Phần 4, một số loại thuốc được bao trả theo chương trình này có áp dụng các quy định thêm để giới hạn việc sử dụng chúng. ví dụ, quý vị có thể được yêu cầu dùng

thử một loại thuốc khác để xem có hiệu quả không trước khi chúng tôi đồng ý chi trả cho loại thuốc quý vị muốn dùng. Hoặc số lượng thuốc (số viên, v.v.) được chi trả trong một khoảng thời gian nào đó có thể bị hạn chế. Trong một số trường hợp, quý vị có thể muốn chúng tôi cho miễn giới hạn đó cho quý vị.

- Thuốc được bao trả nhưng bị xếp vào một bậc chia sẻ chi phí quy định phần chia sẻ chi phí cao hơn mức mà quý vị cho là hợp lý. Chương trình xếp mỗi loại thuốc được bao trả vào một trong sáu bậc chia sẻ chi phí khác nhau. Số tiền quý vị phải trả cho thuốc theo toa của quý vị phụ thuộc một phần vào việc thuốc đó được xếp vào bậc chia sẻ chi phí nào.

Có một số điều quý vị có thể làm nếu thuốc của quý vị không được bao trả theo đúng cách mong muốn. Các giải pháp phụ thuộc vào từng loại vấn đề quý vị có thể gặp phải:

- Nếu thuốc của quý vị không nằm trong Danh Sách Thuốc hoặc nếu thuốc bị giới hạn, hãy xem Phần 5.2 để tìm hiểu những gì quý vị có thể làm.
- Nếu thuốc của quý vị bị xếp vào một bậc chia sẻ chi phí quy định phần chi phí tự trả cao hơn mức mà quý vị cho là hợp lý, hãy xem Phần 5.3 để tìm hiểu những gì quý vị có thể làm.

Phần 5.2 Quý vị có thể làm gì nếu thuốc của quý vị không nằm trong Danh Sách Thuốc hoặc bị giới hạn theo cách nào đó?

Nếu thuốc của quý vị không nằm trong Danh Sách Thuốc hoặc bị giới hạn, đây là những điều quý vị có thể làm:

- Đôi khi quý vị có thể được cung cấp một lượng thuốc dùng tạm thời (chỉ các thành viên gặp một số tình huống cụ thể mới được phép cấp thuốc tạm thời). Điều này giúp cho quý vị và nhà cung cấp dịch vụ y tế có thêm thì giờ để đổi sang thuốc khác hoặc nộp đơn yêu cầu chi trả thuốc cũ.
- Quý vị có thể đổi sang loại thuốc khác.
- Quý vị có thể yêu cầu trường hợp ngoại lệ và nộp đơn xin chương trình bao trả cho thuốc đó hoặc loại bỏ các giới hạn đối với thuốc.

Đôi khi quý vị có thể được cung cấp một lượng thuốc dùng tạm thời

Trong một số trường hợp, chương trình phải cung cấp một lượng thuốc dùng tạm thời cho dù thuốc đó không có trong Danh Sách Thuốc hoặc bị giới hạn theo cách nào đó. Điều này giúp cho quý vị có đủ thì giờ trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ y tế về vấn đề bảo hiểm đã thay đổi và tìm cách giải quyết.

Để được cung cấp lượng thuốc tạm thời, quý vị phải hội đủ hai điều kiện dưới đây:

1. **Bảo hiểm thuốc của quý vị phải thay đổi theo một trong hai cách dưới đây:**

   - Thuốc quý vị đang dùng **không còn nằm trong** Danh Sách Thuốc của chương trình.
   - hoặc -- thuốc quý vị đang dùng **hiện bị giới hạn theo một cách nào đó** (Phần 4 ở chương này giải thích thêm về các giới hạn).

2. **Quý vị ở một trong những trường hợp được mô tả dưới đây:**

   - **Đối với những thành viên mới hoặc đã tham gia chương trình năm ngoái:**

     Nếu quý vị là thành viên mới, chúng tôi sẽ tạm thời cung cấp thuốc cho quý vị **trong 90 ngày đầu sau khi quý vị tham gia chương trình; nếu quý vị là thành viên chương trình trong năm vừa qua, chúng tôi sẽ cung cấp thuốc cho quý vị trong 90 ngày đầu của năm theo lịch.** Lượng thuốc tạm thời này sẽ đủ dùng tối đa 30 ngày nếu được cấp tại nhà thuốc bán lẻ hoặc 31 ngày nếu được cấp tại nhà thuốc chăm sóc lâu dài. Nếu toa thuốc chỉ định lượng thuốc cho thời gian ngắn hơn, chúng tôi sẽ cho phép quý vị lấy thêm thuốc cho đến khi lấy đủ thuốc dùng trong 30 ngày tại nhà thuốc bán lẻ hoặc 31 ngày tại nhà thuốc chăm sóc lâu dài. Toa thuốc này phải được lấy từ một nhà thuốc trong mạng lưới. (Xin lưu ý rằng nhà thuốc chăm sóc dài hạn có thể cung cấp thuốc với những lượng nhỏ hơn mỗi lần để tránh lãng phí.)

   - **Đối với các thành viên đã tham gia chương trình lâu hơn 90 ngày và đang sống ở cơ sở chăm sóc lâu dài (LTC) mà cần lấy thuốc ngay lập tức:**

     Chúng tôi sẽ bao trả một lần lấy thuốc với lượng đủ dùng trong 31 ngày hoặc ít hơn nếu toa thuốc chỉ định một thời gian ngắn hơn. Đây là phần bổ sung cho trường hợp cung cấp tạm thời ở trên.

   - **Đối với các thành viên đã chuyển từ một cơ sở chăm sóc lâu dài (LTC) hoặc xuất viện trở về nhà và cần một lượng thuốc tạm thời ngay lập tức:**

     Chúng tôi sẽ bao trả một lượng thuốc đủ dùng 30 ngày hoặc ít hơn nếu toa thuốc của quý vị chỉ định số ngày ít hơn (trong trường hợp đó chúng tôi sẽ cho phép lấy thêm thuốc nhiều lần để cung cấp một lượng thuốc dùng trong 30 ngày).

- **Đối với các thành viên hiện tại của chương trình muốn chuyển từ nhà hoặc đang nằm viện sang một cơ sở cơ sở chăm sóc lâu dài (LTC) và cần một lượng thuốc tạm thời ngay lập tức:**

  Chúng tôi sẽ bao trả một lượng thuốc đủ dùng 31 ngày hoặc ít hơn nếu toa thuốc của quý vị chỉ định số ngày ít hơn (trong trường hợp đó chúng tôi sẽ cho phép lấy thêm thuốc nhiều lần để cung cấp một lượng thuốc dùng trong 31 ngày).

Để yêu cầu được cấp thuốc tạm thời, hãy gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (các số điện thoại được in ở bìa sau của tài liệu này).

Trong thời gian được chi trả thuốc tạm thời, quý vị nên trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ y tế cho mình để quyết định xem quý vị sẽ làm gì khi lượng thuốc tạm thời đã hết. Quý vị có thể đổi sang loại thuốc khác được chương trình bảo hiểm, hoặc có thể yêu cầu chương trình cho phép ngoại lệ và chi trả thuốc hiện tại cho quý vị. Các Part Dưới đây giải thích thêm về hai lựa chọn này.

Quý vị có thể đổi sang loại thuốc khác

Hãy bắt đầu bằng cách nói chuyện với nhà chăm sóc sức khỏe cho quý vị. Có thể có một loại thuốc khác có tác dụng tương tự và được chương trình bảo hiểm. Quý vị có thể gọi đến Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để yêu cầu được nhận một bản danh sách thuốc được bao trả dùng để điều trị cùng một bệnh lý. Danh sách này có thể giúp nhà chăm sóc sức khỏe tìm loại thuốc được bao trả để điều trị bệnh của quý vị. (Số điện thoại Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên được ghi ở bìa sau của tập sách này).

Quý vị có thể yêu cầu được ngoại lệ

Quý vị và nhà chăm sóc sức khỏe cho quý vị có thể yêu cầu chương trình cho phép ngoại lệ và chi trả thuốc theo đúng cách quý vị mong muốn. Nếu nhà chăm sóc sức khỏe nói rằng có lý do y tế chính đáng để yêu cầu ngoại lệ thì người đó có thể giúp quý vị nộp đơn xin được miễn quy định. Ví dụ: quý vị có thể yêu cầu chương trình bao trả một loại thuốc cho dù nó không nằm trong Danh Sách Thuốc của chương trình. Hoặc quý vị có thể yêu cầu chương trình cho phép ngoại lệ và chi trả thuốc một cách không có giới hạn.

Nếu quý vị hiện đang tham gia chương trình và được biết rằng một loại thuốc của quý vị sẽ bị xóa khỏi danh mục thuốc hay giới hạn theo cách nào đó vào năm tới, chúng tôi sẽ cho phép quý vị nộp yêu cầu ngoại lệ trong danh mục thuốc trước cho năm tới. Chúng tôi sẽ thông báo về bất cứ thay đổi nào liên quan đến mức bảo hiểm cho thuốc của quý vị trong năm tới. Quý vị có thể yêu cầu trường hợp ngoại lệ khi chưa đến năm tiếp theo và chúng tôi sẽ trả lời cho quý vị trong vòng 72 tiếng sau khi nhận được yêu cầu (hoặc tuyên bố ủng hộ của

người kê toa). Nếu chúng tôi chấp nhận yêu cầu thì sẽ cho phép bao trả thuốc trước khi việc thay đổi bảo hiểm có hiệu lực.

Nếu quý vị và nhà cung cấp muốn yêu cầu một ngoại lệ, hãy xem Chương 9, Phần 6.4 để biết thủ tục cần làm. Trong đó giải thích về các thủ tục và thời hạn do Medicare quy định để đảm bảo rằng yêu cầu của quý vị được giải quyết một cách kịp thời và công bằng.

Phần 5.3 Quý vị có thể làm gì nếu cho rằng thuốc của quý vị bị xếp vào bậc chia sẻ chi phí quá cao?

Nếu thuốc của quý vị bị xếp vào bậc chia sẻ chi phí mà quý vị cho là quá cao, đây là những điều quý vị có thể làm:

Quý vị có thể đổi sang loại thuốc khác

Nếu thuốc của quý vị bị xếp vào bậc chia sẻ chi phí mà quý vị cho là quá cao, hãy bắt đầu bằng cách nói chuyện với nhà chăm sóc sức khỏe. Có thể có một loại thuốc khác có tác dụng tương tự và được xếp vào bậc chia sẻ chi phí thấp hơn. Quý vị có thể gọi đến Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để yêu cầu được nhận một bản danh sách thuốc được bao trả dùng để điều trị cùng một bệnh lý. Danh sách này có thể giúp nhà chăm sóc sức khỏe tìm loại thuốc được bao trả để điều trị bệnh của quý vị. (Số điện thoại Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên được ghi ở bìa sau của tập sách này).

Quý vị có thể yêu cầu được ngoại lệ

Quý vị và nhà cung cấp dịch vụ của quý vị có thể yêu cầu chương trình cho phép trường hợp ngoại lệ đối với bậc chia sẻ chi phí cho thuốc đó để giảm phần chi phí quý vị phải trả. Nếu nhà chăm sóc sức khỏe nói rằng có lý do y tế chính đáng để yêu cầu ngoại lệ thì người đó có thể giúp quý vị nộp đơn xin được miễn quy định.

Nếu quý vị và nhà cung cấp muốn yêu cầu một ngoại lệ, hãy xem Chương 9, Phần 6.4 để biết thủ tục cần làm. Trong đó giải thích về các thủ tục và thời hạn do Medicare quy định để đảm bảo rằng yêu cầu của quý vị được giải quyết một cách kịp thời và công bằng.

Các loại thuốc thuộc Bậc 5 (Thuốc Bậc Chuyên Khoa) không đủ điều kiện cho loại ngoại lệ này. Chúng tôi không giảm chia sẻ chi phí đối với thuốc ở bậc này.

PHẦN 6 Nếu bảo hiểm thay đổi liên quan đến một trong các loại thuốc của quý vị thì sao?

Phần 6.1 Danh Sách Thuốc có thể thay đổi trong năm

Hầu hết các thay đổi về bảo hiểm thuốc sẽ được thực hiện vào đầu mỗi năm (ngày 1 tháng 1). Tuy nhiên, chương trình cũng có thể thực hiện nhiều thay đổi trong Danh Sách Thuốc giữa năm. ví dụ, chương trình có thể:

- **Thêm hay xóa bỏ thuốc trong Danh Sách Thuốc.** Luôn có các loại thuốc mới được lưu hành trên thị trường, bao gồm loại thuốc có nhãn bình dân mới. Có thể chính phủ đã chấp nhận một chỉ định sử dụng mới đối với một loại thuốc đang lưu hành. Đôi khi một loại thuốc bị thu hồi và chúng tôi quyết định không chi trả thuốc đó nữa. Hoặc có thể chúng tôi xóa bỏ thuốc trong danh sách vì phát hiện ra rằng thuốc đó không có hiệu quả.
- **Chuyển thuốc sang bậc chia sẻ chi phí cao hơn hay thấp hơn.**
- **Bổ sung hay hủy bỏ giới hạn đối với mức bao trả cho thuốc** (để biết thêm thông tin về các giới hạn đối với mức bao trả, xem Phần 4 ở chương này).
- **Thay thế thuốc chính hiệu bằng thuốc gốc.**

Chúng tôi phải tuân thủ các yêu cầu của Medicare trước khi thay đổi Danh Sách Thuốc của chương trình.

Phần 6.2 Nếu bảo hiểm thay đổi liên quan đến một loại thuốc quý vị đang dùng thì sao?

Thông tin về những thay đổi đối với bảo hiểm thuốc

Khi việc thay đổi Danh Sách Thuốc xảy ra trong năm, chúng tôi sẽ đăng thông tin trên trang web của mình về những thay đổi đó. Chúng tôi sẽ cập nhật Danh Sách Thuốc trực tuyến theo lịch định kỳ để bao gồm bất kỳ thay đổi nào đã xảy ra sau lần cập nhật mới nhất. Dưới đây chúng tôi chỉ ra những lần mà quý vị sẽ nhận được thông báo trực tiếp nếu có thay đổi đối với một loại thuốc mà quý vị đang dùng. Quý vị cũng có thể gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để biết thêm thông tin (các số điện thoại được in ở bìa sau của tài liệu này).

Các thay đổi về bảo hiểm thuốc có phải được áp dụng ngay cho quý vị không?

Các thay đổi có thể ảnh hưởng đến quý vị trong năm nay: trong các trường hợp dưới đây, quý vị sẽ bị ảnh hưởng do những thay đổi về bảo hiểm trong năm hiện tại:

- **Một loại thuốc gốc mới thay thế thuốc chính hiệu trong Danh Sách Thuốc (hoặc chúng tôi thay đổi bậc chia sẻ chi phí hoặc thêm những hạn chế mới cho thuốc chính hiệu hoặc cả hai)**
  - Chúng tôi có thể ngay lập tức hủy một thuốc chính hiệu trong Danh Sách Thuốc nếu chúng tôi thay thế thuốc đó bằng một thuốc gốc mới được phê duyệt của cùng một loại thuốc có cùng bậc chia sẻ chi phí hoặc bậc chia sẻ chi phí thấp hơn và có cùng hạn chế hoặc ít hạn chế hơn. Ngoài ra, khi thêm thuốc gốc mới, chúng tôi có thể quyết định vẫn giữ thuốc chính hiệu trong Danh Sách Thuốc, nhưng ngay lập tức chuyển loại thuốc đó sang bậc chia sẻ chi phí cao hơn hoặc thêm những hạn chế mới hoặc cả hai.
  - Chúng tôi có thể không thông báo trước cho quý vị trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi đó—ngay cả khi quý vị hiện đang dùng thuốc chính hiệu đó
  - Quý vị hoặc người kê toa của quý vị có thể yêu cầu chương trình áp dụng trường hợp ngoại lệ và tiếp tục bao trả thuốc chính hiệu đó cho quý vị. Để biết thông tin về cách yêu cầu ngoại lệ, hãy xem Chương 9 *(Những gì quý vị cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại))*.
  - Nếu quý vị đang dùng thuốc chính hiệu tại thời điểm chúng tôi thực hiện thay đổi, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về (những) thay đổi cụ thể mà chúng tôi đã thực hiện. Thông báo này cũng sẽ bao gồm thông tin về các bước quý vị có thể thực hiện để yêu cầu ngoại lệ để bao trả cho thuốc chính hiệu. Quý vị có thể không nhận được thông báo này trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi.
- **Thuốc không an toàn và các loại thuốc khác trong Danh Sách Thuốc không còn trên thị trường**
  - Đôi khi, một loại thuốc có thể bị hủy đột ngột vì thuốc đó được phát hiện là không an toàn hoặc không còn trên thị trường vì một lý do khác. Trong trường hợp này, chúng tôi sẽ ngay lập tức xóa thuốc đó khỏi Danh Sách Thuốc. Nếu quý vị đang dùng loại thuốc đó, chúng tôi sẽ cho quý vị biết về thay đổi này ngay lập tức.
  - Người kê toa của quý vị cũng sẽ biết về thay đổi này và có thể giúp quý vị tìm loại thuốc mới phù hợp với bệnh lý của quý vị.

- **Những thay đổi khác đối với thuốc trong Danh Sách Thuốc**
  - Chúng tôi có thể thực hiện những thay đổi khác khi năm đó bắt đầu ảnh hưởng đến loại thuốc mà quý vị đang dùng. Ví dụ: chúng tôi có thể thêm một loại thuốc gốc không phải là mới trên thị trường để thay thế một loại thuốc chính hiệu hoặc thay đổi bậc chia sẻ chi phí hoặc thêm những hạn chế mới vào thuốc chính hiệu đó hoặc cả hai. Chúng tôi cũng có thể thay đổi dựa trên các cảnh báo được đóng khung của FDA hoặc các hướng dẫn lâm sàng mới được Medicare công nhận. Chúng tôi phải cung cấp cho quý trị thông báo về thay đổi trước ít nhất 30 ngày hoặc cung cấp thông báo về thay đổi và thêm thuốc mà quý vị đang dùng với lượng đủ dùng trong 30 ngày tại một nhà thuốc trong mạng lưới.
  - Sau khi quý vị nhận được thông báo về thay đổi, quý vị cần làm việc với người kê toa của mình để đổi sang loại thuốc khác được bao trả.
  - Hoặc quý vị hoặc người kê toa của quý vị có thể yêu cầu chương trình áp dụng trường hợp ngoại lệ và tiếp tục bao trả thuốc đó cho quý vị. Để biết thông tin về cách yêu cầu ngoại lệ, hãy xem Chương 9 *(Những gì quý vị cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)).*

Những thay đổi đối với các loại thuốc trong Danh Sách Thuốc sẽ không ảnh hưởng đến những người đang sử dụng thuốc: Đối với những thay đổi trong Danh Sách Thuốc không được mô tả ở trên, nếu quý vị đang dùng thuốc, những loại thay đổi sau sẽ không ảnh hưởng đến quý vị cho đến ngày 1 tháng 1 năm sau, nếu quý vị vẫn còn tham gia chương trình:

- Nếu chúng tôi chuyển thuốc của quý vị sang một bậc chia sẻ chi phí cao hơn.
- Nếu chúng tôi đưa ra giới hạn mới đối với cách quý vị sử dụng thuốc.
- Nếu chúng tôi xóa bỏ thuốc quý vị đang dùng ra khỏi Danh Sách Thuốc.

Nếu bất cứ một trong những thay đổi trên xảy ra đối với loại thuốc quý vị đang dùng, (nhưng không phải vì thị trường thu hồi, thuốc gốc thay thế thuốc chính hiệu hoặc thay đổi khác được nêu trong phần trên), thì thay đổi đó sẽ không ảnh hưởng đến việc quý vị sử dụng thuốc hoặc phần chia sẻ chi phí của quý vị cho tới ngày 1 tháng 1 năm sau. Cho đến ngày đó, hầu như chắc chắn là quý vị sẽ không bị tăng chi phí phải trả hoặc bị giới hạn thêm về cách sử dụng thuốc. Quý vị sẽ không nhận được thông báo trực tiếp trong năm nay về những thay đổi không ảnh hưởng đến quý vị. Tuy nhiên, vào ngày 1 tháng 1 năm sau, những thay đổi sẽ ảnh hưởng đến quý vị và quý vị cần phải kiểm tra Danh Sách Thuốc trong năm phúc lợi mới để biết bất kỳ thay đổi nào đối với thuốc.

PHẦN 7 Những loại thuốc nào *không* được chương trình bao trả?

Phần 7.1 Những loại thuốc không được chúng tôi bao trả

Phần này cho quý vị biết những loại thuốc theo toa nào "bị loại trừ". Điều này có nghĩa là Medicare không thanh toán cho những thuốc này.

Nếu quý vị muốn dùng thuốc bị loại trừ thì phải tự trả toàn bộ chi phí. Chúng tôi sẽ không trả cho các loại thuốc được liệt kê trong phần này (ngoại trừ một số thuốc loại trừ nhất định được bao trả theo bao trả thuốc tăng cường của chúng tôi). Ngoại lệ duy nhất: Nếu quý vị nộp đơn kháng cáo và kết quả cho thấy rằng thuốc quý vị muốn dùng không bị loại trừ theo Part D và lẽ ra chúng tôi phải thanh toán hoặc bao trả cho thuốc đó vì trường hợp cụ thể của quý vị. (Để biết thông tin về thủ tục kháng cáo quyết định của chúng tôi không bao trả cho thuốc, xin xem Chương 9, Phần 6.5 trong tập sách này.)

Dưới đây là ba quy tắc chung về các loại thuốc mà những chương trình bảo hiểm thuốc theo Medicare Part D sẽ không chi trả:

- Bảo hiểm thuốc Part D của chương trình chúng tôi không thể bao trả cho một loại thuốc có thể được bao trả theo Medicare Part A hay Part B.
- Chương trình không thể bao trả cho thuốc được mua bên ngoài Hoa Kỳ và các lãnh thổ của Hoa Kỳ.
- Chương trình của chúng tôi thường không bao trả cho việc sử dụng ngoài chỉ định. "Sử dụng ngoài chỉ định" có nghĩa là sử dụng thuốc theo bất cứ cách nào khác ngoài các chỉ định ghi trên nhãn thuốc được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm chấp nhận.
    - Thông thường, bảo hiểm đối với “sử dụng thuốc ngoài hướng dẫn chỉ định trong kê toa” chỉ được phép khi việc sử dụng được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo nhất định, chẳng hạn như Thông Tin Thuốc Trong Danh Mục Thuốc Của Bệnh Viện Hoa Kỳ và Hệ Thống Thông Tin DRUGDEX. Nếu cách sử dụng đó không được khuyến nghị bởi bất cứ một trong những tài liệu tham khảo này thì chương trình chúng tôi không thể bao trả cho việc "sử dụng ngoài chỉ định" của thuốc đó.

Ngoài ra, luật pháp quy định rằng các chương trình bảo hiểm thuốc Medicare không được phép bảo hiểm cho những nhóm thuốc dưới đây:

- Thuốc không cần toa (còn được gọi là thuốc không kê toa)

- Thuốc dùng để tăng cường khả năng sinh sản
- Thuốc dùng để giảm ho hay triệu chứng cảm lạnh
- Thuốc dùng cho mục đích thẩm mỹ hay để hỗ trợ mọc tóc
- Thuốc bổ vitamin và sản phẩm khoáng chất, chỉ trừ vitamin dưỡng thai và thuốc fluor
- Thuốc khi được sử dụng để điều trị rối loạn chức năng tình dục hoặc cương dương
- Thuốc dùng để điều trị bệnh biếng ăn, giảm cân hay tăng cân
- Các loại thuốc điều trị ngoại trú mà nhà sản xuất chỉ đồng ý bán thuốc với điều kiện là các xét nghiệm hay dịch vụ theo dõi liên quan phải được mua từ duy nhất nhà sản xuất đó

Chúng tôi cung cấp thêm quyền lợi bảo hiểm cho một số loại thuốc theo toa thường không được bao trả trong những chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare (bảo hiểm thuốc tăng cường). Chúng tôi bao trả một số loại thuốc khi được sử dụng để điều trị rối loạn chức năng tình dục hoặc cương dương. Những thuốc này có thể bị giới hạn số lượng. Số tiền quý vị trả khi mua thuốc theo toa thuốc này sẽ không tính vào tổng chi phí thuốc của quý vị để quý vị hội đủ điều kiện được bao trả cho Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương. (Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương được giải thích ở Chương 6, Phần 7 của tập sách này.)

Ngoài ra, nếu quý vị **được nhận "Trợ Giúp Bổ Sung" từ Medicare** để trả tiền cho thuốc theo toa, chương trình "Trợ Giúp Bổ Sung" sẽ không chi trả cho các loại thuốc bình thường không được bao trả. (Vui lòng tham khảo Danh Sách Thuốc của chương trình hoặc gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để biết thêm thông tin. Số điện thoại của Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên được in ở bìa sau của tập sách này). Tuy nhiên nếu quý vị có bảo hiểm thuốc qua Medicaid, chương trình Medicaid của tiểu bang quý vị có thể bao trả cho một số thuốc theo toa thường không được chương trình thuốc Medicare bao trả. Vui lòng liên lạc với chương trình Medicaid ở tiểu bang của quý vị để tìm hiểu về các chương trình bảo hiểm thuốc có thể dành sẵn cho quý vị. (Quý vị có thể tìm các số điện thoại và thông tin liên lạc của Medicaid ở Chương 2, Phần 6.)

PHẦN 8 Trình thẻ thành viên của quý vị mỗi khi lấy thuốc theo toa

Phần 8.1 Trình thẻ thành viên của quý vị

Để lấy thuốc theo toa, hãy đến nhà thuốc quý vị chọn trong mạng lưới và trình thẻ thành viên của quý vị cho họ xem. Khi quý vị trình thẻ thành viên chương trình, nhà thuốc trong mạng lưới sẽ tự động gửi hóa đơn cho *chúng tôi* để tính phần chi phí của chúng tôi cho thuốc theo toa được bảo hiểm đó. Quý vị sẽ cần thanh toán phần chi phí *của quý vị* khi lấy thuốc theo toa.

Phần 8.2 Nếu quý vị không mang theo thẻ thành viên thì sao?

Nếu quý vị không mang theo thẻ thành viên của chương trình khi lấy thuốc theo toa, hãy yêu cầu nhà thuốc gọi điện cho chương trình để hỏi thông tin cần thiết.

Nếu nhà thuốc không thể thu thập được các thông tin cần thiết, **quý vị có thể cần thanh toán toàn bộ chi phí thuốc theo toa vào lúc lấy thuốc.** (Sau đó quý vị có thể **yêu cầu chúng tôi hoàn trả** phần chi phí của chúng tôi. Xem Chương 7, Phần 2.1 để biết thông tin về thủ tục yêu cầu chương trình hoàn trả.)

PHẦN 9 Bảo hiểm thuốc Part D trong một số trường hợp đặc biệt

Phần 9.1 Nếu quý vị đang ở trong bệnh viện hay cơ sở điều dưỡng chuyên môn và chương trình bao trả cho thời gian nằm viện đó thì sao?

Nếu quý vị được nhập viện hoặc vào một cơ sở điều dưỡng và chương trình đồng ý bảo hiểm cho lần nhập viện đó, thường thì chúng tôi cũng sẽ chi trả chi phí thuốc theo toa mà quý vị cần dùng khi còn nằm viện. Sau khi quý vị được xuất viện hoặc không còn nằm cơ sở điều dưỡng đó, chương trình sẽ vẫn chi trả cho thuốc của quý vị miễn là những loại thuốc đó đáp ứng tất cả các quy định bảo hiểm. Xem những đoạn trên trong phần này để biết về các quy định nhận bảo hiểm thuốc. Chương 6 *(Số tiền quý vị phải thanh toán cho thuốc theo toa Part D)* cho biết thêm thông tin về bảo hiểm thuốc và số tiền quý vị phải thanh toán.

Xin lưu ý: Khi quý vị vào, sinh sống, hoặc rời khỏi một cơ sở điều dưỡng thì quý vị có quyền hưởng Thời Hạn Ghi Danh Đặc Biệt. Trong thời gian này, quý vị có thể đổi chương trình hoặc thay đổi phạm vi bảo hiểm của quý vị. (Chương 10, *Chấm dứt tham gia chương trình với tư cách thành viên,* giải thích về những thời điểm quý vị được phép rút tên khỏi chương trình của chúng tôi và tham gia chương trình Medicare khác.)

Phần 9.2 Nếu quý vị đang sống ở cơ sở chăm sóc lâu dài (LTC) thì sao?

Các cơ sở chăm sóc lâu dài (LTC) (ví dụ như viện dưỡng lão) thường có nhà thuốc trực thuộc hoặc sử dụng một nhà thuốc chuyên cung cấp thuốc cho tất cả những người sống ở đó. Nếu quý vị đang sống ở cơ sở chăm sóc dài hạn thì quý vị có thể lấy thuốc theo toa từ nhà thuốc của cơ sở miễn là nhà thuốc đó nằm trong mạng lưới chúng tôi.

Hãy tham khảo *Danh Mục Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc* để tìm hiểu xem nhà thuốc của cơ sở chăm sóc lâu dài có nằm trong mạng lưới của chúng tôi không. Nếu không, hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin, vui lòng gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (các số điện thoại được in ở bìa sau của tài liệu này).

Nếu quý vị đang sống ở cơ sở chăm sóc lâu dài (LTC) và mới ghi danh vào chương trình thì sao?

Nếu quý vị cần một loại thuốc không nằm trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi hoặc bị giới hạn theo một cách nào đó, chương trình sẽ bao trả **thuốc tạm thời** trong 90 ngày đầu tiên sau khi quý vị trở thành thành viên. Tổng lượng thuốc sẽ đủ dùng cho tối đa 31 ngày, hoặc có thể ít hơn nếu toa thuốc chỉ định thời gian ngắn hơn. (Xin lưu ý rằng nhà thuốc chăm sóc dài hạn (LTC) có thể cung cấp thuốc với số lượng ít hơn cho mỗi lần để tránh lãng phí). Nếu quý vị đã là thành viên chương trình lâu hơn 90 ngày và cần dùng một loại thuốc không nằm trong Danh Sách Thuốc hoặc bị chương trình giới hạn bảo hiểm đối với thuốc đó, thì chúng tôi sẽ chi trả cho một lần lấy thuốc đủ dùng trong 31 ngày, hoặc có thể ít hơn nếu toa thuốc chỉ định thời gian ngắn hơn.

Trong thời gian được chi trả thuốc tạm thời, quý vị nên trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ y tế cho mình để quyết định xem quý vị sẽ làm gì khi lượng thuốc tạm thời đã hết. Có thể có một loại thuốc khác có tác dụng tương tự và được chương trình bảo hiểm. Hoặc quý vị và nhà cung cấp dịch vụ y tế có thể yêu cầu chương trình cho phép ngoại lệ và chi trả thuốc theo đúng cách quý vị mong muốn. Nếu quý vị và nhà cung cấp muốn yêu cầu một ngoại lệ, hãy xem Chương 9, Phần 6.4 để biết thủ tục cần làm.

Phần 9.3 Nếu quý vị cũng nhận bảo hiểm thuốc từ nhà tuyển dụng hay chương trình nhóm hưu trí thì sao?

Hiện tại quý vị có tham gia một chương trình bảo hiểm thuốc theo toa khác thông qua sở làm hay chương trình tập thể dành cho nhân viên về hưu của mình (hoặc của vợ/chồng) không? Nếu vậy, vui lòng liên lạc với **quản lý phụ trách quyền lợi của nhóm đó.** Nơi đó có thể giúp tìm hiểu xem chương trình của chúng tôi có thể bổ sung cho bảo hiểm thuốc theo toa hiện tại của quý vị như thế nào.

Nhìn chung, nếu quý vị đang có việc làm thì bảo hiểm thuốc theo toa mà quý vị nhận được từ chúng tôi sẽ là *phụ* sau bảo hiểm của chủ lao động hay bảo hiểm tập thể dành cho nhân viên về hưu của quý vị. Điều này có nghĩa là bảo hiểm tập thể của quý vị phải chi trả trước.

Lưu ý đặc biệt về 'bảo hiểm có uy tín':

Mỗi năm, chủ lao động hoặc nhóm hưu trí sẽ gửi thông báo cho quý vị để cho biết là bảo hiểm thuốc theo toa của quý vị có được coi là "có uy tín" trong năm dương lịch tới hay không, và các lựa chọn dành cho quý vị về bảo hiểm thuốc.

Nếu bảo hiểm của chương trình nhóm được xếp loại **“có uy tín”,** thì có nghĩa là chương trình đó có bảo hiểm thuốc mà theo dự kiến sẽ thanh toán trung bình ít nhất là tương đương với bảo hiểm thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare.

Hãy lưu lại các thông báo về bảo hiểm có uy tín này vì đó là tài liệu quý vị có thể cần đến sau này. Nếu quý vị ghi danh vào một chương trình Medicare bao gồm bảo hiểm thuốc Part D, quý vị có thể cần xuất trình các thông báo này để chứng minh rằng quý vị đã duy trì bảo hiểm có uy tín. Nếu quý vị không nhận được thông báo về bảo hiểm có uy tín từ chủ lao động hay chương trình tập thể dành cho nhân viên về hưu, quý vị có thể yêu cầu bản sao từ quản lý phụ trách quyền lợi của chủ lao động hoặc chương trình dành cho nhân viên về hưu hoặc từ chủ lao động hay nghiệp đoàn.

Phần 9.4 Nếu quý vị đang tham gia chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận thì sao?

Không có trường hợp nào mà thuốc được bao trả đồng thời bởi cả chương trình chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị đang tham gia vào chương trình chăm sóc cuối đời của Medicare và cần một loại thuốc chống buồn nôn, thuốc nhuận trường, thuốc giảm đau hay thuốc an thần mà không được chương trình chăm sóc cuối đời chi trả vì thuốc đó không liên quan đến bệnh cuối đời của quý vị và các triệu chứng đi kèm, thì chương trình của chúng tôi phải nhận được thông báo từ người kê toa hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời xác nhận rằng thuốc đó không liên quan trước khi chương trình có thể chi trả cho thuốc đó. Để tránh sự chậm trễ trong việc cấp loại thuốc mà chương

trình chúng tôi có trách nhiệm bảo hiểm, quý vị có thể yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc người kê toa đảm bảo rằng chúng tôi đã nhận thông báo xác nhận rằng thuốc không liên quan đến bệnh cuối đời trước khi quý vị nộp toa cho nhà thuốc.

Trong trường hợp quý vị tự rút hoặc được đưa ra khỏi chương trình chăm sóc cuối đời, chương trình của chúng tôi sẽ có trách nhiệm chi trả cho tất cả các thuốc của quý vị. Để tránh phải chờ lâu tại nhà thuốc khi rút tên khỏi chương trình chăm sóc cuối đời của Medicare, quý vị nên mang đến nhà thuốc tất cả các giấy tờ xác nhận việc quý vị đã tự rút hay được đưa ra khỏi chương trình. Xem những đoạn trên trong phần này để biết về các quy định nhận bảo hiểm thuốc theo Part D. Chương 6 *(Số tiền quý vị phải thanh toán cho thuốc theo toa Part D)* cho biết thêm thông tin về bảo hiểm thuốc và số tiền quý vị phải thanh toán.

PHẦN 10 Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc

Phần 10.1 Các chương trình giúp thành viên sử dụng thuốc an toàn

Chúng tôi sẽ kiểm tra cách sử dụng thuốc của thành viên chúng tôi để giúp đảm bảo rằng mọi người được chăm sóc một cách thích hợp và an toàn. Việc kiểm tra này đặc biệt quan trọng đối với những thành viên nhận toa thuốc từ nhiều hơn một nhà cung cấp dịch vụ y tế.

Chúng tôi sẽ kiểm tra lại mỗi lần quý vị lấy thuốc theo toa. Chúng tôi cũng kiểm tra lại hồ sơ của chúng tôi theo định kỳ. Mục đích của việc kiểm tra là tìm các vấn đề tiềm tàng như:

- Các sai lầm có thể xảy ra liên quan đến thuốc
- Các loại thuốc có thể không cần thiết vì quý vị đang dùng thuốc khác để điều trị cùng một bệnh lý
- Các thuốc có thể không an toàn hay thích hợp vì tuổi hay giới tính của quý vị
- Một số kết hợp thuốc có thể gây hại cho quý vị nếu được dùng cùng lúc
- Các toa được viết cho những thuốc chứa thành phần gây dị ứng cho quý vị
- Các sai lầm có thể xảy ra về lượng (liều) thuốc quý vị đang dùng
- Số lượng thuốc giảm đau opioid không an toàn

Nếu phát hiện ra một vấn đề tiềm tàng trong chế độ dùng thuốc của quý vị thì chúng tôi sẽ làm việc với nhà cung cấp dịch vụ y tế cho quý vị để giải quyết vấn đề đó.

Phần 10.2 Chương Trình Quản Lý Thuốc (DMP) để giúp thành viên sử dụng thuốc opioid một cách an toàn

Chúng tôi có một chương trình có thể giúp đảm bảo các thành viên sử dụng an toàn thuốc opioid theo toa và các loại thuốc khác thường bị lạm dụng. Chương trình này được gọi là Chương Trình Quản Lý Thuốc (DMP). Nếu quý vị sử dụng thuốc opioid nhận được từ một số bác sĩ hoặc nhà thuốc, hoặc nếu quý vị mới sử dụng quá liều thuốc opioid, chúng tôi có thể nói chuyện với bác sĩ của quý vị để đảm bảo rằng việc sử dụng thuốc opioid theo toa của quý vị là phù hợp và cần thiết về mặt y tế. Làm việc với bác sĩ của quý vị, nếu chúng tôi xét thấy việc quý vị sử dụng thuốc opioid hoặc benzodiazepine theo toa là không an toàn, chúng tôi có thể giới hạn cách quý vị có thể mua những loại thuốc đó.

Các giới hạn có thể là:

- Yêu cầu quý vị mua tất cả thuốc opioid hoặc benzodiazepine theo toa tại một số nhà thuốc nhất định
- Yêu cầu quý vị mua tất cả thuốc opioid hoặc benzodiazepine theo toa từ một số bác sĩ nhất định
- Giới hạn số lượng thuốc opioid hoặc benzodiazepine mà chúng tôi sẽ bao trả cho quý vị

Nếu chúng tôi cân nhắc áp dụng một hoặc nhiều giới hạn này cho quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư trước cho quý vị. Thư này sẽ có thông tin giải thích các hạn chế với cân nhắc nên áp dụng cho quý vị. Quý vị cũng sẽ có cơ hội cho chúng tôi biết bác sĩ hoặc hiệu thuốc nào quý vị thích sử dụng, và về bất kỳ thông tin nào khác mà quý vị cho là quan trọng đối với chúng tôi. Sau khi quý vị trả lời, nếu chúng tôi quyết định hạn chế bảo hiểm của quý vị đối với những loại thuốc này, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thư khác xác nhận hạn chế này. Nếu quý vị nghĩ chúng tôi đã nhầm lẫn hoặc quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc quý vị có nguy cơ bị lạm dụng thuốc theo toa hoặc với giới hạn này, quý vị và người kê toa của quý vị có quyền nộp đơn kháng cáo chúng tôi. Nếu quý vị chọn kháng cáo, chúng tôi sẽ xem xét trường hợp của quý vị và đưa ra quyết định. Nếu chúng tôi tiếp tục từ chối bất kỳ nội dung nào trong yêu cầu của quý vị liên quan đến những hạn chế áp dụng cho việc tiếp cận thuốc của quý vị, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị cho một bên đánh giá độc lập bên ngoài chương trình của chúng tôi. Xem Chương 9 để biết chi tiết về cách yêu cầu kháng cáo.

DMP có thể không áp dụng cho quý vị nếu quý vị có một số bệnh lý nhất định, chẳng hạn như ung thư hoặc bệnh hồng cầu liềm, hoặc quý vị đang được chăm sóc cuối đời, chăm sóc giảm nhẹ hoặc chăm sóc đến hết đời hoặc sống ở cơ sở chăm sóc dài hạn.

Phần 10.3 Chương trình Quản Lý Trị Liệu Bằng Thuốc (MTM) để giúp thành viên quản lý thuốc của mình

Chúng tôi có một chương trình có thể giúp các thành viên có nhu cầu y tế phức tạp.

Đây là chương trình tự nguyện được cung cấp miễn phí cho các thành viên. Một nhóm gồm các dược sĩ và bác sĩ đã thiết kế chương trình cho chúng tôi. Chương trình này sẽ giúp bảo đảm cho thành viên dùng những loại thuốc có công hiệu nhất để điều trị bệnh lý của họ. Chương trình này được gọi là Chương trình Quản lý Trị liệu Bằng thuốc (MTM).

Một số thành viên dùng nhiều loại thuốc cho nhiều bệnh lý khác nhau và có chi phí thuốc cao hoặc đang trong một chương trình DMP để giúp thành viên sử dụng thuốc opioid của họ một cách an toàn có thể hội đủ điều kiện tham gia chương trình Quản Lý Trị Liệu Bằng Thuốc MTM. Một dược sĩ hay chuyên gia y tế khác sẽ gặp quý vị để xem xét kỹ lưỡng tất cả các loại thuốc của quý vị. Quý vị có thể hỏi họ cách dùng thuốc tốt nhất, chi phí về thuốc và bất cứ vấn đề hoặc thắc mắc nào quý vị có về thuốc theo toa hoặc thuốc không kê toa. Quý vị sẽ nhận được một biên bản tóm tắt lại cuộc thảo luận này. Bản tóm tắt sẽ bao gồm một kế hoạch hành động về thuốc với các khuyến nghị về những gì quý vị có thể làm để tận dụng thuốc của mình, cùng với một phần trống để quý vị ghi lại những điều cần nhớ hoặc viết bất cứ câu hỏi nào muốn hỏi trong lần kế tiếp. Quý vị cũng sẽ nhận được một danh sách thuốc cá nhân liệt kê tất cả các loại thuốc quý vị đang dùng và lý do cần dùng. Ngoài ra, các thành viên trong chương trình MTM sẽ nhận được thông tin về việc thải bỏ an toàn thuốc theo toa là những chất kích thích có kiểm soát.

Tốt nhất là các loại thuốc quý vị đang dùng nên được xem xét trước khi quý vị đi khám "Sức Khỏe" hàng năm, như thế, quý vị có thể nói chuyện với bác sĩ về chương trình dùng thuốc và danh sách thuốc của quý vị. Mang theo kế hoạch hành động và Danh Sách Thuốc khi quý vị đến khám tổng quát hoặc bất cứ lần nào quý vị cần nói chuyện với các bác sĩ, dược sĩ và người cung cấp dịch vụ y tế khác. Ngoài ra, quý vị nhớ mang theo Danh Sách Thuốc này (ví dụ, mang kèm theo thẻ căn cước ID của quý vị) trong trường hợp phải vào bệnh viện hoặc đến phòng cấp cứu.

Cứ khi nào có chương trình phù hợp với nhu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ tự động ghi danh quý vị vào chương trình đó và gửi thông tin đến quý vị. Nếu quý vị quyết định không tham gia, vui lòng thông báo để chúng tôi có thể rút tên quý vị ra khỏi chương trình. Nếu quý vị có bất cứ thắc mắc nào về các chương trình này, vui lòng gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (các số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này).

CHƯƠNG 6

Số tiền quý vị phải trả cho thuốc theo toa Part D

Chương 6. Số tiền quý vị phải trả cho thuốc theo toa Part D

PHẦN 1 Giới thiệu 186
Phần 1.1 Hãy tham khảo chương này cùng với các tài liệu khác giải thích về bảo hiểm thuốc của quý vị 186
Phần 1.2 Các loại chi phí tự trả mà quý vị có thể phải thanh toán khi lấy thuốc được bao trả 187
PHẦN 2 Số tiền quý vị trả cho một loại thuốc phụ thuộc vào việc quý vị ở trong "giai đoạn thanh toán tiền thuốc" nào vào thời điểm lấy thuốc 188
Phần 2.1 Có các giai đoạn chi trả tiền thuốc nào dành cho thành viên chương trình của chúng tôi? 188
PHẦN 3 Chúng tôi sẽ gửi báo cáo cho quý vị để giải thích các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị và giai đoạn chi trả tiền thuốc hiện tại của quý vị 189
Phần 3.1 Chúng tôi gửi báo cáo hàng tháng cho quý vị mang tên "Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm Part D"("EOB Part D") 189
Phần 3.2 Hãy giúp chúng tôi cập nhật thông tin về số tiền quý vị trả cho thuốc 190
PHẦN 4 Không có tiền khấu trừ trong chương trình Wellcare Premium Ultra (HMO) 191
Phần 4.1 Quý vị không phải trả tiền khấu trừ cho các thuốc Part D của mình. 191
PHẦN 5 Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu, chương trình chi trả một phần chi phí thuốc và quý vị trả phần của quý vị..... 191
Phần 5.1 Số tiền quý vị phải trả cho thuốc phụ thuộc vào loại thuốc và nơi lấy thuốc 191
Phần 5.2 Bảng liệt kê các chi phí của quý vị khi mua thuốc với lượng đủ dùng trong *một tháng* ***..... 193***
Phần 5.3 Nếu bác sĩ của quý vị kê toa với lượng thuốc ít hơn lượng đủ dùng trong một tháng, có thể quý vị sẽ không phải trả chi phí cho lượng thuốc đủ dùng trong toàn bộ tháng 199
Phần 5.4 Bảng liệt kê các chi phí của quý vị khi mua lượng thuốc dùng *dài hạn* (61-90 ngày) 200
Phần 5.5 Quý vị ở trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu cho tới khi tổng

chi phí tiền thuốc của quý vị trong năm đạt $4,430 202

PHẦN 6 Trong Giai Đoạn Khoảng Trống Bảo Hiểm, quý vị được giảm giá đối với thuốc chính hiệu và chỉ trả không quá 25% chi phí thuốc gốc 203

Phần 6.1 Quý vị ở trong Giai Đoạn Khoảng Trống Bảo Hiểm cho tới khi tổng chi phí tự trả của quý vị đạt mức $7,050 203

Phần 6.2 Cách Medicare tính chi phí tự trả của quý vị cho thuốc theo toa 204

PHẦN 7 Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương, chương trình sẽ thanh toán hầu hết chi phí thuốc cho quý vị 206

Phần 7.1 Khi quý vị chuyển sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương thì sẽ ở trong giai đoạn này cho tới cuối năm 206

PHẦN 8 Số tiền quý vị phải trả cho vắc-xin được bao trả theo Part D phụ thuộc vào nơi nhận và cách nhận vắc-xin 207

Phần 8.1 Chương trình của chúng tôi có thể bao trả riêng biệt cho vắc-xin của Part D và cho chi phí tiêm vắc-xin cho quý vị 207

Phần 8.2 Quý vị có thể muốn gọi điện cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên của chúng tôi trước khi nhận vắc-xin 209

Quý vị có biết rằng có các chương trình trợ giúp mọi người trả tiền thuốc không?

Chương trình “Trợ Giúp Bổ Sung” giúp trả tiền thuốc cho những người có nguồn thu nhập thấp. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Chương 2, Phần 7.

Hiện tại quý vị có nhận được trợ giúp chi trả thuốc không?

Nếu quý vị đang tham gia chương trình trợ giúp thanh toán tiền thuốc của quý vị, **một số thông tin trong *Chứng Thực Bảo Hiểm* về chi phí cho thuốc theo toa Part D có thể không áp dụng với quý vị**. Chúng tôi đã gửi cho quý một phụ lục riêng gọi là ""“Phụ Lục Chứng Thực Bảo Hiểm cho Những Người Nhận Trợ Giúp Bổ Sung cho Thuốc Kê Toa” (còn được gọi là “Phụ Lục về Trợ Cấp Thu Nhập Thấp” hay “Phụ Lục LIS”), cho quý vị biết về bảo hiểm thuốc của mình. Nếu quý vị không có tờ đính kèm này, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên và hỏi xin một bản “LIS Rider”. (Quý vị có thể tìm các số điện thoại của Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên ở bìa sau của tập sách này).

PHẦN 1 Giới thiệu

Phần 1.1 Hãy tham khảo chương này cùng với các tài liệu khác giải thích về bảo hiểm thuốc của quý vị

Chương này tập trung vào số tiền quý vị sẽ tự trả cho thuốc theo toa Part D của quý vị. Trong chương này chúng tôi gọi tắt thuốc theo toa Part D là "thuốc" cho đơn giản dễ hiểu hơn. Như đã giải thích ở Chương 5, không phải tất cả các thuốc đều là thuốc Part D - một số thuốc được bao trả theo Medicare Part A hay Part B và những thuốc khác bị loại trừ bảo hiểm Medicare theo luật. Một số loại thuốc bị loại trừ có thể được chương trình của chúng tôi bao trả nếu quý vị có mua bảo hiểm thuốc bổ sung.

Để hiểu rõ thông tin về việc chi trả được giải thích trong chương này, quý vị cần hiểu một số điều căn bản về các loại thuốc được bao trả, nơi lấy thuốc theo toa, và các quy định cần theo khi lấy thuốc được bao trả. Dưới đây là các tài liệu giải thích thông tin căn bản:

- ***Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Mục Thuốc)* của chương trình.** Chúng tôi gọi danh sách này là "Danh Sách Thuốc" cho đơn giản dễ hiểu.
  - Danh Sách Thuốc liệt kê các loại thuốc được bao trả cho quý vị.

- Danh sách cũng cho biết mỗi loại thuốc được xếp bậc nào trong sáu "bậc chia sẻ chi phí" và mức bao trả thuốc có bị giới hạn hay không.
- Nếu quý vị cần bản sao Danh Sách Thuốc, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (các số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này). Quý vị cũng có thể tham khảo Danh Sách Thuốc trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ www.wellcare.com/healthnetca. Danh Sách Thuốc đăng trên trang web luôn là phiên bản cập nhật mới nhất.

- **Chương 5 của tập sách này.** Chương 5 cho biết thông tin chi tiết về bảo hiểm thuốc theo toa của quý vị, bao gồm các quy định cần theo khi quý vị lấy thuốc được bao trả của quý vị. Chương 5 cũng cho biết về các loại thuốc theo toa không được bảo hiểm theo chương trình này.
- ***Danh Mục Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc* của chương trình.** Trong hầu hết trường hợp, quý vị phải lấy thuốc được bao trả tại một nhà thuốc trong mạng lưới (xem Chương 5 để biết thêm chi tiết). *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* có danh sách các nhà thuốc trong mạng lưới của chương trình. Tài liệu này cũng cho biết các nhà thuốc nào trong mạng lưới có thể cho quý vị lấy lượng thuốc dùng dài hạn (ví dụ như lấy thuốc theo toa với lượng đủ dùng cho ba tháng).

Phần 1.2 Các loại chi phí tự trả mà quý vị có thể phải thanh toán khi lấy thuốc được bao trả

Để hiểu rõ thông tin về việc chi trả được giải thích trong chương này, quý vị cần biết về các khoản xuất tiền túi mà quý vị có thể phải trả khi nhận dịch vụ được bao trả. Số tiền quý vị tự trả cho một loại thuốc được gọi là phần “chia sẻ chi phí” và quý vị có thể được yêu cầu chia sẻ chi phí theo ba cách khách nhau.

- **“Khoản khấu trừ”** là số tiền quý vị phải thanh toán cho thuốc trước khi chương trình của chúng tôi bắt đầu thanh toán phần chi phí của mình.
- **“Khoản đồng thanh toán”** là một khoản cố định quý vị trả mỗi lần lấy thuốc theo toa.
- **“Đồng bảo hiểm”** nghĩa là quý vị phải thanh toán theo tỷ lệ phần trăm của tổng chi phí thuốc mỗi lần lấy thuốc theo toa.

PHẦN 2 Số tiền quý vị trả cho một loại thuốc phụ thuộc vào việc quý vị ở trong "giai đoạn thanh toán tiền thuốc" nào vào thời điểm lấy thuốc

Phần 2.1 Có các giai đoạn chi trả tiền thuốc nào dành cho thành viên chương trình của chúng tôi?

Như được chỉ rõ trong bảng dưới đây, Wellcare Premium Ultra (HMO) sẽ bao trả tiền thuốc theo toa cho quý vị căn cứ vào các "giai đoạn thanh toán tiền thuốc". Số tiền quý vị trả cho một loại thuốc phụ thuộc vào việc quý vị ở trong giai đoạn nào khi lấy thuốc lần đầu tiên hoặc lấy thêm thuốc. Hãy luôn nhớ rằng quý vị luôn chịu trách nhiệm về khoản phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình bất kể quý vị đang ở trong giai đoạn thanh toán tiền thuốc nào.

Giai đoạn 1 *Giai Đoạn Khấu Trừ Hàng Năm*	**Giai đoạn 2** *Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu*	**Giai đoạn 3** *Giai Đoạn Khoảng Trống Bảo Hiểm*	**Giai đoạn 4** *Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương*
Vì chương trình không có tiền khấu trừ, giai đoạn thanh toán này không áp dụng cho quý vị. (Xem thông tin chi tiết ở Phần 4 trong chương này).	Quý vị bắt đầu ở trong giai đoạn này khi quý vị mua toa thuốc đầu tiên trong năm. Trong giai đoạn này, chương trình sẽ trả phần chia sẻ chi phí của họ cho thuốc của quý vị còn **quý vị trả phần chia sẻ chi phí của mình.** Quý vị sẽ tiếp tục ở trong giai đoạn này cho tới khi **"tổng chi phí thuốc"** (số tiền quý vị trả cộng với số tiền chương trình Part D trả) từ đầu năm đến hiện tại đạt tổng $4,430. (Xem thông tin chi tiết ở Phần 5 trong Chương này.)	Trong giai đoạn này, quý vị trả 25% giá thuốc chính hiệu (cộng với một phần phí cấp bán thuốc) và 25% giá thuốc gốc. Quý vị ở trong giai đoạn này cho đến khi **"chi phí tự trả của quý vị"** (tiền quý vị trả) từ đầu năm đến hiện tại đạt tổng $7,050. Mức tự trả này cũng như quy định về cách cộng chi phí vào khoản này là do Medicare đặt ra. (Xem thông tin chi tiết ở Phần 6 trong chương này).	Trong giai đoạn này, **chương trình sẽ thanh toán phần lớn chi phí** thuốc của quý vị cho đến hết năm dương lịch (đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2022). (Xem thông tin chi tiết ở Phần 7 trong chương này).

PHẦN 3 Chúng tôi sẽ gửi báo cáo cho quý vị để giải thích các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị và giai đoạn chi trả tiền thuốc hiện tại của quý vị

Phần 3.1 Chúng tôi gửi báo cáo hàng tháng cho quý vị mang tên "Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm Part D"("EOB Part D")

Chương trình chúng tôi theo dõi chi phí thuốc theo toa của quý vị và tổng số tiền quý vị đã tự trả khi lấy thuốc theo toa lần đầu tiên hoặc lấy thêm thuốc tại nhà thuốc. Bằng cách này, chúng tôi có thể thông báo cho quý vị biết khi quý vị chuyển từ một giai đoạn chi trả thuốc sang giai đoạn khác. Đặc biệt là chúng tôi sẽ theo dõi hai con số chi trả dưới đây:

- Chúng tôi theo dõi số tiền tự trả của quý vị. Khoản này được gọi là chi phí **"tự trả"**.
- Chúng tôi theo dõi **"tổng chi phí thuốc"** của quý vị. Đây là số tiền quý vị tự trả hoặc người khác trả cho quý vị cộng với số tiền chương trình trả.

Chương trình chúng tôi sẽ chuẩn bị một bản báo cáo mang tên *Bản Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm Part D* (hay còn gọi là "EOB Part D") mỗi khi quý vị lấy một hay nhiều lần thuốc theo toa qua chương trình trong tháng trước. EOB Part D cung cấp thêm thông tin về các loại thuốc mà quý vị sử dụng, chẳng hạn như tăng giá và các loại thuốc khác có mức chia sẻ chi phí thấp hơn có thể được cung cấp. Quý vị nên tham khảo ý kiến người kê toa về các lựa chọn thuốc với chi phí thấp hơn này. EOB Part D bao gồm:

- **Thông tin cho tháng đó.** Bản báo cáo cho biết thông tin chi tiết về các khoản thanh toán cho thuốc theo toa mà quý vị mua trong tháng trước. Báo cáo cho biết tổng chi phí thuốc, phần thanh toán của chương trình và phần tiền quý vị tự thanh toán và người khác đại diện cho quý vị thanh toán.
- **Tổng số tiền thanh toán kể từ ngày 1 tháng 1.** Phần này được gọi là thông tin "từ đầu năm đến hiện tại". Số tiền này cho biết tổng chi phí thuốc cũng như tổng số tiền thanh toán cho thuốc của quý vị kể từ đầu năm.
- **Thông tin về giá thuốc.** Thông tin này sẽ thể hiện tổng giá thuốc và bất kỳ phần trăm thay đổi nào kể từ lần mua thuốc đầu tiên cho mỗi yêu cầu bảo hiểm thuốc theo toa với cùng số lượng.
- **Có sẵn các đơn thuốc thay thế có giá thấp hơn.** Điều này sẽ bao gồm thông tin về các loại thuốc khác có mức chia sẻ chi phí thấp hơn cho mỗi yêu cầu kê đơn thuốc có thể được cung cấp.

Phần 3.2 Hãy giúp chúng tôi cập nhật thông tin về số tiền quý vị trả cho thuốc

Để theo dõi tổng chi phí thuốc của quý vị và số tiền quý vị tự trả khi mua thuốc, chúng tôi căn cứ vào các hồ sơ nhận được từ nhà thuốc. Quý vị có thể giúp chúng tôi đảm bảo thông tin này được chính xác và cập nhật bằng cách:

- **Trình thẻ thành viên của quý vị mỗi khi quý vị mua thuốc.** Để đảm bảo rằng chúng tôi có thông tin chính xác về các loại thuốc theo toa quý vị mua và số tiền quý vị trả, hãy trình thẻ thành viên của chương trình mỗi khi quý vị mua thuốc theo toa.
- **Hãy đảm bảo chúng tôi có đầy đủ thông tin cần thiết.** Có một số trường hợp mà quý vị có thể bỏ tiền ra để mua thuốc theo toa nhưng chúng tôi không được tự động báo cáo thông tin cần thiết để theo dõi chính xác số tiền xuất túi của quý vị. Để giúp chúng tôi theo dõi số tiền xuất túi của quý vị, quý vị có thể gửi cho chúng tôi bản sao hóa đơn cho những loại thuốc quý vị tự mua. (Nếu quý vị nhận hóa đơn tính tiền cho một loại thuốc được bao trả thì quý vị có thể yêu cầu chương trình chi trả phần bảo hiểm cho thuốc đó. Để biết hướng dẫn cách thực hiện yêu cầu này, hãy chuyển đến Chương 7, Phần 2 của tập sách này). Sau đây là một số loại tình huống mà quý vị nên gửi bản sao hóa đơn thuốc cho chúng tôi, để chắc chắn rằng chúng tôi có hồ sơ đầy đủ về số tiền quý vị đã chi trả cho thuốc:
    - Khi quý vị mua một loại thuốc được bao trả tại nhà thuốc trong mạng lưới với giá đặc biệt hoặc sử dụng thẻ giảm giá không thuộc quyền lợi trong chương trình chúng tôi.
    - Khi quý vị trả khoản đồng thanh toán cho thuốc được cấp theo chương trình của nhà sản xuất thuốc nhằm trợ giúp bệnh nhân.
    - Bất cứ khi nào quý vị mua thuốc được bao trả tại nhà thuốc ngoài mạng lưới hoặc các trường hợp đặc biệt khác mà quý vị thanh toán toàn bộ chi phí cho một loại thuốc lẽ ra được bao trả.
- **Cho chúng tôi biết thông tin về các khoản thanh toán mà người khác thanh toán hộ quý vị.** Các khoản thanh toán do một số người hay tổ chức khác thực hiện cũng cần được tính vào số tiền tự trả của quý vị, và có thể giúp quý vị hội đủ điều kiện chuyển sang giai đoạn bảo hiểm dành cho người có chi phí thuốc cao. ví dụ, các khoản thanh toán từ những chương trình như Chương trình Trợ giúp dược phẩm của tiểu bang, là một Chương Trình Trợ Giúp Thuốc AIDS (ADAP), Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe Người Mỹ bản xứ và hầu hết các tổ chức từ thiện đều được tính vào

khoản tiền xuất túi của quý vị. Quý vị nên giữ hồ sơ chứng minh về các khoản thanh toán này và gửi hồ sơ cho chúng tôi để giúp chúng tôi theo dõi các chi phí của quý vị.

- **Kiểm tra bản báo cáo mà chúng tôi gửi cho quý vị.** Khi quý vị nhận được bản *Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm Part D* (“EOB Part D”) qua thư, vui lòng đọc kỹ để chắc chắn rằng thông tin trong đó là đầy đủ và chính xác. Nếu quý vị nghĩ rằng thông tin trong báo cáo có sai sót hoặc quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (các số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này). Thay vì nhận một bản *Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm Part D* (EOB Part D) qua thư, quý vị có lựa chọn nhận một bản điện tử EOB Part D. Quý vị có thể yêu cầu một bản này bằng cách truy cập Caremark.com. Nếu quý vị chọn đăng ký, quý vị sẽ nhận được một email khi đã có eEOB Part D của quý vị để xem, in hoặc tải xuống. Các bản EOB Part D điện tử còn được gọi là các EOB Part D không dùng giấy. Các bản EOB Part D không dùng giấy là các bản (hình ảnh) chính xác của bản in EOB Part D. **Nhớ lưu giữ các báo cáo này. Mỗi báo cáo là một hồ sơ quan trọng chứng minh về chi phí thuốc của quý vị.**

PHẦN 4 Không có tiền khấu trừ trong chương trình Wellcare Premium Ultra (HMO)

Phần 4.1 Quý vị không phải trả tiền khấu trừ cho các thuốc Part D của mình.

Không có tiền khấu trừ trong chương trình Wellcare Premium Ultra (HMO). Quý vị bắt đầu ở trong giai đoạn Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu khi quý vị mua toa thuốc đầu tiên trong năm. Hãy xem Chương 5 để biết thêm thông tin về việc bao trả cho quý vị trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu.

PHẦN 5 Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu, chương trình chi trả một phần chi phí thuốc và quý vị trả phần của quý vị

Phần 5.1 Số tiền quý vị phải trả cho thuốc phụ thuộc vào loại thuốc và nơi lấy thuốc

Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu, chương trình chi trả phần chia sẻ chi phí thuốc theo toa được bao trả của quý vị và quý vị trả phần chia sẻ của mình (là

khoản tiền đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm). Phần chi phí quy định cho quý vị có thể thay đổi tùy theo loại thuốc và nơi quý vị lấy thuốc.

Chương trình có sáu bậc chia sẻ chi phí

Mỗi thuốc trong Danh Sách Thuốc được xếp vào một trong sáu bậc chia sẻ chi phí. Nhìn chung, bậc chia sẻ chi phí càng cao thì chi phí quý vị phải trả càng nhiều:

- Bậc 1 (Thuốc Gốc Ưu Tiên) bao gồm các thuốc gốc ưu tiên và có thể gồm một số loại thuốc chính hiệu.
- Bậc 2 (Thuốc Gốc) bao gồm các thuốc gốc và có thể gồm một số loại thuốc chính hiệu.
- Bậc 3 (Thuốc Chính Hiệu Ưu Tiên) bao gồm các thuốc chính hiệu ưu tiên và có thể gồm một số loại thuốc gốc.
- Bậc 4 (Thuốc Không Ưu Tiên) bao gồm những loại thuốc gốc không ưu tiên và thuốc chính hiệu không ưu tiên.
- Bậc 5 (Bậc Chuyên Khoa) bao gồm một số loại thuốc gốc và thuốc chính hiệu giá cao. Các loại thuốc thuộc bậc này không đủ điều kiện cho ngoại lệ thanh toán ở bậc thấp hơn. Đây là bậc yêu cầu chia sẻ chi phí ở mức cao nhất.
- Bậc 6 (Thuốc Chăm Sóc Chọn Lọc) bao gồm một số loại thuốc gốc và thuốc chính hiệu thường được sử dụng để điều trị các bệnh mạn tính hoặc để phòng bệnh (các loại vắc-xin). Đây là bậc yêu cầu chia sẻ chi phí ở mức thấp nhất.

Để tìm xem thuốc của quý vị được xếp vào chia sẻ chi phí bậc nào, hãy tham khảo Danh Sách Thuốc của chương trình.

Các lựa chọn của quý vị về nhà thuốc

Số tiền quý vị phải trả cho một loại thuốc cũng phụ thuộc vào việc quý vị lấy thuốc từ:

- Một nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới có chia sẻ chi phí tiêu chuẩn
- Một nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới có chia sẻ chi phí ưu tiên
- Một nhà thuốc không tham gia hệ thống của chương trình
- Dịch vụ đặt hàng thuốc qua đường bưu điện của chương trình

Để biết thêm thông tin về việc lựa chọn nhà thuốc và lấy thuốc theo toa, hãy xem Chương 5 trong tập sách này cùng với *Danh mục các Nhà cung cấp và Nhà thuốc* của chương trình.

Thường thì chúng tôi *chỉ* bao trả cho thuốc theo toa khi quý vị lấy thuốc tại một nhà thuốc trong mạng lưới. Một số nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi cũng có chia sẻ chi phí ưu tiên. Quý vị có thể đến các nhà thuốc trong mạng lưới cung cấp chia sẻ chi phí ưu tiên hoặc các nhà thuốc khác trong mạng lưới cung cấp chia sẻ chi phí tiêu chuẩn để nhận các thuốc theo toa được bao trả của mình. Chi phí của quý vị có thể thấp hơn nếu quý vị mua thuốc tại nhà thuốc có chia sẻ chi phí ưu tiên.

Phần 5.2 Bảng liệt kê các chi phí của quý vị khi mua thuốc với lượng đủ dùng trong *một tháng*

Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu, phần chia sẻ chi phí thuốc được bao trả của quý vị là khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm.

- **"Khoản đồng thanh toán"** là một khoản cố định quý vị trả mỗi lần lấy thuốc theo toa.
- **"Đồng bảo hiểm"** nghĩa là quý vị phải thanh toán theo tỷ lệ phần trăm của tổng chi phí thuốc mỗi lần lấy thuốc theo toa.

Như được chỉ rõ trong bảng dưới đây, khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm tùy thuộc vào bậc chia sẻ chi phí thuốc của quý vị. Xin lưu ý:

- Nếu chi phí thuốc được bao trả của quý vị thấp hơn số tiền đồng thanh toán trong bảng này thì quý vị sẽ chi trả giá thuốc thấp hơn. Quý vị chi trả cho *hoặc* toàn bộ giá thuốc *hoặc* khoản đồng thanh toán, *tùy theo khoản nào thấp hơn.*
- Chúng tôi chỉ bao trả cho thuốc theo toa được mua tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới trong một số trường hợp hạn chế. Hãy xem Chương 5, Phần 2.5 để biết thông tin về những trường hợp được bảo hiểm thuốc theo toa khi lấy tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới.

Khoản chia sẻ chi phí của quý vị khi nhận được lượng thuốc theo toa Part D được bao trả đủ dùng trong *một tháng*:

Bậc	**Chia sẻ chi phí của nhà thuốc bán lẻ tiêu chuẩn (trong mạng lưới)** (tối đa lượng dùng trong 30 ngà)	**Chia sẻ chi phí của nhà thuốc bán lẻ ưu tiên (trong mạng lưới)** (tối đa lượng dùng trong 30 ngày)	**Chia sẻ chi phí khi đặt hàng qua đường bưu điện tiêu chuẩn** (tối đa lượng dùng trong 30 ngày)	**Chia sẻ chi phí khi đặt hàng qua nhà thuốc nhận đặt hàng qua đường bưu điện ưu tiên** (tối đa lượng dùng trong 30 ngày)	**Chia sẻ chi phí chăm sóc dài hạn (LTC)** (tối đa lượng dùng trong 31 ngày)	**Chia sẻ chi phí ngoài mạng lưới** (Chỉ được bảo hiểm trong một số trường hợp cụ thể; xem Chương 5 để biết thêm chi tiết) (tối đa lượng dùng trong 30 ngày)
Chia Sẻ Chi Phí Bậc 1 (Thuốc Gốc Ưu Tiên) bao gồm các thuốc gốc ưu tiên và có thể bao gồm một số thuốc chính hiệu.	$8	$3	$8	$3	$8	$8
Chia Sẻ Chi Phí Bậc 2 (Thuốc Gốc) bao gồm một số thuốc gốc và có thể bao gồm một số loại thuốc chính hiệu.	$18	$11	$18	$11	$18	$18

Bậc	**Chia sẻ chi phí của nhà thuốc bán lẻ tiêu chuẩn (trong mạng lưới)** (tối đa lượng dùng trong 30 ngà)	**Chia sẻ chi phí của nhà thuốc bán lẻ ưu tiên (trong mạng lưới)** (tối đa lượng dùng trong 30 ngày)	**Chia sẻ chi phí khi đặt hàng qua đường bưu điện tiêu chuẩn** (tối đa lượng dùng trong 30 ngày)	**Chia sẻ chi phí khi đặt hàng qua nhà thuốc nhận đặt hàng qua đường bưu điện ưu tiên** (tối đa lượng dùng trong 30 ngày)	**Chia sẻ chi phí chăm sóc dài hạn (LTC)** (tối đa lượng dùng trong 31 ngày)	**Chia sẻ chi phí ngoài mạng lưới** (Chỉ được bảo hiểm trong một số trường hợp cụ thể; xem Chương 5 để biết thêm chi tiết) (tối đa lượng dùng trong 30 ngày)
Chia Sẻ Chi Phí Bậc 3 (Thuốc Chính Hiệu Ưu Tiên) bao gồm một số thuốc chính hiệu ưu tiên và có thể bao gồm một số loại thuốc gốc.	$47	$37	$47	$37	$47	$47

Bậc	**Chia sẻ chi phí của nhà thuốc bán lẻ tiêu chuẩn (trong mạng lưới)** (tối đa lượng dùng trong 30 ngà)	**Chia sẻ chi phí của nhà thuốc bán lẻ ưu tiên (trong mạng lưới)** (tối đa lượng dùng trong 30 ngày)	**Chia sẻ chi phí khi đặt hàng qua đường bưu điện tiêu chuẩn** (tối đa lượng dùng trong 30 ngày)	**Chia sẻ chi phí khi đặt hàng qua nhà thuốc nhận đặt hàng qua đường bưu điện ưu tiên** (tối đa lượng dùng trong 30 ngày)	**Chia sẻ chi phí chăm sóc dài hạn (LTC)** (tối đa lượng dùng trong 31 ngày)	**Chia sẻ chi phí ngoài mạng lưới** (Chỉ được bảo hiểm trong một số trường hợp cụ thể; xem Chương 5 để biết thêm chi tiết) (tối đa lượng dùng trong 30 ngày)
Chia Sẻ Chi Phí Bậc 4 (Thuốc Không Ưu Tiên) bao gồm những loại thuốc gốc không ưu tiên và thuốc chính hiệu không ưu tiên.	$100	$90	$100	$90	$100	$100

Bậc	**Chia sẻ chi phí của nhà thuốc bán lẻ tiêu chuẩn (trong mạng lưới)** (tối đa lượng dùng trong 30 ngà)	**Chia sẻ chi phí của nhà thuốc bán lẻ ưu tiên (trong mạng lưới)** (tối đa lượng dùng trong 30 ngày)	**Chia sẻ chi phí khi đặt hàng qua đường bưu điện tiêu chuẩn** (tối đa lượng dùng trong 30 ngày)	**Chia sẻ chi phí khi đặt hàng qua nhà thuốc nhận đặt hàng qua đường bưu điện ưu tiên** (tối đa lượng dùng trong 30 ngày)	**Chia sẻ chi phí chăm sóc dài hạn (LTC)** (tối đa lượng dùng trong 31 ngày)	**Chia sẻ chi phí ngoài mạng lưới** (Chỉ được bảo hiểm trong một số trường hợp cụ thể; xem Chương 5 để biết thêm chi tiết) (tối đa lượng dùng trong 30 ngày)
Chia Sẻ Chi Phí Bậc 5 (Bậc Chuyên Khoa) bao gồm một số loại thuốc gốc và thuốc chính hiệu giá cao. Các loại thuốc thuộc bậc này không đủ điều kiện cho ngoại lệ thanh toán ở bậc thấp hơn.	33%	33%	33%	33%	33%	33%

Bậc	**Chia sẻ chi phí của nhà thuốc bán lẻ tiêu chuẩn (trong mạng lưới)** (tối đa lượng dùng trong 30 ngà)	**Chia sẻ chi phí của nhà thuốc bán lẻ ưu tiên (trong mạng lưới)** (tối đa lượng dùng trong 30 ngày)	**Chia sẻ chi phí khi đặt hàng qua đường bưu điện tiêu chuẩn** (tối đa lượng dùng trong 30 ngày)	**Chia sẻ chi phí khi đặt hàng qua nhà thuốc nhận đặt hàng qua đường bưu điện ưu tiên** (tối đa lượng dùng trong 30 ngày)	**Chia sẻ chi phí chăm sóc dài hạn (LTC)** (tối đa lượng dùng trong 31 ngày)	**Chia sẻ chi phí ngoài mạng lưới** (Chỉ được bảo hiểm trong một số trường hợp cụ thể; xem Chương 5 để biết thêm chi tiết) (tối đa lượng dùng trong 30 ngày)
Chia Sẻ Chi Phí Bậc 6 (Thuốc Chăm Sóc Chọn Lọc) bao gồm một số loại thuốc gốc và thuốc chính hiệu thường được sử dụng để điều trị các bệnh mạn tính hoặc để phòng bệnh (các loại vắc-xin).	$0	$0	$0	$0	$0	$0

Phần 5.3 Nếu bác sĩ của quý vị kê toa với lượng thuốc ít hơn lượng đủ dùng trong một tháng, có thể quý vị sẽ không phải trả chi phí cho lượng thuốc đủ dùng trong toàn bộ tháng

Thường thì số tiền quý vị trả cho thuốc theo toa là tiền trả cho lượng thuốc được bao trả đủ dùng cho cả một tháng. Tuy nhiên, bác sĩ của quý vị có thể cho toa với lượng thuốc chưa đến một tháng. Đôi khi quý vị có thể muốn yêu cầu bác sĩ cho toa với lượng thuốc ít hơn một tháng (Ví dụ: quý vị bắt đầu dùng thử một loại thuốc được biết là gây phản ứng phụ nghiêm trọng). Nếu bác sĩ của quý vị kê toa lượng thuốc ít hơn lượng dùng trong cả tháng, quý vị sẽ không phải thanh toán cho lượng dùng trong cả tháng của một số loại thuốc.

Số tiền quý vị phải trả khi mua thuốc với lượng dùng ít hơn một tháng sẽ tùy thuộc vào việc quý vị được yêu cầu trả khoản đồng bảo hiểm (trả theo tỷ lệ phần trăm của tổng chi phí thuốc) hoặc khoản đồng thanh toán (một khoản tiền cố định mỗi lần lấy thuốc).

- Nếu quý vị chịu trách nhiệm cho khoản đồng bảo hiểm, quý vị phải thanh toán theo tỷ lệ phần trăm của tổng chi phí tiền thuốc. Tỷ lệ phần trăm phải trả không thay đổi cho dù toa thuốc chỉ định lượng thuốc dùng trong đủ một tháng hoặc ít hơn. Tuy nhiên, vì tổng chi phí thuốc sẽ thấp hơn khi quý vị lấy lượng thuốc ít hơn nên số tiền quý vị phải trả cũng sẽ ít hơn.
- Nếu quý vị được yêu cầu trả khoản đồng thanh toán khi lấy thuốc, số tiền đồng thanh toán được tính căn cứ vào số ngày quý vị nhận thuốc. Chúng tôi sẽ tính số tiền quý vị trả cho thuốc theo từng ngày (được gọi là "mức chia sẻ chi phí hàng ngày") rồi nhân số tiền đó với số ngày lượng thuốc nhận được đủ dùng.
    - Đây là một ví dụ: Giả sử khoản đồng thanh toán cho lượng thuốc đủ dùng cho cả tháng (lượng đủ dùng trong 30 ngày) của quý vị là $30. Điều này có nghĩa là số tiền thuốc quý vị trả hàng ngày là $1. Khi quý vị nhận được lượng thuốc để dùng trong 7 ngày, số tiền trả được tính bằng cách lấy $1/ngày nhân cho 7 ngày, cho ra tổng số tiền trả là $7.

Chia sẻ chi phí theo ngày cho phép quý vị dùng thử để biết chắc rằng thuốc phù hợp với mình trước khi bỏ tiền ra để mua thuốc cho nguyên tháng. Quý vị cũng có thể yêu cầu bác sĩ cho toa và dược sĩ phân phối thuốc ít hơn lượng thuốc đủ dùng cho cả một tháng, nếu điều này sẽ giúp cho quý vị dự trù quý vị có thể mua thêm thuốc cùng một ngày cho những loại thuốc theo toa khác nhau để quý vị không phải đi đến nhà thuốc nhiều lần. Số tiền quý vị phải trả tùy theo số ngày thuốc quý vị mua.

Phần 5.4 Bảng liệt kê các chi phí của quý vị khi mua lượng thuốc dùng *dài hạn* (61-90 ngày)

Đối với một số loại thuốc theo toa, quý vị có thể mua số lượng dùng dài hạn (còn được gọi là "lượng thuốc dùng kéo dài") khi lấy thuốc. Lượng thuốc dùng dài hạn là lượng thuốc đủ dùng trong 61-90 ngày. (Để biết thêm chi tiết về địa điểm và cách thức nhận lượng thuốc dài hạn, xin hãy xem Chương 5, Phần 2.4).

Bảng dưới đây chỉ rõ số tiền quý vị phải trả khi lấy lượng thuốc dùng dài hạn (61-90 ngày).

- Xin lưu ý: Nếu chi phí thuốc được bao trả của quý vị thấp hơn khoản đồng thanh toán ghi trong bảng thì quý vị chi trả giá thấp hơn. cho thuốc đó. Quý vị chi trả cho *hoặc* toàn bộ giá thuốc *hoặc* khoản đồng thanh toán, *tùy theo khoản nào thấp hơn.*

Khoản chia sẻ chi phí của quý vị khi nhận được thuốc theo toa Part D được bao trả với lượng dùng *dài hạn* từ:

Bậc	**Chia sẻ chi phí của nhà thuốc bán lẻ tiêu chuẩn (trong mạng lưới)** (lượng đủ dùng trong 61-90 ngày)	**Chia sẻ chi phí của nhà thuốc bán lẻ ưu tiên (trong mạng lưới)** (lượng đủ dùng trong 61-90 ngày)	**Chia sẻ chi phí khi đặt hàng qua đường bưu điện tiêu chuẩn** (lượng đủ dùng trong 61-90 ngày)	**Chia sẻ chi phí khi đặt hàng qua nhà thuốc nhận đặt hàng qua đường bưu điện ưu tiên** (lượng đủ dùng trong 61-90 ngày)
Chia Sẻ Chi Phí Bậc 1 (Thuốc Gốc Ưu Tiên - bao gồm các thuốc gốc ưu tiên và có thể bao gồm một số thuốc chính hiệu).	$24	$9	$24	$0

Bậc	**Chia sẻ chi phí của nhà thuốc bán lẻ tiêu chuẩn (trong mạng lưới)** (lượng đủ dùng trong 61-90 ngày)	**Chia sẻ chi phí của nhà thuốc bán lẻ ưu tiên (trong mạng lưới)** (lượng đủ dùng trong 61-90 ngày)	**Chia sẻ chi phí khi đặt hàng qua đường bưu điện tiêu chuẩn** (lượng đủ dùng trong 61-90 ngày)	**Chia sẻ chi phí khi đặt hàng qua nhà thuốc nhận đặt hàng qua đường bưu điện ưu tiên** (lượng đủ dùng trong 61-90 ngày)
Chia Sẻ Chi Phí Bậc 2 (Thuốc gốc - bao gồm một số thuốc gốc và có thể bao gồm một số loại thuốc chính hiệu).	$54	$34	$54	$0
Chia Sẻ Chi Phí Bậc 3 (Thuốc Chính Hiệu Ưu Tiên - bao gồm một số thuốc chính hiệu ưu tiên và có thể bao gồm một số loại thuốc gốc).	$141	$111	$141	$74
Chia Sẻ Chi Phí Bậc 4 (Thuốc Không Ưu Tiên- bao gồm những loại thuốc gốc không ưu tiên và thuốc chính hiệu không ưu tiên).	$300	$270	$300	$180
Chia Sẻ Chi Phí Bậc 5 (Bậc Chuyên Khoa- bao gồm một số loại thuốc gốc và thuốc chính hiệu giá cao. Các loại thuốc thuộc bậc này không đủ điều kiện cho ngoại lệ thanh toán ở bậc thấp hơn).	Các loại thuốc trong Bậc 5 không được mua với lượng dùng dài hạn.			

Bậc	**Chia sẻ chi phí của nhà thuốc bán lẻ tiêu chuẩn (trong mạng lưới)** (lượng đủ dùng trong 61-90 ngày)	**Chia sẻ chi phí của nhà thuốc bán lẻ ưu tiên (trong mạng lưới)** (lượng đủ dùng trong 61-90 ngày)	**Chia sẻ chi phí khi đặt hàng qua đường bưu điện tiêu chuẩn** (lượng đủ dùng trong 61-90 ngày)	**Chia sẻ chi phí khi đặt hàng qua nhà thuốc nhận đặt hàng qua đường bưu điện ưu tiên** (lượng đủ dùng trong 61-90 ngày)
Chia Sẻ Chi Phí Bậc 6 (Thuốc Chăm Sóc Chọn Lọc - bao gồm một số loại thuốc gốc và thuốc chính hiệu thường được sử dụng để điều trị các bệnh mạn tính hoặc để phòng bệnh (các loại vắc-xin).)	$0	$0	$0	$0

Phần 5.5 Quý vị ở trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu cho tới khi tổng chi phí tiền thuốc của quý vị trong năm đạt $4,430

Quý vị ở trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu cho tới khi tổng chi phí thuốc theo toa mà quý vị đã lấy và lấy thêm sau đó đạt đến **$4,430 là mức giới hạn của Giai đoạn Bảo Hiểm Ban đầu.**

Tổng chi phí thuốc được tính ra bằng cách cộng lại số tiền quý vị trả với số tiền mà bất cứ chương trình bảo hiểm Part D nào khác đã trả cho quý vị:

- **Số tiền quý vị đã trả** cho tất cả các loại thuốc được bao trả quý vị đã nhận tính từ lần đầu tiên mua thuốc trong năm. (Xem Phần 6.2 để biết thêm thông tin về cách Medicare tính chi phí tự trả của quý vị).
    - Tổng số tiền quý vị trả để thanh toán phần chi phí thuốc được quy định cho mình trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu.

- **Số tiền chương trình đã trả** dưới dạng chia sẻ chi phí của chương trình cho thuốc của quý vị trong Giai Đoạn bao trả Ban Đầu. (Nếu quý vị đã tham gia vào một chương trình Part D khác vào bất cứ lúc nào trong năm 2022, số tiền mà chương trình đó chi trả trong Giai đoạn Bảo Hiểm Ban đầu cũng được tính vào tổng chi phí thuốc của quý vị).

Chúng tôi cung cấp việc bao trả bổ sung cho một số loại thuốc theo toa mà thường không được bao trả trong một chương trình thuốc theo toa Medicare. Số tiền trả cho các loại thuốc này sẽ không tính vào mức giới hạn bao trả ban đầu hoặc tính vào số tiền tự trả của quý vị. Hãy xem trong danh mục thuốc của quý vị để biết xem loại thuốc nào được bao trả.

Bản Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm Part D (EOB Part D) mà chúng tôi gửi cho quý vị sẽ giúp quý vị theo dõi số tiền quý vị và chương trình, cũng như bất kỳ bên thứ ba nào, đã trả thay cho quý vị trong năm. Nhiều người không đạt đến mức giới hạn $4,430 trong một năm.

Chúng tôi sẽ báo cho quý vị biết khi quý vị đạt đến số tiền $4,430. Nếu quý vị đạt mức trần đó, quý vị sẽ chuyển từ Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu sang Giai Đoạn Khoảng Trống Bảo Hiểm.

PHẦN 6 Trong Giai Đoạn Khoảng Trống Bảo Hiểm, quý vị được giảm giá đối với thuốc chính hiệu và chỉ trả không quá 25% chi phí thuốc gốc

Phần 6.1 Quý vị ở trong Giai Đoạn Khoảng Trống Bảo Hiểm cho tới khi tổng chi phí tự trả của quý vị đạt mức $7,050

Khi quý vị đang ở trong Giai Đoạn Khoảng Trống Bảo Hiểm, Chương Trình Giảm Giá Trong Giai Đoạn Khoảng Trống Bảo Hiểm Của Medicare sẽ giúp quý vị được hưởng phần giảm giá từ các nhà sản xuất thuốc chính hiệu. Quý vị trả 25% giá tiền thương lượng và một phần lệ phí cấp bán thuốc của thuốc chính hiệu. Cả số tiền quý vị trả cũng như số tiền được nhà sản xuất giảm cho quý vị đều được tính vào khoản chi phí tiền túi của quý vị như là quý vị đã trả đủ giá thuốc, và điều này giúp quý vị đạt mức trần của giai đoạn khoảng trống bảo hiểm nhanh hơn.

Quý vị cũng được bảo hiểm một phần cho các loại thuốc gốc. Quý vị thanh toán không quá 25% giá thuốc gốc và chương trình sẽ thanh toán phần còn lại. Đối với thuốc gốc, số tiền chương trình chi trả (75%) không được tính vào khoản chi phí tự trả của quý vị. Chỉ có số tiền quý vị tự trả được tính vào khoản chi phí này ở giai đoạn khoảng trống bảo hiểm.

Quý vị sẽ tiếp tục thanh toán cho thuốc chính hiệu được giảm giá và thanh toán không quá 25% giá thuốc gốc cho tới khi các khoản thanh toán chi phí tự trả hàng năm của quý vị đạt đến số tiền tối đa được quy định bởi Medicare. Trong năm 2022, số tiền đó là $7,050.

Medicare cũng đưa ra các quy định về việc những khoản nào được tính và *không* được tính vào chi phí tự trả của quý vị. Khi số tiền tự trả của quý vị đạt đến mức giới hạn $7,050, quý vị sẽ chuyển từ Giai Đoạn Khoảng Trống Bảo Hiểm sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương.

Phần 6.2 Cách Medicare tính chi phí tự trả của quý vị cho thuốc theo toa

Sau đây là các quy định của Medicare mà chúng tôi cần áp dụng khi theo dõi các chi phí thuốc theo toa quý vị tự trả.

Những khoản trả dưới đây <u>được tính vào</u> chi phí tự trả của quý vị

Khi quý vị cộng tổng số tiền tự trả của mình, **<u>quý vị có thể tính cả</u>** những khoản thanh toán được liệt kê bên dưới (miễn là dành cho thuốc được bao trả Part D và quý vị đã tuân theo quy tắc về bảo hiểm thuốc được giải thích ở Chương 5 của tập sách này):

- Số tiền quý vị tự trả để mua thuốc khi còn ở bất cứ giai đoạn chi trả thuốc nào dưới đây:
  - Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban đầu
  - Giai Đoạn Không Được Bao Trả
- Bất cứ số tiền nào quý vị đã trả trong năm lịch này với tư cách thành viên chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare khác trước khi quý vị ghi danh vào chương trình của chúng tôi.

Cũng cần xét đến nguồn chi trả:

- Nếu **chính quý vị** là người thanh toán, những khoản tiền này được tính vào số tiền tự trả của quý vị.
- Những khoản thanh toán này *cũng được tính* nếu **một số cá nhân hoặc tổ chức khác** đại diện cho quý vị đã thanh toán. Điều này bao gồm các khoản thanh toán chi phí thuốc cho quý vị từ một người quý vị hay người thân, từ hầu hết các tổ chức từ thiện, từ các chương trình phụ cấp thuốc trị AIDS, hoặc từ Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe Người Mỹ bản xứ. Các khoản thanh toán từ Chương trình " Trợ Giúp Bổ Sung" của Medicare cũng được tính.

- Một số khoản thanh toán từ Chương Trình Giảm Giá Trong Giai Đoạn Khoảng Trống Bảo Hiểm Của Medicare được tính. Số tiền trả của nhà sản xuất thuốc chính hiệu được tính. Tuy nhiên số tiền chương trình chi trả cho thuốc gốc của quý vị không được tính.

Khi chuyển sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương:

Khi quý vị (hoặc những người trả tiền cho quý vị) đã chi tổng cộng $7,050 chi phí tự trả trong một năm theo lịch thì quý vị sẽ chuyển từ Giai Đoạn Khoảng Trống Bảo Hiểm sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương.

Những khoản thanh toán này <u>không được tính vào</u> số tiền tự trả của quý vị

Khi quý vị cộng tổng số tiền tự trả của mình, quý vị **<u>không được phép tính</u>** bất kỳ loại thanh toán nào sau đây cho thuốc theo toa:

- Khoản phí bảo hiểm hàng tháng mà quý vị phải trả.
- Thuốc mà quý vị mua từ bên ngoài nước Mỹ và các lãnh thổ trực thuộc.
- Thuốc không được bao trả theo chương trình của chúng tôi.
- Thuốc mà quý vị mua từ một nhà thuốc ngoài mạng lưới và không đáp ứng các yêu cầu của chương trình về việc bao trả cho thuốc được mua từ ngoài mạng lưới.
- Thuốc theo toa được chương trình Medicare Part A hoặc Part B bao trả.
- Tiền quý vị trả cho những thuốc theo toa được bao trả theo bảo hiểm bổ túc của chúng tôi nhưng thường không được Chương trình Bảo hiểm Thuốc Theo toa thuộc Medicare bao trả.
- Các khoản thanh toán thuốc theo toa mà Chương Trình Thuốc Theo Toa Medicare thường không bao trả.
- Các khoản thanh toán của chương trình để giúp quý vị mua thuốc gốc hay thuốc chính hiệu khi quý vị còn trong Giai Đoạn Khoảng Trống Bảo Hiểm.
- Các khoản thanh toán thuốc cho quý vị từ những chương trình bảo hiểm y tế tập thể, gồm cả bảo hiểm sức khỏe của chủ lao động.
- Các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị từ một số chương trình bảo hiểm và chương trình chăm sóc sức khỏe được chính phủ tài trợ nhất định, ví dụ như TRICARE và Bộ Cựu Chiến Binh.
- Các khoản bao trả thuốc cho quý vị từ một bên thứ ba có trách nhiệm thanh toán chi phí thuốc theo toa (ví dụ như Bồi Thường Lao Động).

Nhắc nhở: Nếu bất cứ tổ chức nào khác ngoài những tổ chức trên đây thanh toán một phần hay toàn bộ chi phí tự trả cho thuốc của quý vị, quý vị phải thông báo cho chương trình của chúng tôi. Xin gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để thông báo (các số điện thoại được in ở bìa sau của tài liệu này).

Làm thế nào để quý vị theo dõi được tổng chi phí tự trả của quý vị?

- **Chúng tôi sẽ giúp quý vị.** Bản báo cáo có tên *Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm Part D* (EOB Part D) mà chúng tôi gửi cho quý vị cho biết số tiền tự trả hiện tại của quý vị (Xem Phần 3 trong chương này để biết báo cáo này). Khi chi phí tự trả của quý vị đạt tổng cộng $7,050 trong năm, báo cáo này sẽ cho biết rằng quý vị đã chuyển từ Giai Đoạn Khoảng Trống Bảo Hiểm sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương.
- **Hãy đảm bảo chúng tôi có đầy đủ thông tin cần thiết.** Phần 3.2 cho biết những gì quý vị có thể làm để giúp đảm bảo rằng hồ sơ của chúng tôi về số tiền chi tiêu của quý vị là đầy đủ và cập nhật.

PHẦN 7 Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương, chương trình sẽ thanh toán hầu hết chi phí thuốc cho quý vị

Phần 7.1 Khi quý vị chuyển sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương thì sẽ ở trong giai đoạn này cho tới cuối năm

Quý vị hội đủ điều kiện chuyển sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương khi chi phí tự trả của quý vị đạt $7,050 cho năm theo lịch. Khi quý vị chuyển sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương thì sẽ tiếp tục ở trong giai đoạn chi trả này cho tới cuối năm lịch.

Trong giai đoạn này, chương trình sẽ chi trả hầu hết chi phí thuốc cho quý vị.

- **Phần quý vị trả** cho các loại thuốc được bao trả là khoản đồng bảo hiểm hoặc khoản đồng thanh toán, tùy theo khoản nào *lớn hơn*:
  - – *hoặc* là – đồng bảo hiểm là 5% chi phí thuốc
  - – *hoặc* – $3.95 đối với thuốc gốc hay thuốc được coi là thuốc gốc và $9.85 đối với tất cả các loại thuốc khác.
- **Chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán phần** chi phí còn lại.

PHẦN 8 Số tiền quý vị phải trả cho vắc-xin được bao trả theo Part D phụ thuộc vào nơi nhận và cách nhận vắc-xin

Phần 8.1 Chương trình của chúng tôi có thể bao trả riêng biệt cho vắc-xin của Part D và cho chi phí tiêm vắc-xin cho quý vị

Chương trình của chúng tôi bao trả cho một số vắc-xin được bảo hiểm theo Part D. Chúng tôi cũng chi trả các vắcxin nằm trong phúc lợi y tế. Quý vị có thể tìm hiểu về mức bảo hiểm đối với các loại vắc-xin này bằng cách xem Bảng Phúc Lợi Y Tế ở Chương 4, Phần 2.1.

Chúng tôi chia việc chi trả các loại vắc-xin Part D thành hai phần:

- Phần bảo hiểm đầu tiên là chi phí của **riêng thuốc vắc-xin.** Vắc-xin này là một thuốc theo toa.
- Phần thứ hai bao trả chi phí **tiêm vắc-xin cho quý vị.** (Đôi khi việc này được gọi là "cho dùng" vắc-xin.)

Quý vị phải trả bao nhiêu khi nhận vắc-xin được bảo hiểm theo Part D?

Số tiền quý vị phải trả khi nhận một loại vắc-xin Part D tùy thuộc vào ba yếu tố:

1. **Loại vắc-xin** (quý vị được tiêm vắc-xin phòng bệnh gì).
    - Một số loại vắc-xin nằm trong các quyền lợi y tế của chúng tôi. Quý vị có thể tìm hiểu về bao trả cho những vắc-xin này bằng cách xem Chương 4, *Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả và số tiền quý vị phải thanh toán)*.
    - Các vắc-xin khác được coi là thuốc Part D. Quý vị có thể tìm các vắcxin này *trong bản Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Mục Thuốc)* của chương trình.
2. **Nơi quý vị mua thuốc vắc-xin.**
3. **Ai là người chủng ngừa cho quý vị.**

Số tiền quý vị phải trả khi được cho dùng vắc-xin Part D có thể khác nhau, tùy theo từng trường hợp. Ví dụ:

- Đôi khi quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí cho cả thuốc vắc-xin cũng như chi phí chích vắc-xin vào lúc quý vị được chích thuốc. Quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn trả phần bảo hiểm cho chi phí đó.
- Còn vào những lúc khác khi quý vị lấy thuốc vắc-xin hay được chích vắc-xin, quý vị sẽ chỉ trả phần chi phí được quy định cho quý vị.

Để minh họa điều này, sau đây là ba trường hợp phổ biến mà quý vị có thể được chích vắc-xin theo Part D. Hãy nhớ rằng quý vị chịu trách nhiệm thanh toán tất cả các chi phí liên quan đến vắc-xin (kể cả chi phí cho dùng vắc-xin) khi trong Giai Đoạn Không Được bao trả cho quyền lợi của quý vị.

Trường hợp 1: Quý vị mua vắc-xin Part D tại nhà thuốc và được tiêm vắc-xin luôn tại nhà thuốc trong mạng lưới đó. (Việc quý vị có lựa chọn này hay không tùy thuộc vào nơi ở của quý vị. Một số tiểu bang không cho phép nhà thuốc cho dùng vắc-xin.)

- Quý vị sẽ phải thanh toán cho nhà thuốc khoản đồng bảo hiểm *HOẶC* khoản đồng thanh toán đối với vắc xin và chi phí tiêm vắc xin cho quý vị.
- Chương trình của chúng tôi sẽ bao trả phần chi phí còn lại.

Trường hợp 2: Quý vị được tiêm vắc-xin Part D tại phòng khám của bác sĩ của quý vị.

- Khi được tiêm vắc-xin, quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí cho vắc-xin và việc tiêm vắc-xin.
- Sau đó, quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi thanh toán phần chi phí chúng tôi phải trả bằng cách sử dụng các quy trình được mô tả trong Chương 7 của tập sách này (*Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chi phí trong hóa đơn quý vị nhận được về các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả*).
- Quý vị sẽ được hoàn trả số tiền đã thanh toán, trừ đi khoản đồng bảo hiểm *HOẶC* khoản đồng thanh toán thông thường cho vắc-xin đó (kể cả phí cho dùng vắc-xin) và cũng trừ đi số tiền chênh lệch, nếu có, giữa chi phí tính trên hóa đơn của bác sĩ và số tiền thông thường chúng tôi trả. (Nếu quý vị được hưởng trợ cấp "Trợ Giúp Bổ Sung", chúng tôi sẽ hoàn trả phần tiền chênh lệch này cho quý vị.)

Trường hợp 3: Quý vị mua thuốc vắc-xin Part D tại nhà thuốc và đem đến văn phòng bác sĩ để được chích thuốc.

- Quý vị sẽ phải thanh toán cho nhà thuốc khoản đồng bảo hiểm *HOẶC* khoản đồng thanh toán cho riêng vắc-xin.
- Khi bác sĩ tiêm vắc-xin cho quý vị, quý vị sẽ trả toàn bộ

chi phí cho dịch vụ đó. Sau đó quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn trả Part Bảo hiểm chi phí đó bằng cách làm theo các thủ tục được miêu tả ở Chương 7 trong tài liệu này.

- Quý vị sẽ được hoàn trả số tiền tính trên hóa đơn của bác sĩ cho việc cho dùng thuốc vắc-xin, trừ đi số tiền chênh lệch, nếu có, giữa chi phí tính trên hóa đơn và mức chi trả thông thường của chúng tôi. (Nếu quý vị được hưởng trợ cấp "Trợ Giúp Bổ Sung", chúng tôi sẽ hoàn trả phần tiền chênh lệch này cho quý vị.)

Phần 8.2 Quý vị có thể muốn gọi điện cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên của chúng tôi trước khi nhận vắc-xin

Có nhiều quy định phức tạp về việc chi trả vắc-xin. Chúng tôi luôn sẵn sàng trợ giúp. Chúng tôi khuyến khích quý vị gọi điện trước cho chúng tôi đến Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên mỗi khi có ý định tiêm vắc-xin. (Số điện thoại Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên được ghi ở bìa sau của tập sách này).

- Chúng tôi có thể giúp quý vị hiểu về việc chương trình sẽ chi trả cho vắc-xin như thế nào và số tiền quý vị phải trả.
- Chúng tôi có thể giải thích những cách giảm chi phí cho quý vị bằng cách dùng những nhà cung cấp dịch vụ y tế và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.
- Nếu quý vị không thể đến một nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc trong mạng lưới thì chúng tôi có thể hướng dẫn quý vị biết cần làm gì để được hoàn trả phần bảo hiểm từ chương trình chúng tôi.

CHƯƠNG 7

Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi trong một hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho các loại thuốc hoặc dịch vụ y tế được bao trả

Chương 7. Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi trong một hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho các loại thuốc hoặc dịch vụ y tế được bao trả

Phần 1 Những trường hợp nào quý vị nên yêu cầu chúng tôi trả chia sẻ chi phí của mình cho dịch vụ hoặc thuốc được bao trả của quý vị 212

Phần 1.1 Nếu quý vị thanh toán chia sẻ chi phí của chương trình chúng tôi cho các dịch vụ hoặc thuốc được bao trả của quý vị hoặc nếu quý vị nhận được hóa đơn, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thanh toán 212

PHẦN 2 Cách yêu cầu chúng tôi trả tiền lại cho quý vị hoặc thanh toán một hóa đơn quý vị đã nhận được 215

Phần 2.1 Cách và nơi gửi yêu cầu thanh toán của quý vị cho chúng tôi 215

PHẦN 3 Chúng tôi sẽ cân nhắc yêu cầu thanh toán của quý vị và tuyên bố đồng ý hay không 216

Phần 3.1 Chúng tôi kiểm tra xem chúng tôi có phải bao trả cho dịch vụ hoặc thuốc không và chúng tôi nợ bao nhiêu 216

Phần 3.2 Nếu chúng tôi cho quý vị biết rằng chúng tôi sẽ không thanh toán tất cả hoặc một Part Dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo 217

PHẦN 4 Những trường hợp khác mà quý vị nên cất giữ biên lai và gửi bản sao cho chúng tôi 217

Phần 4.1 Trong một số trường hợp, quý vị cần gửi bản sao biên lai cho chúng tôi để giúp chúng tôi theo dõi chi phí tự trả cho thuốc của quý vị 217

Phần 1 Những trường hợp nào quý vị nên yêu cầu chúng tôi trả chia sẻ chi phí của mình cho dịch vụ hoặc thuốc được bao trả của quý vị

Phần 1.1 Nếu quý vị thanh toán chia sẻ chi phí của chương trình chúng tôi cho các dịch vụ hoặc thuốc được bao trả của quý vị hoặc nếu quý vị nhận được hóa đơn, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thanh toán

Có khi quý vị hưởng chăm sóc y tế hoặc thuốc theo toa, quý vị có thể cần trả toàn chi phí liền. Khi khác, quý vị có thể thấy rằng quý vị đã trả tiền nhiều hơn là phần mà quý vị tính theo quy định của chương trình bảo hiểm. Trong cả hai trường hợp, quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi trả tiền lại cho quý vị (trả tiền lại cho quý vị thường được gọi là "bồi hoàn" cho quý vị). Quý vị có quyền được chương trình của chúng tôi trả lại tiền bất cứ khi nào quý vị đã thanh toán nhiều hơn phần chi phí phải trả cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được chương trình của chúng tôi bao trả.

Cũng có khi có những lần quý vị nhận được một hóa đơn từ một nhà cung cấp dịch vụ đòi toàn bộ chi phí chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận. Trong nhiều trường hợp, quý vị nên gửi hóa đơn này cho chúng tôi thay vì tự thanh toán hóa đơn. Chúng tôi sẽ xét hóa đơn này và quyết định là các dịch vụ này có được chi trả hay không. Nếu chúng tôi quyết định là sẽ chi trả cho hóa đơn này, chúng tôi sẽ trực tiếp trả tiền nhà cung cấp dịch vụ này.

Dưới đây là ví dụ về những trường hợp mà quý vị có thể cần phải yêu cầu chương trình của chúng tôi trả tiền lại cho quý vị hoặc thanh toán một hóa đơn quý vị đã nhận được:

1. Khi quý vị đã nhận được dịch vụ chăm sóc y tế cấp cứu hoặc chăm sóc cần thiết khẩn cấp từ một nhà cung cấp không nằm trong mạng lưới của chương trình chúng tôi

Quý vị có thể nhận được dịch vụ cấp cứu từ bất kỳ nhà cung cấp nào, cho dù nhà cung cấp này có là một phần của mạng lưới của chúng tôi hay không. Khi quý vị nhận được dịch vụ cấp cứu hoặc các dịch vụ cần thiết khẩn cấp từ một nhà cung cấp dịch vụ nào không là một phần của hệ thống của chúng tôi, quý vị chỉ chịu trách nhiệm trả phần của quý vị, không phải cho toàn bộ chi phí. Quý vị nên yêu cầu chúng tôi trả phần của chúng tôi trong chi phí bảo hiểm.

- Nếu quý vị tự mình trả toàn bộ chi phí tại thời điểm quý vị nhận sự chăm sóc, quý vị cần yêu cầu chúng tôi trả lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Gửi cho chúng tôi hóa đơn, cùng với các tài liệu của bất kỳ khoản thanh toán quý vị đã trả.

- Có lúc quý vị có thể nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp yêu cầu thanh toán số tiền mà quý vị nghĩ rằng quý vị không nợ. Gửi cho chúng tôi hóa đơn này, cùng với các tài liệu của bất kỳ khoản thanh toán quý vị đã trả.
  - Nếu có nợ với nhà cung cấp dịch vụ này, chúng tôi sẽ trực tiếp trả tiền nhà cung cấp dịch vụ này.
  - Nếu quý vị đã trả tiền quá phần chia sẻ chi phí cho các dịch vụ của quý vị, chúng tôi sẽ xác định quý vị bị nợ bao nhiêu và trả lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi.

2. Khi một nhà cung cấp trong mạng lưới gửi cho quý vị hóa đơn mà quý vị nghĩ rằng quý vị không phải trả

Những nhà cung cấp trong mạng lưới phải luôn luôn gửi hóa đơn trực tiếp cho chương trình và chỉ được yêu cầu quý vị trả cho phần chia sẻ chi phí của quý vị. Nhưng đôi khi họ sai lầm và yêu cầu quý vị phải trả nhiều hơn phần quý vị phải trả.

- Quý vị chỉ phải trả khoản chia sẻ chi phí của mình khi quý vị nhận được các dịch vụ được chương trình của chúng tôi bao trả. Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp thêm các khoản phí riêng biệt bổ sung, được gọi là “trả tiền còn thiếu”. Sự bảo vệ này (nghĩa là quý vị không bao giờ trả quá số tiền chia sẻ chi phí của quý vị) được áp dụng ngay cả khi chúng tôi trả nhà cung cấp dịch vụ ít hơn so với phí nhà cung cấp dịch vụ đòi cho một dịch vụ và ngay cả khi có sự tranh chấp và chúng tôi không trả một vài loại phí của nhà cung cấp dịch vụ. Để biết thêm thông tin về "tính thêm tiền", hãy xem Chương 4, Phần 1.3.
- Bất cứ khi nào quý vị nhận được một hóa đơn từ một nhà cung cấp trong mạng lưới mà quý vị nghĩ là nhiều hơn mức quý vị phải trả, gửi cho chúng tôi hóa đơn này. Chúng tôi sẽ liên lạc với nhà cung cấp dịch vụ này trực tiếp và giải quyết vấn đề hóa đơn này.
- Nếu quý vị đã trả một hóa đơn với một nhà cung cấp trong mạng lưới, nhưng quý vị cảm thấy rằng quý vị đã trả quá nhiều, gửi cho chúng tôi hóa đơn cùng với các tài liệu của bất kỳ thanh toán nào quý vị đã thực hiện và yêu cầu chúng tôi trả lại quý vị phần chênh lệch giữa số tiền quý vị đã trả và số tiền quý vị còn nợ tính theo chương trình.

3. Nếu quý vị đã được ghi danh từ trước vào chương trình của chúng tôi

Đôi khi sự ghi danh của một người trong chương trình có tính hồi tố. (Hồi tố có nghĩa là ngày đầu tiên của sự ghi danh của họ đã qua rồi. Ngày ghi danh thậm chí có thể xảy ra năm ngoái.)

Nếu quý vị đã ghi danh có tính hồi tố trong chương trình của chúng tôi và quý vị đã trả tiền túi cho bất kỳ dịch vụ hoặc thuốc được bao trả sau ngày ghi danh, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi trả lại quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Quý vị sẽ cần phải nộp giấy tờ cho chúng tôi để xử lý sự bồi hoàn.

Xin vui lòng gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để biết thêm tin tức về cách yêu cầu chúng tôi trả lại và kỳ hạn cho việc thực hiện yêu cầu của quý vị. (Số điện thoại Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên được ghi ở bìa sau của tập sách này).

4. Khi quý vị sử dụng một nhà thuốc ngoài mạng lưới để lấy thuốc theo toa

Nếu quý vị đến một nhà thuốc ngoài mạng lưới và cố dùng thẻ thành viên của quý vị để lấy một toa thuốc, nhà thuốc này có thể không gửi yêu cầu trực tiếp đến chúng tôi. Khi điều đó xảy ra, quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí của thuốc theo toa của quý vị. (Chúng tôi chi trả các thuốc theo toa mua ở các nhà thuốc ngoài mạng lưới chỉ trong một vài trường hợp đặc biệt. Vui lòng xem Chương 5, mục 2.5 để tìm hiểu thêm.)

Cất giữ các biên lai của quý vị và gửi bản sao cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu chúng tôi trả lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi.

5. Khi quý vị thanh toán toàn bộ chi phí cho toa thuốc vì quý vị không mang theo thẻ thành viên chương trình của mình

Nếu quý vị không có thẻ thành viên chương trình của quý vị trong người, quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc này gọi cho chương trình hoặc kiếm thông tin ghi danh trong chương trình của quý vị. Tuy nhiên, nếu hiệu thuốc này không thể lấy được dữ kiện ghi danh mà họ cần ngay lập tức, quý vị có thể tự mình phải trả toàn bộ chi phí toa thuốc.

Cất giữ các biên lai của quý vị và gửi bản sao cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu chúng tôi trả lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi.

6. Khi quý vị thanh toán toàn bộ chi phí cho toa thuốc trong các tình huống khác

Quý vị có thể trả toàn bộ chi phí đơn thuốc bởi vì quý vị thấy rằng loại thuốc này không được chi trả vì một lý do nào.

- Ví dụ: loại thuốc này có thể không nằm trong *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Mục Thuốc)* của chương trình; hoặc danh sách có thể có yêu cầu hoặc hạn chế mà quý vị không biết hoặc không nghĩ là có áp dụng đối với quý vị. Nếu quý vị quyết định để có được thuốc ngay lập tức, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho nó.

- Cất giữ các biên nhận của quý vị và gửi bản sao cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu chúng tôi trả tiền lại cho quý vị. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể cần phải lấy thêm tin tức từ bác sĩ của quý vị để trả lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi.

Tất cả các ví dụ trên là các loại quyết định mức chi trả. Điều này có nghĩa rằng nếu chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi. Chương 9 của tập sách này *(Những việc quý vị cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại))* có thông tin về cách kháng cáo.

PHẦN 2 Cách yêu cầu chúng tôi trả tiền lại cho quý vị hoặc thanh toán một hóa đơn quý vị đã nhận được

Phần 2.1 Cách và nơi gửi yêu cầu thanh toán của quý vị cho chúng tôi

Hãy gửi cho chúng tôi yêu cầu thanh toán, cùng với hóa đơn và các tài liệu của bất kỳ khoản thanh toán quý vị đã trả. Quý vị nên sao chép hóa đơn và biên lai cho hồ sơ của quý vị.

Để chắc chắn rằng quý vị đã cho chúng tôi tất cả các dữ kiện chúng tôi cần có để đưa ra quyết định, quý vị có thể điền vào mẫu đơn yêu cầu của chúng tôi hầu thực hiện yêu cầu thanh toán của quý vị.

- Quý vị không bị buộc phải sử dụng mẫu đơn, nhưng điền mẫu đơn sẽ giúp chúng tôi xử lý thông tin nhanh hơn.
- Hoặc là tải về một bản sao của mẫu đơn từ trang web www.wellcare.com/healthnetca hoặc là gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên và hỏi xin mẫu đơn. (Số điện thoại Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên được ghi ở bìa sau của tập sách này).

Đối với các dịch vụ y tế, hãy gửi qua bưu điện yêu cầu thanh toán cùng với bất kỳ hóa đơn hoặc biên lai cho chúng tôi tại địa chỉ này:

Địa Chỉ Yêu Cầu Thanh Toán
Member Reimbursement Dept
P.O. Box 9030
Farmington, MO 63640

Đối với Thuốc Theo Toa Part D, hãy gửi qua bưu điện yêu cầu thanh toán cùng với bất kỳ hóa đơn hoặc biên lai đã thanh toán cho chúng tôi tại địa chỉ này:

Đối Với Yêu Cầu Part D:

Địa Chỉ Yêu Cầu Thanh Toán Part D
Member Reimbursement Dept
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

Quý vị phải gửi yêu cầu bảo hiểm cho chúng tôi trong vòng 365 ngày (đối với các yêu cầu bảo hiểm y tế) và trong ba năm (đối với các yêu cầu bảo hiểm thuốc) kể từ ngày quý vị nhận được dịch vụ, vật phẩm hoặc thuốc.

Liên lạc Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên nếu quý vị có bất cứ câu hỏi nào (các số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này). Nếu quý vị không biết những gì quý vị phải trả, hoặc quý vị nhận được hóa đơn và quý vị không biết phải làm gì về những hóa đơn này, chúng tôi có thể giúp. Quý vị cũng có thể gọi nếu quý vị muốn cung cấp cho chúng tôi biết thêm tin tức về yêu cầu thanh toán quý vị đã gửi cho chúng tôi.

PHẦN 3 Chúng tôi sẽ cân nhắc yêu cầu thanh toán của quý vị và tuyên bố đồng ý hay không

Phần 3.1 Chúng tôi kiểm tra xem chúng tôi có phải bao trả cho dịch vụ hoặc thuốc không và chúng tôi nợ bao nhiêu

Khi chúng tôi nhận được yêu cầu thanh toán của quý vị, chúng tôi sẽ cho quý vị biết nếu chúng tôi cần bất cứ dữ kiện bổ sung nào từ quý vị. Nếu không, chúng tôi sẽ cân nhắc yêu cầu của quý vị và đưa ra quyết định mức chi trả.

- Nếu chúng tôi quyết định rằng việc chăm sóc y tế hoặc thuốc được bao trả và quý vị làm theo tất cả các quy định để nhận được sự chăm sóc hoặc thuốc, chúng tôi sẽ trả phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Nếu quý vị đã trả tiền cho dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ gửi bồi hoàn cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Nếu quý vị chưa trả tiền cho dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ gửi phí thanh toán thẳng đến nhà cung cấp dịch vụ. (Chương 3 giải thích các quy định quý vị cần tuân theo để hưởng dịch vụ y tế được chi trả của quý vị. Chương 5 giải thích các quy định mà quý vị cần phải làm theo để hưởng thuốc theo toa Part D được chi trả của quý vị.)
- Nếu chúng tôi quyết định dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc *không* được bao trả hoặc quý vị đã *không* tuân theo tất cả các quy định, chúng tôi sẽ không thanh toán phần chi phí của mình. Thay vào đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải thích lý do tại sao chúng tôi không gửi thanh toán mà quý vị yêu cầu và quyền kháng cáo quyết định đó của quý vị.

Phần 3.2 Nếu chúng tôi cho quý vị biết rằng chúng tôi sẽ không thanh toán tất cả hoặc một Part Dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo

Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã sai khi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị hoặc quý vị không đồng ý với số lượng chúng tôi trả, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo. Nếu quý vị lập kháng cáo, điều đó có nghĩa là quý vị yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định của chúng tôi khi chúng tôi đã từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị.

Để biết các chi tiết về cách lập kháng cáo này, đến Chương 9 của tập sách này *(Những việc quý vị cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)).* Tiến trình kháng cáo là một quá trình chính thức với các thủ tục chi tiết và kỳ hạn quan trọng. Nếu việc lập kháng cáo là mới đối với quý vị, quý vị sẽ thấy một có ích nếu bắt đầu bằng cách đọc Phần 4 của Chương 9. Phần 4 là phần giới thiệu, phần này giải thích quy trình dành cho các quyết định bao trả và kháng cáo và cung cấp khái niệm về các thuật ngữ, ví dụ như "kháng cáo". Sau khi quý vị đã đọc Phần 4, quý vị có thể chuyển sang phần này trong Chương 9 cho biết cần phải làm gì đối với trường hợp của quý vị:

- Nếu quý vị muốn lập kháng cáo về việc được hoàn trả cho một dịch vụ y tế, đi đến Phần 5.3 trong Chương 9.
- Nếu quý vị muốn lập kháng cáo về việc được hoàn trả cho thuốc, hãy xem Phần 6.5 trong Chương 9.

PHẦN 4 Những trường hợp khác mà quý vị nên cất giữ biên lai và gửi bản sao cho chúng tôi

Phần 4.1 Trong một số trường hợp, quý vị cần gửi bản sao biên lai cho chúng tôi để giúp chúng tôi theo dõi chi phí tự trả cho thuốc của quý vị

Có một số trường hợp khi quý vị cần cho chúng tôi biết về các khoản thanh toán quý vị đã trả cho các loại thuốc của quý vị. Trong những trường hợp này, quý vị không yêu cầu chúng tôi để thanh toán. Thay vào đó, quý vị cho chúng tôi biết về các khoản thanh toán của quý vị để chúng tôi có thể tính toán chi phí xuất túi của quý vị một cách chính xác. Điều này có thể giúp quý vị đủ điều kiện cho Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương nhanh hơn.

Dưới đây là hai trường hợp khi quý vị nên gửi cho chúng tôi bản sao của biên lai cho chúng tôi biết về các khoản thanh toán quý vị đã trả cho các loại thuốc của quý vị:

1. Khi quý vị mua thuốc ở mức giá thấp hơn giá của chúng tôi

Đôi khi quý vị đang ở trong Giai Đoạn Khoảng Trống Bảo Hiểm, quý vị có thể mua thuốc của quý vị **tại một nhà thuốc trong mạng lưới** với giá thấp hơn giá của chúng tôi.

- Ví dụ: một nhà thuốc có thể cung cấp giá đặc biệt đối với thuốc này. Hoặc quý vị có thể có một thẻ giảm giá nằm ngoài quyền lợi của chúng tôi mà nó cung cấp một giá thấp hơn.
- Trừ khi các điều kiện đặc biệt được áp dụng, quý vị phải sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới trong những trường hợp này và thuốc của quý vị phải có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi.
- Cất giữ biên lai của quý vị và gửi một bản sao cho chúng tôi để chúng tôi có thể tính số tiền tự trả của quý vị để giúp quý vị đủ điều kiện cho Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương.
- **Xin lưu ý:** Nếu quý vị đang ở Giai Đoạn Khoảng Trống Bảo Hiểm, chúng tôi có thể không trả cho bất cứ phần chia sẻ chi phí nào của thuốc này. Tuy nhiên việc gửi một bản sao biên lai cho phép chúng tôi tính toán chi phí tự trả của quý vị một cách chính xác và có thể giúp quý vị đủ điều kiện cho Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương nhanh hơn.

2. Khi quý vị nhận được một loại thuốc qua một chương trình hỗ trợ bệnh nhân được cung cấp bởi một nhà sản xuất thuốc

Một số thành viên được ghi danh trong một chương trình hỗ trợ bệnh nhân cung cấp bởi một nhà sản xuất thuốc nằm ngoài phúc lợi của chương trình. Nếu quý vị mua bất kỳ loại thuốc nào qua chương trình do một nhà sản xuất thuốc cung cấp, quý vị có thể trả khoản đồng thanh toán cho chương trình hỗ trợ bệnh nhân đó.

- Cất giữ biên lai của quý vị và gửi một bản sao cho chúng tôi để chúng tôi có thể tính số tiền tự trả của quý vị để giúp quý vị đủ điều kiện cho Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương.
- **Xin lưu ý:** Vì quý vị đang nhận được thuốc qua chương trình hỗ trợ bệnh nhân và không qua quyền lợi của chương trình, chúng tôi sẽ không thanh toán bất kỳ phần chi phí nào cho các thuốc này. Tuy nhiên việc gửi một bản sao biên lai cho phép chúng tôi tính toán chi phí tự trả của quý vị một cách chính xác và có thể giúp quý vị đủ điều kiện cho Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương nhanh hơn.

Vì quý vị không yêu cầu thanh toán trong hai trường hợp được mô tả ở trên, những trường hợp này không được coi là quyết định mức chi trả. Do đó, quý vị không thể kháng cáo nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi.

CHƯƠNG 8

Quyền và trách nhiệm của quý vị

Chương 8. Quyền và trách nhiệm của quý vị

PHẦN 1 Chương trình của chúng tôi phải tôn trọng các quyền của quý vị với tư cách là thành viên của chương trình 222

Phần 1.1 Chúng tôi phải cung cấp thông tin cho quý vị bằng những hình thức mà quý vị sử dụng được (bằng những ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, âm thanh, chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn hoặc bằng những hình thức thay thế khác) 222

Phần 1.2 Chúng tôi phải đảm bảo rằng quý vị sẽ được tiếp cận kịp thời với các dịch vụ và thuốc được bao trả của quý vị..... 223

Phần 1.3 Chúng tôi phải bảo vệ quyền riêng tư đối với thông tin về sức khỏe cá nhân của quý vị..... 223

Phần 1.4 Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về chương trình, mạng lưới các nhà cung cấp và các dịch vụ được bao trả của quý vị..... 225

Phần 1.5 Chúng tôi phải hỗ trợ quyền được ra quyết định quý vị về dịch vụ chăm sóc của mình..... 227

Phần 1.6 Quý vị có quyền khiếu nại và yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định chúng tôi đã ra 229

Phần 1.7 Quý vị có quyền đưa ra đề xuất liên quan đến chính sách về quyền và nghĩa vụ của thành viên..... 229

Phần 1.8 Đánh giá các công nghệ mới 230

Phần 1.9 Quý vị có thể làm gì nếu quý vị tin rằng quý vị bị đối xử bất công hoặc quyền của quý vị không được tôn trọng? 230

Phần 1.10 Có một số cách để có thêm thông tin về quyền của quý vị..... 231

PHẦN 2 Quý vị có một số trách nhiệm khi là thành viên của chương trình..... 231

Phần 2.1 Quý vị có những trách nhiệm gì? 231

PHẦN 1 Chương trình của chúng tôi phải tôn trọng các quyền của quý vị với tư cách là thành viên của chương trình

Phần 1.1 Chúng tôi phải cung cấp thông tin cho quý vị bằng những hình thức mà quý vị sử dụng được (bằng những ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, âm thanh, chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn hoặc bằng những hình thức thay thế khác)

Để có được thông tin từ chúng tôi theo cách giúp ích cho quý vị, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (số điện thoại in trên bìa sau tập sách này).

Chương trình của chúng tôi có nhân lực và dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí có sẵn để trả lời câu hỏi từ các thành viên phế tật và không nói tiếng Anh. Chúng tôi cũng có tài liệu có sẵn bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh được sử dụng ở khu vực dịch vụ của chương trình. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin ở dạng chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn hoặc các định dạng khác thay thế miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi buộc phải cung cấp cho quý vị thông tin về các lợi ích của chương trình theo một định dạng có thể truy cập và thích hợp cho quý vị. Để có được thông tin từ chúng tôi theo cách giúp ích cho quý vị, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (số điện thoại in trên bìa sau tập sách này).

Nếu quý vị gặp rắc rối trong việc nhận thông tin chương trình của chúng tôi theo một định dạng có thể truy cập và thích hợp cho quý vị, vui lòng gọi để gửi đơn than phiền tới Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này). Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại với Medicare bằng cách gọi theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc trực tiếp với Văn Phòng Quyền Công Dân. Thông tin liên lạc có trong Chứng Thực Bảo Hiểm này hoặc cùng với thư này, hoặc quý vị có thể liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để biết thêm thông tin.

To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. We also have materials available in languages other than English that are spoken in the plan's service area. We can also give you information in audio, in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you,

please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet). You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact Member Services for additional information.

Phần 1.2 Chúng tôi phải đảm bảo rằng quý vị sẽ được tiếp cận kịp thời với các dịch vụ và thuốc được bao trả của quý vị

Là thành viên của chương trình của chúng tôi, quý vị có quyền lựa chọn một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) trong mạng lưới của chương trình để cung cấp và sắp xếp cho các dịch vụ được bao trả của quý vị (Chương 3 giải thích thêm về điều này). Gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để tìm hiểu bác sĩ nào nhận bệnh nhân mới (các số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này). Quý vị cũng có quyền thăm khám chuyên gia sức khỏe của phụ nữ (chẳng hạn như một bác sĩ phụ khoa) mà không cần sự giới thiệu.

Là một thành viên của chương trình, quý vị có quyền lấy hẹn và nhận dịch vụ được bao trả từ hệ thống nhà cung cấp của chương trình *trong khoảng thời gian hợp lý.* Điều này bao gồm quyền nhận các dịch vụ kịp thời từ các chuyên gia khi quý vị cần sự chăm sóc đó. Quý vị cũng có quyền mua hoặc mua thêm toa thuốc của quý vị tại bất cứ hệ thống nhà thuốc nào của chúng tôi mà không phải chờ quá lâu.

Nếu quý vị cho rằng quý vị không nhận được chăm sóc y tế hoặc thuốc Part D trong một khoảng thời gian hợp lý, Chương 9, Phần 10 của tập sách này sẽ cho quý vị biết quý vị có thể làm gì. (Nếu chúng tôi đã từ chối bao trả cho các thuốc và chăm sóc y tế của quý vị và quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi, Chương 9 Phần 4 sẽ cho biết quý vị có thể làm gì).

Phần 1.3 Chúng tôi phải bảo vệ quyền riêng tư đối với thông tin về sức khỏe cá nhân của quý vị

Luật pháp liên bang và tiểu bang bảo vệ sự riêng tư của dữ kiện sức khỏe cá nhân của quý vị. Chúng tôi bảo vệ dữ kiện sức khỏe cá nhân của quý vị theo đòi hỏi của các luật này.

- "Thông tin sức khỏe cá nhân" của quý vị bao gồm các thông tin cá nhân mà quý vị đã trao cho chúng tôi khi quý vị ghi danh vào chương trình này cũng như các hồ sơ y tế và thông tin y tế và sức khỏe khác.
- Luật pháp bảo vệ quyền riêng tư của quý vị cho quý vị các quyền liên quan đến việc nhận thông tin và kiểm soát cách thông tin sức khỏe của quý vị được sử dụng. Chúng tôi cung cấp cho quý vị một văn bản thông báo, được gọi là "Thông Báo Về Các Phương Thức Bảo Vệ Quyền Riêng Tư", trong đó cho quý vị biết về những quyền này và giải thích cách chúng tôi bảo vệ quyền riêng tư đối với thông tin sức khỏe của quý vị.

Cách chúng tôi bảo vệ sự riêng tư của dữ kiện sức khỏe cá nhân của quý vị?

- Chúng tôi đảm bảo rằng những người không được phép không thấy hoặc sửa hồ sơ của quý vị.
- Trong hầu hết các trường hợp, nếu chúng tôi cung cấp thông tin sức khỏe của quý vị cho bất cứ ai không phải là người cung cấp hoặc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị, *chúng tôi phải có giấy phép của quý vị trước tiên.* Giấy phép có thể được cho bởi quý vị hoặc bởi một người quý vị đã cho các quyền lực pháp lý để đưa ra quyết định cho quý vị.
- Có những ngoại lệ nhất định không đòi hỏi chúng tôi phải có sự cho phép trước của quý vị. Những trường hợp ngoại lệ được cho phép hoặc yêu cầu của pháp luật.
    - Ví dụ: chúng tôi được yêu cầu tiết lộ thông tin sức khỏe cho các cơ quan chính phủ kiểm tra về chất lượng chăm sóc.
    - Vì quý vị là thành viên của chương trình chúng tôi thông qua Medicare, chúng tôi buộc phải cung cấp cho Medicare thông tin sức khỏe của quý vị bao gồm các thông tin về thuốc theo toa Part D của quý vị. Nếu Medicare phát hành thông tin của quý vị cho nghiên cứu hoặc sử dụng khác, điều này sẽ được thực hiện theo điều lệ liên bang và quy định.

Quý vị có thể xem các thông tin trong hồ sơ của quý vị và biết làm thế nào nó đã được chia sẻ với những người khác

Quý vị có quyền để xem xét của quý vị hồ sơ y tế được tổ chức tại kế hoạch, và để có được một bản sao của hồ sơ của quý vị. Chúng tôi được phép để tính phí cho quý vị một khoản phí cho việc thực hiện bản sao. Quý vị cũng có quyền yêu cầu chúng tôi để làm cho bổ sung hoặc sửa đổi hồ sơ y tế của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi làm điều này, chúng tôi sẽ làm việc với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để quyết định liệu có cần được thực hiện thay đổi hay không.

Quý vị có quyền được biết làm thế nào thông tin sức khỏe của quý vị đã được chia sẻ với những người khác cho mục đích nào mà không phải là thường xuyên.

Hãy liên lạc với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên nếu quý vị có bất cứ câu hỏi hoặc quan ngại về quyền riêng tư đối với thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị (các số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này).

Phần 1.4 Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về chương trình, mạng lưới các nhà cung cấp và các dịch vụ được bao trả của quý vị

Là một thành viên của chương trình của chúng tôi, quý vị có quyền để hưởng nhiều loại tin tức từ chúng tôi. (Như đã giải thích bên trên ở Phần 1.1, quý vị có quyền được chúng tôi cung cấp thông tin theo cách thuận tiện cho quý vị. Điều này bao gồm nhận được thông tin bằng những ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và chữ in khổ lớn, hoặc bằng những hình thức thay thế khác.)

Nếu quý vị muốn bất kỳ loại thông tin nào sau đây, vui lòng liên lạc với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (các số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này):

- **Thông tin về chương trình của chúng tôi.** Điều này bao gồm, ví dụ, thông tin về tình hình tài chính của chương trình. Thông tin này cũng bao gồm thông tin về số lần kháng cáo do các thành viên thực hiện và xếp hạng hiệu quả hoạt động của chương trình, bao gồm cách thức xếp hạng của các thành viên chương trình và so sánh với các chương trình sức khỏe Medicare khác.
- **Thông tin về các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi bao gồm các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.**
    - Ví dụ, quý vị có quyền để lấy tin tức từ chúng tôi về khả năng của các nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi và cách chúng tôi trả nhà cung cấp dịch vụ có trong mạng lưới của chúng tôi.
    - Để biết danh sách nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chương trình, hãy xem *Danh Mục Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc.*
    - Để có thêm thông tin chi tiết về các nhà cung cấp hoặc nhà thuốc của chúng tôi, quý vị có thể gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (các số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này) hoặc vào trang mạng của chúng tôi tại www.wellcare.com/healthnetCA.
- **Thông tin về mức bao trả cho quý vị và quy định quý vị phải tuân**

theo khi sử dụng bảo hiểm.

- Trong Chương 3 và 4 của tập sách này, chúng tôi giải thích về các dịch vụ y tế được chi trả cho quý vị, bất kỳ hạn chế phạm vi bảo hiểm của quý vị, và các quy tắc quý vị phải tuân theo để có được dịch vụ y tế được bảo hiểm quý vị.
- Lưu ý: Chương trình của chúng tôi không trả thù lao cho các bác sĩ, nhà cung cấp hoặc các nhân viên khác tiến hành đánh giá dịch vụ y tế, bao gồm các tổ chức được chỉ định. Ra quyết định về Quản Lý Dịch Vụ Y Tế (UM) chỉ dựa vào tính thích hợp của chăm sóc, dịch vụ và sự tồn tại của bảo hiểm. Ngoài ra chương trình không trả thù lao riêng cho các chuyên viên hoặc cá nhân ra quyết định từ chối bảo hiểm. Các khoản tiền thưởng khuyến khích cho những người ra quyết định của UM không khuyến khích các quyết định dẫn đến việc sử dụng không đúng mức.
- Để biết chi tiết về việc bao trả thuốc theo toa Part D, hãy xem Chương 5 và 6 của tập sách này cùng với *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Mục Thuốc)* của chương trình. Các chương này, cùng với *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Mục Thuốc),* cung cấp cho quý vị thông tin về những loại thuốc được bao trả và giải thích các quy định mà quý vị phải làm theo và hạn chế của mức bao trả đối với một số thuốc nhất định.
- Nếu quý vị có bất cứ câu hỏi nào về quy định hay các hạn chế, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (các số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này).

- **Thông tin về lý do tại sao một thứ không được bao trả và những gì quý vị có thể làm về điều này.**
  - Nếu một dịch vụ y tế hoặc một thuốc Part D không được chi trả cho quý vị, hoặc nếu bảo hiểm của quý vị bị hạn chế một cách nào đó, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cho một văn bản giải thích. Quý vị có quyền có được giải thích này ngay cả khi quý vị nhận được các dịch vụ hoặc thuốc từ một nhà cung cấp hoặc nhà thuốc ở ngoài mạng lưới.
  - Nếu quý vị không hài lòng hoặc nếu quý vị không đồng ý với một quyết định chúng tôi làm về sự chăm sóc y tế hoặc thuốc Part D được chi trả cho quý vị, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định bằng cách lập một kháng cáo. Để biết chi tiết về phải làm gì nếu một cái gì đó không được chi trả cho quý vị theo cách quý vị nghĩ là nó nên được bảo hiểm, xem Chương 9 của tập sách này. Nó cung cấp cho quý vị chi tiết về cách để lập kháng cáo nếu quý vị muốn chúng tôi thay đổi quyết định của chúng tôi. (Chương 9 cũng nói về cách để khiếu nại về phẩm chất chăm sóc,

thời gian chờ đợi, và các mối quan tâm khác.)

- Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi trả phần của chúng tôi cho một hóa đơn quý vị đã nhận được cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc theo toa Part D, xem Chương 7 của tập sách này.

Phần 1.5 Chúng tôi phải hỗ trợ quyền được ra quyết định quý vị về dịch vụ chăm sóc của mình

Quý vị có quyền được biết các lựa chọn điều trị của quý vị và tham gia vào các quyết định về việc chăm sóc sức khỏe quý vị

Quý vị có quyền để có được đầy đủ thông tin từ bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị khi quý vị đến nhận chăm sóc y tế. Nhà cung cấp của quý vị phải giải thích bệnh lý và lựa chọn điều trị của quý vị *theo cách quý vị có thể hiểu được.*

Quý vị có quyền được biết các lựa chọn điều trị của quý vị và tham gia vào các quyết định về việc chăm sóc sức khỏe quý vị. Để giúp quý vị đưa ra quyết định với bác sĩ của quý vị về những điều trị nào là tốt nhất cho quý vị, quyền của quý vị bao gồm:

- **Được biết về tất cả các lựa chọn của quý vị.** Điều này có nghĩa rằng quý vị có quyền được thông báo về tất cả các lựa chọn điều trị được đề nghị cho tình trạng quý vị, phí tổn không thành vấn đề hoặc liệu chúng được bao trả bởi chương trình của chúng tôi. Điều này cũng bao gồm sự được cho biết về chương trình của chúng tôi cung cấp giúp đỡ các thành viên quản lý thuốc của họ và sử dụng thuốc một cách an toàn.
- **Được biết về những rủi ro.** Quý vị có quyền được thông báo về bất cứ rủi ro nào dính líu vào sự chăm sóc cho quý vị. Quý vị phải được thông báo trước nếu bất cứ đề nghị chăm sóc y tế hoặc điều trị nào là một phần của một thử nghiệm nghiên cứu. Quý vị luôn luôn có sự lựa chọn để từ chối bất kỳ phương pháp điều trị thử nghiệm nào.
- **Quyền được nói "không".** Quý vị có quyền từ chối bất cứ đề nghị điều trị nào. Điều này bao gồm quyền rời khỏi một bệnh viện hoặc cơ sở y tế, ngay cả khi bác sĩ của quý vị khuyên quý vị không bỏ đi. Quý vị có quyền ngưng dùng thuốc của quý vị. Tất nhiên, nếu quý vị từ chối điều trị hoặc ngừng dùng thuốc, quý vị chấp nhận hoàn toàn trách nhiệm cho những gì xảy ra với cơ thể của quý vị là kết quả.
- **Được giải thích nếu quý vị bị từ chối bao trả cho dịch vụ chăm sóc.** Quý vị có quyền nhận một lời giải thích từ chúng tôi nếu một nhà cung cấp dịch vụ đã từ chối chăm sóc mà quý vị tin rằng quý vị có quyền nhận. Để nhận được lời giải thích này, quý vị sẽ cần phải yêu cầu chúng tôi cho một

quyết định về mức chi trả. Chương 9 của tập sách này cho biết cách để yêu cầu chương trình cho một quyết định về mức chi trả.

Quý vị có quyền đưa ra các chỉ dẫn về những gì phải làm nếu quý vị không thể làm các quyết định y tế cho chính mình

Đôi khi người ta trở nên thiếu khả năng làm quyết định chăm sóc sức khỏe cho mình do tai nạn hay bệnh tật nghiêm trọng. Quý vị có quyền tuyên bố những gì quý vị muốn xảy ra nếu quý vị ở trong tình trạng này. Điều này có nghĩa rằng, *nếu quý vị muốn,* quý vị có thể:

- Điền vào một mẫu văn để cung cấp cho **một người nào đó quyền pháp lý để thực hiện các quyết định y tế cho quý vị** nếu quý vị sẽ có bao giờ trở nên thiếu khả năng làm quyết định cho chính quý vị.
- **Cung cấp cho bác sĩ của quý vị văn bản hướng dẫn** về cách quý vị muốn họ xử lý dịch vụ chăm sóc y tế nếu quý vị không thể đưa ra quyết định cho chính mình.

Các văn bản pháp luật mà quý vị có thể sử dụng để gửi trước bản chỉ dẫn của quý vị trong những trường hợp này gọi là **“chỉ thị trước”.** Có nhiều loại chỉ thị trước khác nhau và tên gọi khác nhau cho chúng. Tài liệu được gọi là **“di chúc sống”** và **“quyền hành xử của luật sư cho chăm sóc sức khỏe”** là những ví dụ của chỉ thị trước.

Nếu quý vị muốn sử dụng một "chỉ thị trước" để cung cấp hướng dẫn quý vị, đây là những việc cần làm:

- **Lấy mẫu đơn.** Nếu quý vị muốn có một chỉ thị trước, quý vị có thể nhận được một biểu mẫu từ luật sư của quý vị, từ một nhân viên xã hội, hoặc từ một số cửa hàng vật liệu văn phòng. Quý vị đôi khi có thể nhận được biểu mẫu chỉ thị trước từ một tổ chức cung cấp cho công chúng thông tin về Medicare.
- **Điền và ký tên.** Bất kể nơi quý vị lấy mẫu này, hãy nhớ rằng nó là một tài liệu pháp lý. Quý vị nên cân nhắc việc có một luật sư giúp quý vị chuẩn bị điều này.
- **Cấp bản sao cho những người thích hợp.** Quý vị nên gửi một bản sao mẫu đơn cho bác sĩ của quý vị và cho người mà quý vị nêu tên trong mẫu đơn là người đưa ra quyết định cho quý vị khi quý vị không thể đưa ra quyết định. Quý vị cũng có thể muốn gửi các bản sao cho bạn thân hoặc thành viên gia đình. Hãy chắc chắn là giữ một bản sao ở nhà.

Nếu quý vị biết trước giờ mà quý vị sẽ nhập viện và quý vị đã ký một chỉ thị trước, **hãy mang theo bản sao đến bệnh viện.**

- Nếu quý vị được nhập viện, họ sẽ hỏi quý vị là quý vị đã ký một mẫu đơn chỉ thị trước chưa và quý vị có mang theo chỉ thị đó không.
- Nếu quý vị chưa ký một mẫu đơn chỉ thị trước, bệnh viện có sẵn các mẫu đơn và sẽ hỏi liệu quý vị muốn ký một mẫu đơn không.

Hãy nhớ rằng, quý vị có quyền lựa chọn điền hoặc không điền một chỉ thị trước (bao gồm cả việc liệu quý vị có muốn ký chỉ thị trước nếu quý vị đang ở trong bệnh viện không). Theo luật, không ai có thể từ chối chăm sóc y tế cho quý vị hoặc kỳ thị quý vị dựa trên việc quý vị đã ký một chỉ thị trước hay không.

Còn nếu bản chỉ dẫn của quý vị không được tuân theo?

Nếu quý vị đã ký mẫu chỉ thị trước và cho rằng bác sĩ hoặc bệnh viện không tuân thủ chỉ dẫn trong đó, quý vị có thể nộp khiếu nại cho Văn Phòng Tổng Chưởng Lý California.

Phần 1.6 Quý vị có quyền khiếu nại và yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định chúng tôi đã ra

Nếu quý vị có bất kỳ vấn đề hoặc mối lo ngại nào về các dịch vụ hoặc dịch vụ chăm sóc được bao trả của quý vị, Chương 9 của tập sách này cho quý vị biết có thể làm gì. Chương này sẽ cung cấp thông tin chi tiết về cách quý vị có thể giải quyết tất cả các loại vấn đề và khiếu nại. Những gì quý vị cần làm để theo dõi một vấn đề hoặc quan tâm phụ thuộc vào trường hợp. Quý vị có thể cần để yêu cầu chương trình của chúng tôi đưa ra quyết định về mức chi trả cho quý vị, lập kháng cáo cho chúng tôi để thay đổi một quyết định về mức chi trả, hoặc lập khiếu nại. Bất cứ điều gì quý vị làm - yêu cầu cho một quyết định bao trả, nộp đơn kháng cáo, hoặc nộp khiếu nại - **chúng tôi phải đối xử với quý vị một cách công bằng.**

Quý vị có quyền có một bản tóm tắt tin tức về kháng cáo và khiếu nại mà các thành viên khác đã đệ trình đối với chương trình của chúng tôi trong quá khứ. Để có các loại thông tin này, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (các số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này).

Phần 1.7 Quý vị có quyền đưa ra đề xuất liên quan đến chính sách về quyền và nghĩa vụ của thành viên

Nếu quý vị có câu hỏi hoặc lo ngại về các quyền và trách nhiệm hoặc nếu quý vị có gợi ý để cải thiện chính sách về quyền của thành viên của chúng tôi, hãy chia

sẻ suy nghĩ của quý vị với chúng tôi bằng cách liên hệ Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này.

Phần 1.8 Đánh giá các công nghệ mới

Các công nghệ mới bao gồm các thủ thuật, thuốc, sản phẩm sinh học hoặc thiết bị mới được phát triển cho điều trị các loại bệnh hoặc bệnh lý cụ thể hoặc các ứng dụng mới của các thủ thuật, thuốc, sản phẩm sinh học hoặc thiết bị hiện có. Chương trình của chúng tôi tuân theo Quyết Định Bảo Hiểm Cấp Quốc Gia và Địa Phương của Medicare khi có thể.

Khi không có quyết định bảo hiểm của Medicare, chương trình của chúng tôi đánh giá công nghệ mới hoặc ứng dụng mới của các công nghệ hiện có để đưa vào các chương trình phúc lợi phù hợp để đảm bảo thành viên được tiếp cận sự chăm sóc hiệu quả và an toàn bằng cách thực hiện đánh giá quan trọng các y văn mới xuất bản từ những các ấn phẩm được bình duyệt bao gồm đánh giá hệ thống, thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng, các nghiên cứu thuần tập, nghiên cứu bệnh chứng, nghiên cứu thử nghiệm chẩn đoán với kết quả có ý nghĩa thống kê nhằm chứng minh tính an toàn và hiệu quả và xem xét các hướng dẫn dựa trên bằng chứng được phát triển bởi các tổ chức quốc gia và các cơ quan có thẩm quyền được công nhận. Chương trình của chúng tôi cũng xem xét các ý kiến, khuyến nghị và đánh giá của các bác sĩ hành nghề, các hiệp hội y tế được công nhận trên toàn quốc bao gồm Hiệp Hội Bác Sĩ Chuyên Khoa, ủy ban đồng thuận hoặc các tổ chức đánh giá công nghệ hoặc nghiên cứu được công nhận trên toàn quốc, các báo cáo và ấn phẩm của các cơ quan chính phủ (ví dụ: Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (FDA), Trung Tâm Kiểm Soát Dịch Bệnh (CDC), Viện Y tế Quốc Gia (NIH)).

Phần 1.9 Quý vị có thể làm gì nếu quý vị tin rằng quý vị bị đối xử bất công hoặc quyền của quý vị không được tôn trọng?

Nếu đó là về bị kỳ thị, hãy gọi cho Phòng Dân Quyền

Nếu quý vị tin rằng quý vị đã bị đối xử bất công hoặc quyền của quý vị đã không được tôn trọng do chủng tộc, tình trạng khuyết tật, tôn giáo, giới tính, sức khỏe, dân tộc, tín ngưỡng (niềm tin), tuổi tác, hoặc nguồn gốc quốc gia của quý vị, hãy gọi cho **Phòng Dân Quyền** của Sở Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh theo số 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697, hoặc gọi cho Phòng Dân Quyền địa phương của quý vị. Quý vị có quyền được đối xử một cách tôn trọng và coi trọng nhân phẩm.

Hay đó là về một điều gì khác?

Nếu quý vị tin rằng quý vị đã bị đối xử bất công hoặc quyền của quý vị đã không được tôn trọng, *và* đó *không* phải là do phân biệt đối xử thì quý vị có thể được trợ giúp ứng phó với vấn đề quý vị đang gặp phải:

- Quý vị có thể **gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên** (các số điện thoại được in ở bìa sau tập sách này).
- Quý vị có thể **gọi cho Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Sức Khỏe Tiểu Bang.** Để biết chi tiết về tổ chức này và làm thế nào để liên lạc với họ, hãy xem Chương 2, Phần 3.
- Hoặc, quý vị có thể **gọi Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.

Phần 1.10 Có một số cách để có thêm thông tin về quyền của quý vị

Có nhiều chỗ để quý vị lấy thêm thông tin về các quyền của quý vị:

- Quý vị có thể **gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên** (các số điện thoại được in ở bìa sau tập sách này).
- Quý vị có thể **gọi cho Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Sức Khỏe Tiểu Bang.** Để biết chi tiết về tổ chức này và làm thế nào để liên lạc với họ, hãy xem Chương 2, Phần 3.
- Quý vị có thể liên lạc với **Medicare.**
  - Quý vị có thể truy cập trang web của Medicare để đọc và tải xuống ấn phẩm “Quyền & Biện Pháp Bảo Vệ của Medicare”. (Ấn phẩm có tại: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
  - Hoặc, quý vị có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.

PHẦN 2 Quý vị có một số trách nhiệm khi là thành viên của chương trình

Phần 2.1 Quý vị có những trách nhiệm gì?

Điều quý vị cần làm khi là một thành viên của chương trình được liệt kê dưới đây. Nếu quý vị có bất cứ câu hỏi nào, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (các số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này). Chúng tôi có mặt ở đây để giúp đỡ.

- **Làm quen với các dịch vụ được bao trả và các quy định mà quý vị phải tuân theo để nhận được những dịch vụ được bao trả này.** Sử dụng tập sách *Chứng Thực Bảo Hiểm* này để tìm hiểu những gì được bao trả cho quý vị và các quy định quý vị cần tuân theo để nhận được dịch vụ được bao trả.
  - Chương 3 và 4 cung cấp các chi tiết về dịch vụ y tế của quý vị, bao gồm những gì được chi trả, những gì không được chi trả, các quy định để làm theo và những gì quý vị phải trả.
  - Chương 5 và 6 cung cấp các chi tiết về mức chi trả của quý vị cho thuốc theo toa Part D.
- **Nếu quý vị có bất kỳ bảo hiểm y tế nào khác hay một bảo hiểm thuốc theo toa ngoài chương trình của chúng tôi, quý vị phải cho chúng tôi biết.** Vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để báo cho chúng tôi biết (các số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này).
  - Chúng tôi phải tuân theo quy định thiết lập bởi Medicare để đảm bảo rằng quý vị đang sử dụng tất cả các bảo hiểm của quý vị kết hợp lại khi quý vị nhận được các dịch vụ được bao trả từ chương trình của chúng tôi. Điều này được gọi là **"sự phối hợp của các phúc lợi"** bởi vì nó liên quan đến việc phối hợp các phúc lợi y tế và thuốc quý vị nhận được từ chương trình của chúng tôi với bất cứ phúc lợi y tế và thuốc nào khác có sẵn cho quý vị. Chúng tôi sẽ giúp quý vị phối hợp các quyền lợi của quý vị. (Để biết thêm thông tin về phối hợp các phúc lợi, đi đến Chương 1, Phần 10.)
- **Nói với bác sĩ của quý vị và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác rằng quý vị ghi danh vào chương trình của chúng tôi.**

  Xuất trình thẻ thành viên chương trình của quý vị bất cứ khi nào quý vị nhận được chăm sóc y tế hoặc thuốc theo toa Part D của quý vị.

- **Giúp bác sĩ của quý vị và nhà cung cấp khác giúp quý vị bằng cách cho họ thông tin, đặt câu hỏi, và làm theo hướng dẫn chăm sóc của quý vị.**
  - Để giúp chương trình của quý vị, bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ y tế khác cung cấp cho quý vị sự chăm sóc tốt nhất, quý vị tìm hiểu càng nhiều càng tốt, về vấn đề sức khỏe của quý vị và cung cấp cho họ dữ kiện họ cần về quý vị và sức khỏe của quý vị. Quý vị hãy tuân theo các chương trình điều trị và chỉ dẫn mà quý vị và bác sĩ của quý vị đồng ý với nhau.
  - Đảm bảo rằng các bác sĩ của quý vị biết tất cả các loại thuốc quý vị

đang dùng, bao gồm cả thuốc không kê toa, vitamin và chất bổ sung.

- Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, hãy chắc chắn hỏi. Bác sĩ của quý vị và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác có nghĩa vụ phải giải thích mọi điều theo cách quý vị có thể hiểu. Nếu quý vị đặt một câu hỏi, và quý vị không hiểu câu trả lời, quý vị hãy hỏi lại. Quý vị có trách nhiệm phải hiểu vấn đề sức khỏe của quý vị và trợ giúp trong việc đặt ra các mục tiêu điều trị mà quý vị và bác sĩ cùng đồng ý.

- **Xin hãy thận trọng.** Chúng tôi hy vọng tất cả các thành viên của chúng tôi tôn trọng các quyền của các bệnh nhân khác. Chúng tôi cũng kỳ vọng quý vị hành động một cách để giúp các sự điều hành trơn tru của văn phòng bác sĩ, bệnh viện, và các văn phòng khác.
- **Thanh toán những gì quý vị nợ.** Là một thành viên chương trình, quý vị có trách nhiệm cho các khoản thanh toán sau đây:
  - Để đủ điều kiện cho chương trình của chúng tôi, quý vị phải có Medicare Part A và Medicare Part B. Một số thành viên chương trình phải trả phí bảo hiểm Medicare Part A. Hầu hết các thành viên chương trình đều trả phí bảo hiểm Medicare Part B để tiếp tục là thành viên của chương trình.
  - Đối với hầu hết của dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả bởi chương trình, quý vị phải trả phần của quý vị khi quý vị nhận được dịch vụ hay thuốc. Phần này sẽ là khoản đồng thanh toán (một số tiền cố định) hoặc khoản đồng bảo hiểm (tỷ lệ phần trăm của tổng chi phí). Chương 4 cho biết những gì quý vị phải trả cho dịch vụ y tế quý vị. Chương 6 cho biết những gì quý vị phải trả cho thuốc theo toa Part D của quý vị.
    - Nếu quý vị nhận được bất kỳ dịch vụ y tế hoặc thuốc không được chi trả bởi chương trình của chúng tôi hoặc bảo hiểm khác quý vị có thể có, quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí.
    - Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi từ chối bao trả cho dịch vụ hoặc thuốc, quý vị có thể kháng cáo. Vui lòng xem Chương 9 của tập sách này cho tin tức về cách lập kháng cáo.
  - Nếu quý vị được yêu cầu thanh toán số tiền phụ thêm cho Part D dựa vào thu nhập hàng năm của quý vị, quý vị phải thanh toán số tiền phụ thêm trực tiếp cho chính phủ để tiếp tục là thành viên của chương trình.
- **Cho chúng tôi biết nếu quý vị chuyển chỗ ở.** Nếu quý vị sẽ chuyển chỗ ở, điều quan trọng là cho chúng tôi biết ngay lập tức. Hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (các số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này).

- **Nếu quý vị chuyển ra *bên ngoài* khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi, quý vị không còn là một thành viên chương trình của chúng tôi.**

  (Chương 1 cho biết các khu vực dịch vụ của chúng tôi). Chúng tôi có thể giúp quý vị tính toán ngay cả khi quý vị chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi. Nếu quý vị đang rời khu vực dịch vụ của chúng tôi, quý vị sẽ có một khoảng Thời Hạn Ghi Danh Đặc Biệt khi quý vị có thể tham gia bất cứ chương trình Medicare có sẵn trong khu vực mới của quý vị. Chúng tôi có thể cho quý vị biết nếu chúng tôi có một chương trình trong vùng mới của quý vị.

- **Nếu quý vị di chuyển *trong* khu vực dịch vụ của chúng tôi, chúng tôi vẫn cần biết** để chúng tôi có thể tiếp tục cập nhật hồ sơ thành viên của quý vị và biết cách liên lạc với quý vị.

- Nếu quý vị chuyển chỗ ở, quý vị cũng nên thông báo cho Sở An Sinh Xã Hội (hoặc Ủy Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt). Quý vị có thể tìm số điện thoại và thông tin liên lạc với các tổ chức này trong Chương 2.

- **Hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để được giúp đỡ nếu quý vị có câu hỏi hoặc lo ngại.** Chúng tôi cũng hoan nghênh bất cứ lời đề nghị quý vị có thể có cho việc cải thiện chương trình của chúng tôi.
  - Số điện thoại và giờ gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên được in ở bìa sau của tập sách này.
  - Để biết thêm chi tiết về làm thế nào để tiếp xúc với chúng tôi, bao gồm địa chỉ gửi thư của chúng tôi, vui lòng xem Chương 2.

CHƯƠNG 9

Những việc quý vị cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Chương 9. Những gì quý vị cần làm khi gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)

PHẦN 1 Giới thiệu 239
Phần 1.1 Điều cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có quan tâm 239
Phần 1.2 Về các thuật ngữ pháp lý? 239

PHẦN 2 Quý vị có thể nhận trợ giúp từ các tổ chức chính phủ không liên quan tới chúng tôi 240
Phần 2.1 Nhận thêm thông tin và trợ giúp cá nhân ở đâu..... 240

PHẦN 3 Để giải quyết vấn đề của mình, quý vị cần sử dụng thủ tục nào? 241
Phần 3.1 Quý vị có nên sử dụng thủ tục quyết định bảo hiểm và kháng cáo không? Hoặc quý vị có cần sử dụng quy trình nộp đơn khiếu nại không? 241

QUYẾT ĐỊNH MỨC BẢO HIỂM VÀ KHÁNG CÁO..... 242

PHẦN 4 Hướng dẫn thông tin cơ bản đối với các quyết định về bảo hiểm và kháng cáo 242
Phần 4.1 Yêu cầu quyết định mức bảo hiểm và nộp đơn kháng cáo: tổng quan 242
Phần 4.2 Cách để được nhận trợ giúp khi quý vị yêu cầu quyết định bao trả hoặc nộp đơn kháng cáo 243
Phần 4.3 Phần nào của chương này cung cấp các chi tiết cho tình huống của quý vị? 245

PHẦN 5 Chăm sóc y tế của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc nộp đơn kháng cáo..... 245
Phần 5.1 Phần này cho biết điều cần làm nếu quý vị gặp các vấn đề khi nhận bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc nếu quý vị muốn chúng tôi trả lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi trong dịch vụ chăm sóc của quý vị 245
Phần 5.2 Hướng dẫn từng bước: Cách yêu cầu một quyết định mức bảo hiểm (cách yêu cầu chương trình của chúng tôi cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn).... 248
Phần 5.3 Hướng dẫn từng bước: Cách nộp đơn Kháng Cáo Cấp 1 (cách yêu cầu duyệt xét quyết định bao trả đối với dịch vụ chăm sóc y tế mà chương trình của chúng tôi đã đưa ra)..... 252

Phần 5.4 Hướng dẫn từng bước: Cách Hoàn Thành Kháng Cáo Cấp 2 257
Phần 5.5 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị yêu cầu chúng tôi trả cho quý vị phần chi phí của chúng tôi trong một hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho dịch vụ chăm sóc y tế? 259

PHẦN 6 Thuốc theo toa Part D của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc nộp đơn kháng cáo 261
Phần 6.1 Phần này cho quý vị biết phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề khi nhận thuốc Part D hoặc quý vị muốn chúng tôi hoàn lại tiền thuốc Part D cho quý vị 261
Phần 6.2 Trường hợp ngoại lệ là gì? 263
Phần 6.3 Những điều quan trọng cần biết về việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ 266
Phần 6.4 Hướng dẫn từng bước: Cách yêu cầu quyết định bao trả, bao gồm cả trường hợp ngoại lệ 266
Phần 6.5 Hướng dẫn từng bước: Cách nộp đơn Kháng Cáo Cấp 1 (cách yêu cầu duyệt xét quyết định bảo hiểm mà chương trình của chúng tôi đã đưa ra) 271
Phần 6.6 Hướng dẫn từng bước: Cách nộp đơn Kháng Cáo Cấp 2 275

PHẦN 7 Cách yêu cầu chúng tôi bao trả cho thời gian nằm viện điều trị nội trú lâu hơn nếu quý vị cho rằng bác sĩ cho quý vị xuất viện quá sớm 278
Phần 7.1 Trong thời gian quý vị nằm viện điều trị nội trú, quý vị sẽ nhận được thông báo bằng văn bản từ Medicare cho biết các quyền của quý vị 278
Phần 7.2 Hướng dẫn từng bước: Cách nộp đơn Kháng Cáo Cấp 1 để thay đổi ngày quý vị xuất viện 280
Phần 7.3 Hướng dẫn từng bước: Cách nộp đơn Kháng Cáo Cấp 2 để thay đổi ngày quý vị xuất viện 283
Phần 7.4 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn nộp đơn Kháng Cáo Cấp 1? 285

PHẦN 8 Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả cho một số dịch vụ y tế nhất định nếu quý vị cho rằng bảo hiểm của quý vị chấm dứt quá sớm 288

Phần 8.1 ***Phần này chỉ trình bày về ba loại dịch vụ:*** Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn và các dịch vụ của Cơ Sở Phục Hồi Ngoại Trú Toàn Diện (CORF)..... 288
Phần 8.2 Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết trước khi nào bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt..... 289
Phần 8.3 Hướng Dẫn Từng Bước: Cách nộp đơn Kháng Cáo Cấp 1 để yêu cầu chương trình của chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị trong thời gian lâu hơn..... 290
Phần 8.4 Hướng Dẫn Từng Bước: Cách nộp đơn Kháng Cáo Cấp 2 để yêu cầu chương trình của chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị trong thời gian lâu hơn..... 293
Phần 8.5 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn nộp đơn Kháng Cáo Cấp 1?..... 295

PHẦN 9 Tiếp tục chuyển đơn kháng cáo của quý vị lên Cấp 3 và các mức cao hơn..... 298
Phần 9.1 Các Cấp Kháng Cáo 3, 4 và 5 cho Yêu Cầu Dịch Vụ Y Tế..... 298
Phần 9.2 Các Cấp Kháng Cáo 3, 4 và 5 cho Yêu Cầu Thuốc Part D..... 300

NỘP ĐƠN KHIẾU NẠI..... 301

PHẦN 10 Cách nộp đơn khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ, Dịch Vụ Thành Viên hoặc các quan tâm khác..... 302
Phần 10.1 Những loại vấn đề nào được giải quyết theo thủ tục khiếu nại?..... 302
Phần 10.2 Tên chính thức của “nộp đơn khiếu nại” là “nộp đơn than phiền”..... 304
Phần 10.3 Hướng dẫn từng bước: Cách nộp đơn khiếu nại..... 305
Phần 10.4 Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về chất lượng chăm sóc lên Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng..... 307
Phần 10.5 Quý vị cũng có thể thông báo cho Medicare về đơn khiếu nại của quý vị..... 308

PHẦN 1 Giới thiệu

Phần 1.1 Điều cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có quan tâm

Chương này trình bày hai loại thủ tục để xử lý vấn đề và quan ngại:

- Đối với một số loại vấn đề, quý vị cần sử dụng **thủ tục quyết định bao trả và kháng cáo.**
- Đối với các loại vấn đề khác, quý vị cần sử dụng **quy trình nộp đơn khiếu nại.**

Cả hai thủ tục này đều được Medicare chấp thuận. Để đảm bảo sự công bằng và giải quyết kịp thời các vấn đề của quý vị, mỗi thủ tục có một bộ các quy định, thủ tục và thời hạn mà chúng tôi và quý vị phải tuân theo.

Quý vị sử dụng loại thủ tục nào? Điều đó phụ thuộc vào loại vấn đề mà quý vị đang gặp phải. Hướng dẫn trong Phần 3 sẽ giúp quý vị xác định đúng thủ tục để sử dụng.

Phần 1.2 Về các thuật ngữ pháp lý?

Chương này có giải thích các Thuật ngữ Pháp lý chuyên môn đối với một số quy định, thủ tục và các loại thời hạn. Đa số những thuật ngữ này đều xa lạ với hầu hết mọi người và có thể khó hiểu.

Để đơn giản hóa, chương này giải thích các thủ tục và quy định pháp lý bằng cách sử dụng những từ ngữ đơn giản hơn thay cho một số Thuật ngữ Pháp lý. Ví dụ: chương này thường nói “nộp đơn khiếu nại” thay vì “nộp đơn than phiền”, “quyết định bảo hiểm” thay vì “quyết định cấp tổ chức” hoặc “quyết định bảo hiểm” hoặc “quyết định có nguy cơ” và “Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập” thay vì “Cơ Quan Đánh Giá Độc Lập”. Chương này cũng sử dụng từ viết tắt ít nhất có thể.

Tuy nhiên, việc biết các thuật ngữ pháp lý chính xác cho tình huống của quý vị có thể có ích và đôi khi khá quan trọng đối với quý vị. Biết cần sử dụng thuật ngữ nào sẽ giúp quý vị truyền đạt rõ ràng và chính xác hơn khi đang giải quyết vấn đề của mình và có được thông tin hoặc trợ giúp thích hợp cho tình huống của quý vị. Để giúp quý vị biết cần sử dụng thuật ngữ nào, chúng tôi có đưa ra các Thuật ngữ Pháp lý khi cung cấp thông tin chi tiết để xử lý các loại tình huống cụ thể.

PHẦN 2 Quý vị có thể nhận trợ giúp từ các tổ chức chính phủ không liên quan tới chúng tôi

Phần 2.1 Nhận thêm thông tin và trợ giúp cá nhân ở đâu

Đôi khi việc bắt đầu hoặc tuân theo thủ tục giải quyết vấn đề có thể gây nhầm lẫn. Điều này có thể đặc biệt đúng nếu quý vị cảm thấy không khỏe hoặc năng lực bị hạn chế. Có khi, quý vị có thể không có kiến thức cần thiết để thực hiện bước tiếp theo.

Hãy nhận trợ giúp từ một tổ chức chính phủ độc lập

Chúng tôi luôn sẵn sàng giúp đỡ quý vị. Tuy nhiên, trong một số tình huống, quý vị cũng có thể muốn nhận trợ giúp hoặc hướng dẫn từ người không liên quan tới chúng tôi. Quý vị luôn luôn có thể liên lạc với **Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Sức Khỏe Tiểu Bang (SHIP)** của quý vị. Chương trình chính phủ này có nhân viên tư vấn chuyên nghiệp trên khắp các tiểu bang. Chương trình không liên quan tới chúng tôi hoặc tới bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm y tế nào. Cố vấn thuộc chương trình này có thể giúp quý vị hiểu được quý vị cần sử dụng thủ tục nào để giải quyết vấn đề quý vị đang gặp phải. Họ cũng có thể giải đáp các thắc mắc của quý vị, cung cấp thêm thông tin cho quý vị và đưa ra hướng dẫn về điều cần làm.

Dịch vụ của các tư vấn SHIP đều miễn phí. Quý vị sẽ tìm thấy số điện thoại trong Chương 2, Phần 3 của tập sách này.

Quý vị cũng có thể nhận trợ giúp và thông tin từ Medicare

Để có thêm thông tin và trợ giúp trong việc giải quyết vấn đề, quý vị cũng có thể liên lạc với Medicare. Đây là hai cách để có được thông tin trực tiếp từ Medicare:

- Quý vị có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.
- Quý vị có thể truy cập vào trang web của Medicare (www.medicare.gov).

PHẦN 3 Để giải quyết vấn đề của mình, quý vị cần sử dụng thủ tục nào?

Phần 3.1 Quý vị có nên sử dụng thủ tục quyết định bảo hiểm và kháng cáo không? Hoặc quý vị có cần sử dụng quy trình nộp đơn khiếu nại không?

Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có quan ngại, quý vị chỉ cần đọc các phần của chương này có liên quan đến tình huống của mình. Hướng dẫn sau đây sẽ giúp ích quý vị.

Để biết xem phần nào trong chương này áp dụng cho vấn đề hay mối lo ngại của quý vị, **BẮT ĐẦU TỪ ĐÂY**

Vấn đề hoặc quan ngại của quý vị là về các quyền lợi hay mức bảo hiểm của quý vị?

(Điều này bao gồm các vấn đề về việc liệu thuốc theo toa hoặc dịch vụ chăm sóc y tế cụ thể có được chi trả hay không, cách thức chúng được chi trả, và các vấn đề liên quan đến việc thanh toán thuốc theo toa hoặc dịch vụ chăm sóc y tế.)

Có. Vấn đề của tôi là về các quyền lợi hoặc mức bảo hiểm.

Hãy chuyển sang phần tiếp theo của chương này, **Phần 4, "Hướng dẫn thông tin cơ bản đối với các quyết định về bảo hiểm và kháng cáo".**

Không. Vấn đề của tôi <u>không</u> phải về các phúc lợi hoặc bao trả.

Chuyển đến **Phần 10** ở cuối chương này: **"Cách nộp đơn khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ, dịch vụ khách hàng hoặc các lo ngại khác".**

QUYẾT ĐỊNH MỨC BẢO HIỂM VÀ KHÁNG CÁO

PHẦN 4 Hướng dẫn thông tin cơ bản đối với các quyết định về bảo hiểm và kháng cáo

Phần 4.1 Yêu cầu quyết định mức bảo hiểm và nộp đơn kháng cáo: tổng quan

Thủ tục quyết định mức bảo hiểm và kháng cáo giải quyết các vấn đề liên quan đến các phúc lợi và mức bảo hiểm của quý vị cho các dịch vụ y tế và thuốc theo toa, trong đó có các vấn đề liên quan đến thanh toán. Đây là thủ tục quý vị sử dụng cho các vấn đề như sản phẩm hoặc dịch vụ này có được chi trả hay không và cách thức chi trả.

Yêu cầu quyết định mức bảo hiểm

Quyết định mức bảo hiểm là quyết định mà chúng tôi đưa ra về các quyền lợi và mức bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền chúng tôi sẽ trả cho thuốc hoặc các dịch vụ y tế của quý vị. Ví dụ: bác sĩ trong mạng lưới bảo hiểm của chương trình của quý vị đưa ra quyết định mức bảo hiểm (có lợi) cho quý vị bất cứ khi nào quý vị nhận dịch vụ chăm sóc y tế từ bác sĩ đó hoặc nếu bác sĩ trong mạng lưới bảo hiểm của quý vị giới thiệu quý vị tới một chuyên gia y tế. Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị cũng có thể liên lạc với chúng tôi và yêu cầu một quyết định mức bảo hiểm nếu bác sĩ của quý vị không chắc chắn về việc chúng tôi sẽ chi trả một dịch vụ y tế cụ thể hay từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cho rằng mình cần. Nói cách khác, nếu quý vị muốn biết chúng tôi có chi trả cho một dịch vụ y tế hay không trước khi quý vị nhận dịch vụ đó, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định mức bảo hiểm cho quý vị. Trong một số trường hợp hạn chế, yêu cầu quyết định bao trả sẽ bị bác bỏ, nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu đó. Các ví dụ về yêu cầu sẽ bị bác bỏ bao gồm yêu cầu không hoàn chỉnh, nếu người khác yêu cầu thay cho quý vị nhưng không được ủy quyền hợp pháp để làm vậy hoặc nếu quý vị yêu cầu rút lại yêu cầu của mình. Nếu chúng tôi bác bỏ yêu cầu quyết định bao trả, chúng tô sẽ gửi thông báo giải thích lý do yêu cầu bị bác bỏ và cách yêu cầu xem lại bác bỏ đó.

Chúng tôi đưa ra quyết định mức bảo hiểm cho quý vị bất cứ khi nào chúng tôi quyết định quý vị được chi trả những gì và chúng tôi phải trả bao nhiêu tiền. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể quyết định Medicare không chi trả hoặc không còn chi trả cho quý vị đối với một dịch vụ hoặc loại thuốc. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định mức bảo hiểm này, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo.

Nộp đơn kháng cáo

Nếu chúng tôi đưa ra quyết định mức bảo hiểm và quý vị không hài lòng với quyết định này, quý vị có thể "kháng cáo" quyết định. Kháng cáo là cách chính thức yêu cầu chúng tôi đánh giá và thay đổi quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra.

Kháng kiện đầu tiên của quý vị được gọi là Kháng Cáo Cấp 1. Trong lần kháng cáo này, chúng tôi sẽ xem lại quyết định về sự bao trả chúng tôi đã đưa ra để xem chúng tôi có nghiêm chỉnh tuân theo mọi điều lệ hay không. Đơn kháng cáo của quý vị được xử lý bởi những người duyệt xét khác, ngoài những người đưa ra quyết định bất lợi ban đầu. Khi chúng tôi hoàn thành cuộc duyệt xét, chúng tôi sẽ cho quý vị biết quyết định của chúng tôi. Trong một số trường hợp, chúng tôi thảo luận sau này, quý vị có thể yêu cầu "quyết định nhanh về bảo hiểm" hoặc kháng cáo nhanh quyết định bảo hiểm. Trong một số trường hợp hạn chế, yêu cầu kháng cáo sẽ bị bác bỏ, nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu đó. Các ví dụ về yêu cầu sẽ bị bác bỏ bao gồm yêu cầu không hoàn chỉnh, nếu người khác yêu cầu thay cho quý vị nhưng không được ủy quyền hợp pháp để làm vậy hoặc nếu quý vị yêu cầu rút lại yêu cầu của mình. Nếu chúng tôi bác bỏ yêu cầu kháng cáo, chúng tôi sẽ gửi thông báo giải thích lý do yêu cầu bị bác bỏ và cách yêu cầu xem lại bác bỏ đó.

Nếu chúng tôi từ chối với một phần hoặc tất cả đơn Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị, quý vị có thể chuyển sang Kháng Cáo Cấp 2. Kháng Cáo Cấp 2 được thực hiện bởi một Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập không liên quan tới chúng tôi. (Trong một số tình huống, trường hợp của quý vị sẽ được tự động chuyển đến Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập để Kháng Cáo Cấp 2. Trong các trường hợp khác, quý vị sẽ cần phải yêu cầu Kháng Cáo Cấp 2.) Nếu quý vị không hài lòng với quyết định ở Kháng Cáo Cấp 2, quý vị có thể tiếp tục thông qua các mức kháng cáo bổ sung.

Phần 4.2 Cách để được nhận trợ giúp khi quý vị yêu cầu quyết định bao trả hoặc nộp đơn kháng cáo

Quý vị có muốn được trợ giúp không? Đây là các nguồn trợ giúp quý vị có thể muốn sử dụng nếu quý vị quyết định yêu cầu bất kỳ loại quyết định mức bảo hiểm hoặc kháng cáo một quyết định nào:

- Quý vị **có thể gọi cho chúng tôi qua Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên** (các số điện thoại được in ở bìa sau tập sách này).
- Quý vị **có thể nhận trợ giúp miễn phí** từ Chương Trình Hỗ Trợ Về Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (xem Phần 2 của chương này).

- **Bác sĩ của quý vị có thể yêu cầu cho quý vị.**
  - Đối với dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc theo toa Part B, bác sĩ của quý vị có thể thay mặt quý vị yêu cầu quyết định mức bảo hiểm hoặc yêu cầu xét đơn Kháng Cáo Cấp 1. Nếu đơn kháng cáo của quý vị bị từ chối ở Cấp 1, đơn kháng cáo này sẽ được tự động chuyển tiếp lên Cấp 2. Để yêu cầu xét bất kỳ đơn kháng cáo nào sau Cấp 2, bác sĩ của quý vị phải được chỉ định làm người đại diện của quý vị.
  - Đối với thuốc theo toa Part D, bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thể thay mặt quý vị yêu cầu quyết định mức bảo hiểm hoặc yêu cầu xét đơn Kháng Cáo Cấp 1 hoặc Cấp 2. Để yêu cầu xét bất kỳ đơn kháng cáo nào sau Cấp 2, bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác phải được chỉ định làm người đại diện của quý vị.
- **Quý vị có thể yêu cầu một người nào đó hành xử thay mặt quý vị.** Nếu muốn, quý vị có thể chỉ định người khác hành xử cho quý vị với tư cách là "người đại diện" của quý vị để yêu cầu quyết định mức bảo hiểm hoặc nộp đơn kháng cáo.
  - Có thể là một người nào đó đã được ủy quyền hợp pháp để hành xử với tư cách là người đại diện của quý vị theo luật Tiểu bang.
  - Nếu quý vị muốn bạn bè, người thân, bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác hoặc người khác làm người đại diện của quý vị, hãy gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này) và yêu cầu đơn "Chỉ Định Người Đại Diện". (Mẫu đơn chỉ định có trên trang web của Medicare tại www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang web của chúng tôi tại www.wellcare.com/healthnetCA.) Mẫu đơn cho phép người đó hành động thay mặt cho quý vị. Quý vị và người mà quý vị muốn hành xử thay mặt quý vị phải ký vào đơn này. Quý vị phải cung cấp cho chúng tôi một bản sao của đơn đã ký.
- **Quý vị cũng có quyền thuê luật sư hành xử cho quý vị.** Quý vị có thể liên lạc với luật sư riêng của quý vị, hoặc hỏi tên một luật sư từ hiệp hội luật sư địa phương của quý vị hoặc dịch vụ giới thiệu khác. Ngoài ra cũng có những nhóm sẽ cung cấp cho quý vị dịch vụ pháp lý miễn phí nếu quý vị đủ tiêu chuẩn hưởng. Tuy nhiên, **quý vị không bắt buộc phải thuê luật sư** để yêu cầu bất kỳ loại quyết định bao trả nào hoặc để kháng cáo một quyết định.

Phần 4.3 Phần nào của chương này cung cấp các chi tiết cho tình huống của quý vị?

Có bốn loại tình huống khác nhau liên quan đến quyết định mức bảo hiểm và kháng cáo. Vì mỗi tình huống có những quy định và thời hạn khác nhau, chúng tôi cung cấp các chi tiết cho từng tình huống trong một phần riêng biệt:

- **Phần 5** của chương này: "Chăm sóc y tế của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc nộp đơn kháng cáo"
- **Phần 6** của chương này: "Thuốc theo toa Part D của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc nộp đơn kháng cáo"
- **Phần 7** của chương này: "Cách yêu cầu chúng tôi bao trả cho điều trị nội trú tại bệnh viện kéo dài nếu quý vị cho rằng bác sĩ cho quý vị xuất viện quá sớm"
- **Phần 8** của chương này: "Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả một số dịch vụ y tế nếu quý vị cho rằng bảo hiểm của quý vị kết thúc quá sớm" *(Chỉ áp dụng cho các dịch vụ sau:* dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn và các dịch vụ của Cơ Sở Phục Hồi Ngoại Trú Toàn Diện (CORF))

Nếu quý vị không chắc chắn quý vị cần sử dụng phần nào, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này). Quý vị cũng có thể nhận trợ giúp hoặc thông tin từ các tổ chức chính phủ như Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm của Tiểu Bang (SHIP) của quý vị (Chương 2, Phần 3 của tập sách này có số điện thoại của chương trình này).

PHẦN 5 Chăm sóc y tế của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc nộp đơn kháng cáo

Quý vị đã đọc Phần 4 của chương này (*Hướng dẫn "thông tin cơ bản" về các quyết định bảo hiểm và kháng cáo)* chưa? Nếu chưa, quý vị có thể muốn đọc phần đó trước khi quý vị bắt đầu phần này.

Phần 5.1 Phần này cho biết điều cần làm nếu quý vị gặp các vấn đề khi nhận bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc nếu quý vị muốn chúng tôi trả lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi trong dịch vụ chăm sóc của quý vị

Phần này giới thiệu về các quyền lợi của quý vị đối với dịch vụ chăm sóc và dịch vụ y tế. Những phúc lợi này được mô tả trong Chương 4 của tập sách này: *Bảng*

Phúc Lợi Y Tế (những gì bảo hiểm trả và quý vị trả). Để đơn giản hóa, trong phần còn lại của phần này chúng tôi thường đề cập đến "bao trả dịch vụ chăm sóc y tế" hoặc "dịch vụ chăm sóc y tế" thay vì luôn lặp lại "dịch vụ chăm sóc hoặc điều trị hoặc các dịch vụ y tế". Thuật ngữ "chăm sóc y tế" bao gồm các thiết bị và dịch vụ y tế cũng như thuốc theo toa Medicare Part B. Trong một số trường hợp, những quy định khác nhau sẽ được áp dụng để yêu cầu thuốc theo toa Part B. Trong những trường hợp này, chúng tôi sẽ giải thích những quy định đối với thuốc theo toa Part B khác với những quy định đối với các thiết bị và dịch vụ y tế như thế nào.

Phần này cho biết quý vị có thể làm những gì nếu quý vị đang ở trong bất kỳ tình huống nào trong năm tình huống sau đây:

1. Quý vị không nhận được dịch vụ chăm sóc y tế nhất định mà mình muốn và quý vị tin rằng dịch vụ chăm sóc này được chương trình của chúng tôi bao trả.

2. Chương trình của chúng tôi sẽ không phê duyệt dịch vụ chăm sóc y tế mà bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế khác của quý vị muốn cung cấp cho quý vị và quý vị tin rằng dịch vụ chăm sóc này được chương trình bao trả.

3. Quý vị đã nhận dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị tin rằng đáng ra phải được chương trình bao trả, nhưng chúng tôi nói rằng chúng tôi sẽ không chi trả cho dịch vụ chăm sóc này.

4. Quý vị đã nhận và thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị tin rằng đáng ra phải được chương trình bao trả và quý vị muốn yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn tiền cho quý vị đối với dịch vụ chăm sóc này.

5. Quý vị được thông báo rằng tiền bao trả cho một số dịch vụ chăm sóc y tế nhất định quý vị đang nhận mà chúng tôi đã phê duyệt trước đây sẽ bị giảm bớt hoặc dừng lại, và quý vị tin rằng việc giảm bớt hoặc dừng dịch vụ chăm sóc này có thể gây hại cho sức khỏe của quý vị.

LƯU Ý: **Nếu khoản bao trả sắp bị ngừng là cho dịch vụ chăm sóc trong bệnh viện, chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc dịch vụ tại Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Ngoại Trú Toàn Diện (CORF),** quý vị cần đọc một phần riêng của chương này vì có các quy định đặc biệt áp dụng cho những loại chăm sóc này. Đây là những gì cần đọc trong những tình huống đó:

- Chương 9, Phần 7: *Cách yêu cầu chúng tôi bao trả cho thời gian nằm viện điều trị nội trú lâu hơn nếu quý vị cho rằng bác sĩ cho quý vị xuất viện quá sớm.*
- Chương 9, Phần 8: *Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả cho một số dịch vụ y tế nhất định nếu quý vị cho rằng bảo hiểm của quý vị chấm dứt quá sớm.* Phần này chỉ nói về ba dịch vụ: dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn và các dịch vụ của CORF.

Đối với *tất cả* các tình huống khác có liên quan đến việc quý vị được thông báo rằng dịch vụ chăm sóc y tế quý vị đang nhận sẽ bị ngừng, hãy sử dụng phần này (Phần 5) làm hướng dẫn về những việc quý vị cần làm.

Quý vị thuộc tình huống nào trong số các tình huống này?

Nếu quý vị thuộc tình huống này:	Đây là những gì quý vị có thể làm:
Để tìm hiểu xem chúng tôi có chi trả cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn không.	Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định mức bảo hiểm cho quý vị. Chuyển tới phần tiếp theo của chương này, **Phần 5.2.**
Nếu chúng tôi đã cho quý vị biết rằng chúng tôi sẽ không chi trả hoặc thanh toán cho một dịch vụ chăm sóc y tế theo cách mà quý vị muốn dịch vụ đó được chi trả hoặc thanh toán.	Quý vị có thể nộp đơn **kháng cáo.** (Điều này có nghĩa là quý vị đang yêu cầu chúng tôi xem xét lại.) Chuyển tới **Phần 5.3** của chương này.
Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi hoàn trả tiền cho quý vị đối với dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận hoặc đã thanh toán.	Quý vị có thể gửi hóa đơn cho chúng tôi. Chuyển tới **Phần 5.5** của chương này.

Phần 5.2 Hướng dẫn từng bước: Cách yêu cầu một quyết định mức bảo hiểm (cách yêu cầu chương trình của chúng tôi cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn)

Thuật ngữ Pháp lý
Khi một quyết định bao trả liên quan đến dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, quyết định này được gọi là **"quyết định cấp tổ chức".**

Bước 1: Quý vị yêu cầu chương trình của chúng tôi đưa ra quyết định bao trả đối với dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đang yêu cầu. Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu trả lời nhanh, quý vị cần yêu cầu chúng tôi đưa ra một **"quyết định nhanh về bảo hiểm".**

Thuật ngữ Pháp lý
"Quyết định nhanh về bảo hiểm" được gọi là **"quyết định nhanh".**

Cách yêu cầu bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế quý vị cần

- Bắt đầu bằng cách gọi điện thoại, viết thư, hoặc gửi fax cho chương trình của chúng tôi để yêu cầu chúng tôi cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm đối với dịch vụ chăm sóc y tế quý vị muốn. Quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người đại diện của quý vị có thể thực hiện điều này.
- Để biết chi tiết về cách liên lạc với chúng tôi, hãy chuyển tới Chương 2, Phần 1 và tìm phần có tên *Cách liên lạc với chúng tôi khi quý vị yêu cầu quyết định bao trả về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị.*

Thông thường chúng tôi sử dụng các thời hạn tiêu chuẩn để cho quý vị biết quyết định của chúng tôi

Khi chúng tôi cho quý vị biết quyết định của chúng tôi, chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn "tiêu chuẩn" trừ khi chúng tôi đã đồng ý sử dụng thời hạn "nhanh". **Quyết định mức bảo hiểm tiêu chuẩn có nghĩa là chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu **cho một thiết bị hoặc dịch vụ y tế của quý vị.** Nếu quý vị yêu cầu **thuốc theo toa Medicare Part B, chúng tôi**

sẽ cho quý vị biết câu trả lời trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu.

- **Tuy nhiên,** chúng tôi **có thể dành thêm tối đa 14 ngày theo lịch đối với yêu cầu thiết bị hoặc dịch vụ y tế** nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thông tin (như hồ sơ y tế từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới) mà có thể có lợi cho quý vị. Nếu chúng tôi quyết định dành thêm ngày để đưa ra quyết định, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Medicare Part B.
- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi *không* cần dành thêm ngày, quý vị có thể nộp "khiếu nại nhanh" về quyết định dành thêm ngày của chúng tôi. Khi quý vị nộp khiếu nại nhanh, chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời cho đơn khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ. (Thủ tục nộp đơn khiếu nại khác thủ tục về quyết định mức bảo hiểm và kháng cáo. Để biết thêm thông tin về thủ tục nộp đơn khiếu nại, bao gồm đơn khiếu nại nhanh, hãy xem Phần 10 của chương này.)

Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu điều này, hãy yêu cầu chúng tôi đưa ra "quyết định nhanh về bảo hiểm" cho quý vị

- **Một quyết định nhanh về bảo hiểm có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 72 giờ nếu quý vị yêu cầu thiết bị hoặc dịch vụ y tế. Nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Medicare Part B, chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời trong vòng 24 giờ.**
  - **Tuy nhiên,** đối với yêu cầu **thiết bị hoặc dịch vụ y tế, chúng tôi có thể dành thêm tối đa 14 ngày theo lịch** nếu chúng tôi thấy thông tin (như hồ sơ y tế từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới) có thể có lợi cho quý vị nhưng vẫn còn thiếu hoặc nếu quý vị cần thời gian để lấy thông tin cho chúng tôi xét duyệt. Nếu chúng tôi quyết định dành thêm ngày để đưa ra quyết định, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Medicare Part B.
  - Nếu quý vị cho rằng chúng tôi *không* cần dành thêm ngày, quý vị có thể nộp "khiếu nại nhanh" về quyết định dành thêm ngày của chúng tôi. (Để biết thêm thông tin về thủ tục nộp đơn khiếu nại, bao gồm đơn khiếu nại nhanh, hãy xem Phần 10 của chương này). Chúng tôi sẽ gọi cho quý vị ngay khi chúng tôi ra quyết định.
- **Để nhận được quyết định nhanh về bảo hiểm, quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu:**

- Quý vị *chỉ* có thể nhận được quyết định nhanh về bảo hiểm nếu quý vị đang yêu cầu bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế *quý vị chưa nhận được.* (Quý vị không thể yêu cầu quyết định nhanh về bảo hiểm nếu yêu cầu của quý vị là về việc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế quý vị đã được nhận.)
- Quý vị *chỉ* có thể nhận được quyết định nhanh về bảo hiểm nếu việc sử dụng thời hạn tiêu chuẩn có thể *gây hại nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị hoặc gây hại đến khả năng thực hiện hoạt động của quý vị.*

- **Nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết rằng tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu "quyết định nhanh về bảo hiểm," chúng tôi sẽ tự động đồng ý cung cấp cho quý vị một quyết định nhanh về bảo hiểm.**
- Nếu quý vị tự mình yêu cầu một quyết định nhanh về bảo hiểm mà không cần sự hỗ trợ từ bác sĩ của quý vị, chúng tôi sẽ quyết định xem tình trạng sức khỏe của quý vị có yêu cầu chúng tôi phải cung cấp cho quý vị một quyết định nhanh về bảo hiểm hay không.
  - Nếu chúng tôi quyết định rằng bệnh lý của quý vị không đáp ứng được yêu cầu cho một quyết định nhanh về bảo hiểm, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bức thư tuyên bố điều này (và chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn thay vào đó).
  - Bức thư này sẽ thông báo cho quý vị biết rằng nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu quyết định nhanh về bảo hiểm, chúng tôi sẽ tự động cung cấp một quyết định nhanh về bảo hiểm.
  - Bức thư cũng sẽ cho quý vị biết cách thức quý vị có thể nộp một "đơn khiếu nại nhanh" về quyết định của chúng tôi trong việc cung cấp cho quý vị một quyết định mức bảo hiểm tiêu chuẩn thay cho quyết định nhanh về bảo hiểm mà quý vị đã yêu cầu. (Để biết thêm thông tin về thủ tục nộp đơn khiếu nại, bao gồm đơn khiếu nại nhanh, hãy xem Phần 10 của chương này.)

<u>Bước 2:</u> Chúng tôi xem xét yêu cầu bảo hiểm đối với dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị và cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi.

Thời hạn cho một "quyết định nhanh về bảo hiểm"

- Thông thường, đối với một quyết định nhanh về bảo hiểm đối với yêu cầu thiết bị hoặc dịch vụ y tế, chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời **trong vòng 72 giờ.** Nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Medicare Part B, chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời **trong vòng 24 giờ.**

- Như đã giải thích ở trên, trong một số trường hợp nhất định chúng tôi có thể dành thêm tối đa là 14 ngày theo lịch. Nếu chúng tôi quyết định dành thêm ngày để đưa ra quyết định mức bảo hiểm, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Medicare Part B.
- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi *không* cần dành thêm ngày, quý vị có thể nộp "khiếu nại nhanh" về quyết định dành thêm ngày của chúng tôi. Khi quý vị nộp khiếu nại nhanh, chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời cho đơn khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ. (Để biết thêm thông tin về thủ tục nộp đơn khiếu nại, bao gồm đơn khiếu nại nhanh, hãy xem Phần 10 của chương này.)
- Nếu chúng tôi không cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi trong vòng 72 giờ (hoặc chậm nhất vào lúc kết thúc thời gian được gia hạn, nếu có), hoặc 24 giờ nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Medicare Part B, quý vị có quyền kháng cáo. Phần 5.3 bên dưới sẽ cho biết cách nộp đơn kháng cáo.

- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích chi tiết lý do tại sao chúng tôi từ chối.

Thời hạn cho một "quyết định mức bảo hiểm tiêu chuẩn"

- Thông thường, đối với quyết định bao trả tiêu chuẩn đối với yêu cầu thiết bị hoặc dịch vụ y tế, chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời **trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu của quý vị.** Nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Medicare Part B, chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu.
  - Đối với yêu cầu thiết bị hoặc dịch vụ y tế, trong một số trường hợp, chúng tôi có thể dành thêm tối đa là 14 ngày theo lịch ("thời gian được gia hạn"). Nếu chúng tôi quyết định dành thêm ngày để đưa ra quyết định mức bảo hiểm, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Medicare Part B.
  - Nếu quý vị cho rằng chúng tôi *không* cần dành thêm ngày, quý vị có thể nộp "khiếu nại nhanh" về quyết định dành thêm ngày của chúng tôi. Khi quý vị nộp khiếu nại nhanh, chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời cho đơn khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ. (Để biết thêm thông tin về thủ tục nộp đơn khiếu nại, bao gồm đơn khiếu nại nhanh, hãy xem Phần 10 của chương này.)

- Nếu chúng tôi không cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi trong vòng 14 ngày theo lịch (hoặc chậm nhất vào lúc kết thúc thời gian được gia hạn, nếu có), hoặc 72 giờ nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Part B, quý vị có quyền kháng cáo. Phần 5.3 bên dưới sẽ cho biết cách nộp đơn kháng cáo.

- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi từ chối.

<u>Bước 3:</u> Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, quý vị hãy quyết định xem quý vị có muốn nộp đơn kháng cáo hay không.

- Nếu chúng tôi từ chối, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi xem xét lại – và có thể thay đổi – quyết định này bằng cách nộp đơn kháng cáo. nộp đơn kháng cáo có nghĩa là cố gắng thêm một lần nữa để nhận được bảo hiểm đối với dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn.
- Nếu quý vị quyết định nộp đơn kháng cáo, điều đó có nghĩa là quý vị sẽ chuyển sang Cấp 1 của thủ tục kháng cáo (xem Phần 5.3 dưới đây).

Phần 5.3 Hướng dẫn từng bước: Cách nộp đơn Kháng Cáo Cấp 1 (cách yêu cầu duyệt xét quyết định bao trả đối với dịch vụ chăm sóc y tế mà chương trình của chúng tôi đã đưa ra)

Thuật ngữ Pháp lý
Đơn kháng cáo chương trình về quyết định bao trả dịch vụ chăm sóc y tế được gọi là **"xét lại quyết định"** của chương trình.

<u>Bước 1:</u> Quý vị liên lạc với chúng tôi và nộp đơn kháng cáo của quý vị. Nếu sức khỏe của quý vị cần trả lời nhanh, quý vị phải yêu cầu **"kháng cáo nhanh".**

Điều cần làm

- **Để bắt đầu một kháng cáo, quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người đại diện của quý vị phải liên lạc với chúng tôi.** Để biết chi tiết về cách liên lạc với chúng tôi vì bất kỳ mục đích nào liên quan đến kháng cáo của quý vị, hãy chuyển đến Chương 2, Phần 1 và tìm phần có tên *Cách liên lạc với chúng tôi khi quý vị nộp đơn kháng cáo về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị.*

- **Nếu quý vị đang yêu cầu xét đơn kháng cáo tiêu chuẩn, hãy nộp đơn kháng cáo tiêu chuẩn bằng văn bản bằng cách đệ đơn yêu cầu.**
    - Nếu quý vị yêu cầu một người nào đó không phải bác sĩ của quý vị kháng cáo quyết định của chúng tôi cho quý vị, đơn kháng cáo của quý vị phải có đơn Chỉ định người đại diện cho phép người này đại diện cho quý vị. Để lấy đơn, hãy gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này) và yêu cầu mẫu đơn "Chỉ Định Người Đại Diện". Mẫu đơn cũng có sẵn trên trang web của Medicare tại www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang web của chúng tôi tại www.wellcare.com/healthnetCA. Dù chúng tôi có thể chấp nhận một yêu cầu kháng cáo không có mẫu đơn này, chúng tôi không thể bắt đầu hoặc hoàn thành cuộc duyệt xét của mình cho đến khi nhận được mẫu đơn. Nếu chúng tôi không nhận được đơn trong vòng 44 ngày tính theo lịch sau khi nhận được yêu cầu xét đơn kháng cáo của quý vị (thời hạn của chúng tôi để đưa ra quyết định về đơn kháng cáo của quý vị), yêu cầu xét đơn kháng cáo của quý vị sẽ bị hủy bỏ. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản thông báo giải thích quyền yêu cầu Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập đánh giá quyết định của chúng tôi về việc từ chối kháng cáo của quý vị.
- **Nếu quý vị đang yêu cầu kháng cáo nhanh, hãy nộp đơn kháng cáo bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi** theo số điện thoại có ở Chương 2, Phần 1 *(Cách liên hệ với chúng tôi khi quý vị nộp đơn kháng cáo về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị).*
- **Quý vị phải nộp yêu cầu kháng cáo trong vòng 60 ngày theo lịch** kể từ ngày ghi trên văn bản thông báo chúng tôi đã gửi cho quý vị để cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi đối với yêu cầu về quyết định bao trả. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này và có lý do chính đáng, hãy giải thích lý do quý vị kháng cáo trễ hạn khi thực hiện kháng cáo. Chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để thực hiện kháng cáo. Ví dụ về lý do chính đáng cho việc bỏ lỡ thời hạn có thể bao gồm quý vị có bệnh nghiêm trọng khiến quý vị không liên lạc được với chúng tôi hoặc chúng tôi cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác hoặc không hoàn chỉnh về thời hạn cho yêu cầu kháng cáo.
- **Quý vị có thể yêu cầu một bản sao thông tin liên quan đến quyết định y tế của quý vị và bổ sung thêm thông tin để hỗ trợ cho đơn kháng cáo của quý vị.**
    - Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp một bản sao thông tin

liên quan đến đơn kháng cáo của quý vị.

- Nếu quý vị muốn, quý vị và bác sĩ của quý vị có thể cung cấp cho chúng tôi thêm thông tin để hỗ trợ cho đơn kháng cáo của quý vị.

Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu, hãy yêu cầu xét "đơn kháng cáo nhanh" (quý vị có thể yêu cầu bằng cách gọi điện thoại cho chúng tôi)

Thuật ngữ Pháp lý
"Kháng cáo nhanh" còn được gọi là **"tái xét quyết định nhanh".**

- Nếu quý vị đang kháng cáo một quyết định mà chúng tôi đã đưa ra về mức bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị chưa nhận, quý vị và/hoặc bác sĩ của quý vị sẽ cần phải quyết định xem quý vị có cần xét "đơn kháng cáo nhanh" hay không.
- Các yêu cầu và thủ tục để nhận "kháng cáo nhanh" giống như các yêu cầu và thủ tục để nhận "quyết định nhanh về bảo hiểm". Để yêu cầu kháng cáo nhanh, hãy làm theo hướng dẫn để yêu cầu quyết định nhanh về bảo hiểm. (Các hướng dẫn này đã được đưa ra trước đó trong phần này.)
- Nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết rằng tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu "kháng cáo nhanh", chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị kháng cáo nhanh.

<u>Bước 2:</u> Chúng tôi xem xét đơn kháng cáo của quý vị và chúng tôi cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi.

- Khi chương trình của chúng tôi duyệt xét đơn kháng cáo của quý vị, chúng tôi cũng thận trọng xem xét lại lần nữa tất cả thông tin về yêu cầu bảo hiểm đối với dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị. Chúng tôi kiểm tra xem liệu chúng tôi có đang tuân theo tất cả các quy định khi chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị hay không.
- Chúng tôi sẽ thu thập thêm thông tin nếu chúng tôi cần. Chúng tôi có thể liên lạc với quý vị hoặc bác sĩ của quý vị để có thêm thông tin.

Thời hạn cho một "kháng cáo nhanh"

- Khi chúng tôi sử dụng thời hạn nhanh, chúng tôi phải cho quý vị biết câu trả lời **trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị.** Chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi sớm

hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi làm thế.

- Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, chúng tôi **có thể dành thêm tối đa 14 ngày theo lịch nếu quý vị yêu cầu thiết bị hoặc dịch vụ y tế.** Nếu chúng tôi quyết định dành thêm ngày để đưa ra quyết định, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Medicare Part B.
- Nếu chúng tôi không cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi trong vòng 72 giờ (hoặc chậm nhất vào lúc kết thúc thời gian được gia hạn nếu chúng tôi dành thêm ngày), chúng tôi cần phải tự động chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của thủ tục kháng cáo, lúc này yêu cầu của quý vị sẽ được duyệt xét bởi một Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập. Trong đoạn sau của phần này, chúng tôi sẽ trình bày về tổ chức đánh giá này và điều gì sẽ xảy ra ở Cấp 2 của thủ tục kháng cáo.

- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu,** chúng tôi phải cho phép hoặc bao trả mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi sẽ tự động gửi kháng cáo của quý vị tới Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập để thực hiện Kháng Cáo Cấp 2.

Thời hạn cho một "kháng cáo tiêu chuẩn"

- Nếu chúng tôi sử dụng thời hạn tiêu chuẩn, chúng tôi phải cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi đối với yêu cầu thiết bị hoặc dịch vụ y tế **trong vòng 30 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị nếu kháng cáo của quý vị là về việc bao trả cho các dịch vụ quý vị chưa nhận được. Nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Medicare Part B mà quý vị chưa nhận được, chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi làm thế.
  - Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, chúng tôi **có thể dành thêm tối đa 14 ngày theo lịch** nếu quý vị yêu cầu thiết bị hoặc dịch vụ y tế. Nếu chúng tôi quyết định dành thêm ngày để đưa ra quyết định, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu quý vị

yêu cầu thuốc theo toa Medicare Part B.

- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi *không* cần dành thêm ngày, quý vị có thể nộp "khiếu nại nhanh" về quyết định dành thêm ngày của chúng tôi. Khi quý vị nộp khiếu nại nhanh, chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời cho đơn khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ. (Để biết thêm thông tin về thủ tục nộp đơn khiếu nại, bao gồm đơn khiếu nại nhanh, hãy xem Phần 10 của chương này.)
- Nếu chúng tôi không cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi chậm nhất vào thời hạn được áp dụng trên (hoặc chậm nhất vào lúc kết thúc thời gian được gia hạn nếu chúng tôi dành thêm ngày đối với yêu cầu thiết bị hoặc dịch vụ y tế của quý vị), chúng tôi cần phải chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của thủ tục kháng cáo, lúc này yêu cầu của quý vị sẽ được duyệt xét bởi một Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập. Trong phần sau của phần này, chúng tôi trình bày về tổ chức đánh giá này và giải thích điều gì xảy ra ở Cấp 2 của thủ tục kháng cáo.

- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi phải cho phép hoặc bao trả mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 30 ngày theo lịch nếu quý vị yêu cầu một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế, hoặc **trong vòng 7 ngày theo lịch** nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Medicare Part B.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi sẽ tự động gửi kháng cáo của quý vị tới Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập để thực hiện Kháng Cáo Cấp 2.

<u>Bước 3:</u> Nếu chương trình của chúng tôi từ chối một phần hoặc toàn bộ đơn kháng cáo của quý vị, trường hợp của quý vị sẽ *tự động* được chuyển lên cấp tiếp theo của thủ tục kháng cáo.

- Để đảm bảo chúng tôi đã tuân thủ tất cả các quy định khi bác bỏ kháng cáo của quý vị, **chúng tôi được yêu cầu phải gửi kháng cáo của quý vị đến "Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập"**. Khi chúng tôi làm việc này, điều đó có nghĩa là kháng cáo của quý vị sẽ được chuyển đến cấp tiếp theo của thủ tục kháng cáo là Cấp 2.

Phần 5.4 Hướng dẫn từng bước: Cách Hoàn Thành Kháng Cáo Cấp 2

Nếu chúng tôi từ chối Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị, trường hợp của quý vị sẽ được *tự động* chuyển tới cấp tiếp theo của thủ tục kháng cáo. Trong Kháng Cáo Cấp 2, **Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập** sẽ đánh giá quyết định của chúng tôi cho kháng cáo đầu tiên của quý vị. Tổ chức này quyết định liệu quyết định chúng tôi đã đưa ra có cần thay đổi hay không.

Thuật ngữ Pháp lý
Tên chính thức cho "Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập" là **"Cơ Quan Đánh Giá Độc Lập".** Đôi khi còn được gọi là **"IRE".**

<u>Bước 1:</u> Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập duyệt xét đơn kháng cáo của quý vị.

- **Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập là một tổ chức độc lập được Medicare thuê.** Tổ chức này không liên quan tới chúng tôi và không phải một cơ quan chính phủ. Tổ chức này là một công ty được Medicare lựa chọn để thực hiện công việc của Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập. Medicare giám sát hoạt động của tổ chức.
- Chúng tôi sẽ gửi thông tin về đơn kháng cáo của quý vị cho tổ chức này. Thông tin này được gọi là "hồ sơ" của quý vị. **Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi gửi cho một bản sao hồ sơ.**
- Quý vị có quyền cung cấp thông tin bổ sung cho Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập để hỗ trợ đơn kháng cáo của quý vị.
- Những người duyệt xét tại Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập sẽ xem xét kỹ lưỡng tất cả thông tin liên quan đến đơn kháng cáo của quý vị.

Nếu quý vị đã có đơn "kháng cáo nhanh" ở Cấp 1 thì quý vị cũng sẽ có đơn "kháng cáo nhanh" ở Cấp 2

- Nếu quý vị đã có đơn kháng cáo nhanh ở Cấp 1 lên chương trình của chúng tôi thì quý vị sẽ tự động nhận được đơn kháng cáo nhanh ở Cấp 2. Tổ chức đánh giá phải cho quý vị biết câu trả lời đối với đơn Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** kể từ khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.

- Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu thiết bị hoặc dịch vụ y tế và Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **tổ chức này có thể dành thêm tối đa là 14 ngày theo lịch.** Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Medicare Part B.

Nếu quý vị đã có "kháng cáo tiêu chuẩn" ở Cấp 1, thì quý vị cũng sẽ có "kháng cáo tiêu chuẩn" ở Cấp 2

- Nếu quý vị đã có đơn kháng cáo tiêu chuẩn lên chương trình của chúng tôi ở Cấp 1 thì quý vị sẽ tự động nhận được đơn kháng cáo tiêu chuẩn ở Cấp 2. Nếu quý vị yêu cầu thiết bị hoặc dịch vụ y tế, tổ chức đánh giá phải cho quý vị biết câu trả lời đối với đơn Kháng cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 30 ngày** theo lịch sau khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Medicare Part B, tổ chức duyệt xét phải cho quý vị biết câu trả lời đối với đơn Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi tổ chức này nhận được đơn kháng cáo của quý vị.
- Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu thiết bị hoặc dịch vụ y tế và Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **tổ chức này có thể dành thêm tối đa là 14 ngày theo lịch.** Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Medicare Part B.

<u>Bước 2:</u> Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập sẽ cho quý vị biết câu trả lời của họ.

Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập sẽ cho quý vị biết quyết định của họ bằng văn bản và giải thích lý do đưa ra quyết định đó.

- **Nếu tổ chức đánh giá đồng ý với một phần hoặc tất cả yêu cầu thiết bị hoặc dịch vụ y tế,** chúng tôi phải cho phép bao trả dịch vụ chăm sóc y tế trong vòng 72 giờ hoặc cung cấp dịch vụ trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá đối với yêu cầu tiêu chuẩn hoặc trong vòng 72 giờ từ ngày chương trình nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá đối với yêu cầu nhanh.
- **Nếu tổ chức đánh giá đồng ý với một phần hoặc tất cả yêu cầu thuốc theo toa Medicare Part B,** chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp thuốc theo toa Medicare Part B đang có tranh chấp trong vòng **72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá đối với **yêu cầu tiêu chuẩn** hoặc trong vòng **24 giờ** từ ngày chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá đối với **yêu cầu nhanh.**

- **Nếu tổ chức này từ chối một phần hoặc toàn bộ kháng cáo của quý vị,** điều này có nghĩa là họ đồng ý với chúng tôi rằng yêu cầu (hoặc một phần yêu cầu) bao trả chăm sóc y tế của quý vị không nên được chấp thuận. (Đây được gọi là “giữ nguyên quyết định”. Hay còn được gọi là “bác bỏ kháng cáo của quý vị”).
    - Nếu Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập "giữ nguyên quyết định" thì quý vị có quyền Kháng Cáo Cấp 3. Tuy nhiên, để Kháng Cáo Cấp 3, số tiền bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế trị giá bằng đô-la mà quý vị yêu cầu phải bằng một số tiền tối thiểu nhất định. Nếu giá trị tính bằng đô la của bảo hiểm mà quý vị đang yêu cầu quá thấp thì quý vị không thể nộp đơn kháng cáo khác, điều này có nghĩa là quyết định ở Cấp 2 là quyết định cuối cùng. Thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được từ Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập sẽ cho quý vị biết cách tìm số tiền bằng đô la để tiếp tục thủ tục kháng cáo.

<u>Bước 3:</u> Nếu trường hợp của quý vị đáp ứng yêu cầu, quý vị có thể chọn muốn nộp đơn kháng cáo lên cấp cao hơn hay không.

- Có thêm ba cấp trong thủ tục kháng cáo sau Cấp 2 (tổng số năm cấp kháng cáo).
- Nếu Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị bị từ chối và quý vị đáp ứng các yêu cầu để tiếp tục thủ tục kháng cáo, quý vị phải quyết định liệu quý vị muốn đi tiếp tới Cấp 3 và nộp đơn kháng cáo lần thứ ba hay không. Chi tiết về cách thực hiện điều này có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau đơn Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị.
- Kháng Cáo Cấp 3 được giải quyết bởi một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử. Phần 9 của chương này trình bày nhiều hơn về Cấp 3, 4 và 5 của thủ tục kháng cáo.

Phần 5.5 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị yêu cầu chúng tôi trả cho quý vị phần chi phí của chúng tôi trong một hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho dịch vụ chăm sóc y tế?

Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi hoàn trả tiền thuốc, hãy bắt đầu đọc Chương 7 của tập sách này: *Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi của một hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả.* Chương 7 mô tả các tình huống mà quý vị có thể cần yêu cầu hoàn trả tiền hoặc thanh toán cho hóa đơn mà quý vị đã nhận được từ một nhà cung cấp. Chương này cũng cho biết cách gửi cho chúng tôi giấy tờ yêu cầu chúng tôi thanh toán.

Yêu cầu hoàn trả là yêu cầu quyết định mức bảo hiểm từ chúng tôi

Nếu quý vị gửi cho chúng tôi giấy tờ yêu cầu hoàn trả thì có nghĩa là quý vị đang yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định mức bảo hiểm (để biết thêm thông tin về các quyết định mức bảo hiểm, xem Phần 4.1 của chương này). Để đưa ra quyết định về mức bảo hiểm này, chúng tôi sẽ kiểm tra xem liệu dịch vụ y tế mà quý vị đã thanh toán có phải là dịch vụ được bao trả hay không (xem Chương 4: *Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì bảo hiểm trả và quý vị trả)).* Chúng tôi cũng sẽ kiểm tra xem liệu quý vị có tuân theo tất cả các quy định về việc sử dụng bảo hiểm đối với dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị hay không (những quy định này được cung cấp ở Chương 3 của tập sách này: *Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các dịch vụ y tế của quý vị).*

Chúng tôi sẽ đồng ý hoặc từ chối yêu cầu của quý vị

- Nếu dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị thanh toán được bao trả và quý vị đã tuân theo tất cả các quy định thì chúng tôi sẽ gửi cho quý vị khoản thanh toán cho phần chi phí của chúng tôi đối với dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Hoặc, nếu quý vị chưa thanh toán cho các dịch vụ đó thì chúng tôi sẽ gửi khoản thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp. (Khi chúng tôi gửi khoản thanh toán đi thì cũng đồng nghĩa với việc chúng tôi *đồng ý* với yêu cầu quyết định bao trả của quý vị.)
- Nếu dịch vụ chăm sóc y tế *không* được bao trả hoặc quý vị *không* tuân theo tất cả các quy định, chúng tôi sẽ không gửi thanh toán đi. Thay vào đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bức thư tuyên bố rằng chúng tôi sẽ không thanh toán cho các dịch vụ này và đưa ra lý do giải thích tại sao một cách chi tiết. (Khi chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị thì cũng đồng nghĩa với việc chúng tôi *từ chối* yêu cầu quyết định bao trả của quý vị.)

Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị yêu cầu thanh toán và chúng tôi nói rằng chúng tôi sẽ không thanh toán?

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định từ chối của chúng tôi, **quý vị có thể nộp đơn kháng cáo.** Nếu quý vị nộp đơn kháng cáo, điều đó có nghĩa là quý vị đang yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định mức bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra khi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị.

Để nộp đơn kháng cáo này, hãy tuân theo thủ tục kháng cáo mà chúng tôi mô tả trong Phần 5.3. Chuyển sang mục này để được hướng dẫn từng bước. Khi quý vị tuân theo những hướng dẫn này, vui lòng lưu ý:

- Nếu quý vị nộp đơn kháng cáo yêu cầu hoàn trả, chúng tôi phải cho quý vị biết câu trả lời trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được

đơn kháng cáo của quý vị. (Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại cho quý vị số tiền thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận được và quý vị đã thanh toán thì quý vị không được phép yêu cầu xét đơn kháng cáo nhanh.)

- Nếu Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập hủy bỏ quyết định từ chối thanh toán của chúng tôi thì chúng tôi phải gửi khoản thanh toán mà quý vị đã yêu cầu cho quý vị hoặc cho nhà cung cấp trong vòng 30 ngày theo lịch. Nếu câu trả lời cho đơn kháng cáo của quý vị là đồng ý ở bất kỳ giai đoạn nào của thủ tục kháng cáo sau Cấp 2 thì chúng tôi phải gửi khoản thanh toán mà quý vị đã yêu cầu cho quý vị hoặc cho nhà cung cấp trong vòng 60 ngày theo lịch.

PHẦN 6 Thuốc theo toa Part D của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc nộp đơn kháng cáo

Quý vị đã đọc Phần 4 của chương này (*Hướng dẫn "thông tin cơ bản" về các quyết định mức bao trả và kháng cáo)* chưa? Nếu chưa, quý vị có thể muốn đọc phần đó trước khi quý vị bắt đầu phần này.

Phần 6.1 Phần này cho quý vị biết phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề khi nhận thuốc Part D hoặc quý vị muốn chúng tôi hoàn lại tiền thuốc Part D cho quý vị

Các quyền lợi của quý vị khi làm thành viên chương trình của chúng tôi bao gồm bảo hiểm cho nhiều loại thuốc theo toa. Vui lòng tham khảo *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Mục Thuốc)* của chương trình chúng tôi. Để được chi trả, thuốc phải được sử dụng theo chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. ("Chỉ định được chấp nhận về mặt y tế" là việc sử dụng thuốc được Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm chấp thuận hoặc được một số sách tham khảo hỗ trợ. Xem Chương 5, Phần 3 để biết thêm thông tin về chỉ định được chấp nhận về mặt y tế.)

- **Phần này chỉ trình bày về các loại thuốc Part D của quý vị.** Chúng tôi thường nói "thuốc" trong phần còn lại của phần này, thay vì luôn lặp lại "thuốc theo toa dành cho bệnh nhân ngoại trú được chi trả" hoặc "thuốc Part D" cho ngắn gọn.
- Để biết chi tiết những gì chúng tôi muốn nói về các thuốc Part D, *Danh Sách Thuốc được Bao Trả (Danh mục Thuốc),* các quy định và hạn chế bao trả, và thông tin về chi phí, xem Chương 5 *(Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các thuốc theo toa Part D của quý vị)* và Chương 6 *(Số tiền quý vị phải thanh toán cho các thuốc theo toa Part D của quý vị).*

Quyết định mức bảo hiểm và kháng cáo Part D

Như đã thảo luận trong Phần 4 của chương này, quyết định mức bảo hiểm là quyết định của chúng tôi về các quyền lợi và bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền chúng tôi sẽ chi trả cho các thuốc của quý vị.

Thuật ngữ Pháp lý
Quyết định mức bảo hiểm ban đầu về các thuốc Part D của quý vị được gọi là **"quyết định mức bảo hiểm".**

Dưới đây là các ví dụ về quyết định mức bảo hiểm mà quý vị yêu cầu chúng tôi đưa ra về các thuốc Part D của quý vị:

- Quý vị yêu cầu chúng tôi tạo một trường hợp ngoại lệ, bao gồm:
  - Yêu cầu chúng tôi bao trả thuốc Part D không nằm trong *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Mục Thuốc)* của chương trình
  - Yêu cầu chúng tôi từ bỏ hạn chế về mức bảo hiểm của chương trình đối với một loại thuốc (chẳng hạn như các giới hạn về số lượng thuốc mà quý vị có thể nhận)
  - Yêu cầu chúng tôi thanh toán chia sẻ chi phí thấp hơn cho một loại thuốc được bao trả trên bậc chia sẻ chi phí cao hơn
- Quý vị hỏi chúng tôi liệu một loại thuốc có được chi trả cho quý vị hay không và liệu quý vị có đáp ứng được bất kỳ quy định áp dụng về mức bảo hiểm nào không. (Ví dụ: khi thuốc của quý vị nằm trong *Danh Sách Thuốc được Bao Trả (Danh mục Thuốc)* của chương trình nhưng chúng tôi yêu cầu quý vị phải có được sự chấp thuận của chúng tôi trước khi chúng tôi bao trả cho thuốc đó của quý vị.)
  - *Xin lưu ý:* Nếu nhà thuốc của quý vị cho quý vị biết rằng toa thuốc của quý vị không được mua theo toa thì nhà thuốc sẽ gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản giải thích cách liên lạc với chúng tôi để yêu cầu quyết định mức bảo hiểm.
- Quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán cho thuốc theo toa mà quý vị đã mua. Đây là yêu cầu một quyết định mức bảo hiểm về việc thanh toán.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định mức bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra thì quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Phần này cho quý vị biết cả cách yêu cầu quyết định mức bảo hiểm và cách yêu cầu xét đơn kháng cáo. Sử dụng bảng dưới đây để giúp quý vị xác định phần nào có các thông tin dành cho tình huống của quý vị:

Quý vị thuộc tình huống nào trong số các tình huống này?

Nếu quý vị thuộc tình huống này:	Đây là những gì quý vị có thể làm:
Nếu quý vị cần một loại thuốc không nằm trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi hoặc quý vị cần yêu cầu chúng tôi miễn trừ một quy định hoặc hạn chế đối với loại thuốc mà chúng tôi bao trả	Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi tạo một trường hợp ngoại lệ. (Đây là một loại quyết định mức bảo hiểm.) Bắt đầu với Phần 6.2 của chương này.
Nếu quý vị muốn chúng tôi chi trả loại thuốc nằm trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi và quý vị tin rằng quý vị đáp ứng bất kỳ quy định hoặc hạn chế nào trong chương trình (chẳng hạn như có được sự chấp thuận trước) cho loại thuốc quý vị cần.	Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định mức bảo hiểm. Chuyển tới **Phần 6.4** của chương này.
Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho loại thuốc mà quý vị đã nhận được và đã thanh toán.	Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị. (Đây là một loại quyết định mức bảo hiểm.) Chuyển tới **Phần 6.4** của chương này.
Nếu chúng tôi đã cho quý vị biết rằng chúng tôi sẽ không chi trả hoặc thanh toán cho một loại thuốc theo cách mà quý vị muốn loại thuốc đó được chi trả hoặc thanh toán.	Quý vị có thể nộp đơn kháng cáo. (Điều này có nghĩa là quý vị đang yêu cầu chúng tôi xem xét lại.) Chuyển tới **Phần 6.5** của chương này.

Phần 6.2 Trường hợp ngoại lệ là gì?

Nếu một loại thuốc không được bao trả theo cách mà quý vị muốn được bao trả, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi tạo một “trường hợp ngoại lệ”. Trường hợp ngoại lệ là một quyết định bao trả. Tương tự như các loại quyết định mức bảo hiểm khác, nếu chúng tôi từ chối yêu cầu trường hợp ngoại lệ của quý vị thì quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Khi quý vị yêu cầu trường hợp ngoại lệ, bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác sẽ cần đưa ra các lý do y tế giải thích tại sao quý vị cần trường hợp ngoại lệ được chấp thuận. Sau đó chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu của quý vị. Sau đây là ba ví dụ về các trường hợp ngoại lệ mà quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện:

1. **Bao trả cho một thuốc Part D của quý vị mà không nằm trong *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Mục Thuốc).*** (Chúng tôi gọi tắt là "Danh Sách Thuốc".)

Thuật ngữ Pháp lý
Yêu cầu bảo hiểm cho một loại thuốc không nằm trong Danh Sách Thuốc đôi khi được gọi là yêu cầu **"ngoại lệ trong danh mục thuốc".**

   - Nếu chúng tôi đồng ý áp dụng trường hợp ngoại lệ và bao trả cho một loại thuốc mà không nằm trong Danh Sách Thuốc, quý vị sẽ phải thanh toán chia sẻ chi phí áp dụng cho các loại thuốc trong Bậc 4 (Thuốc Không Ưu Tiên). Quý vị không thể yêu cầu trường hợp ngoại lệ với khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm mà chúng tôi yêu cầu quý vị thanh toán cho loại thuốc đó.

2. **Xóa bỏ hạn chế đối với mức bảo hiểm của chúng tôi cho một loại thuốc được bao trả.** Có những quy định hoặc hạn chế bổ sung áp dụng cho một số loại thuốc nằm trong *Danh Sách Thuốc Được bao trả (Danh Mục Thuốc)* (để biết thêm thông tin, hãy chuyển tới Chương 5 và tìm Phần 4).

Thuật ngữ Pháp lý
Yêu cầu xóa bỏ hạn chế đối với mức bảo hiểm cho một loại thuốc đôi khi được gọi là yêu cầu **"ngoại lệ trong danh mục thuốc".**

   - Những quy tắc và hạn chế bổ sung đối với mức bảo hiểm cho một số thuốc nhất định bao gồm:
     - *Phải sử dụng loại thuốc gốc* thay vì thuốc chính hiệu.

- *Có được sự chấp thuận trước của chương trình* trước khi chúng tôi đồng ý bao trả thuốc đó cho quý vị. (Điều này đôi khi được gọi là "sự chấp thuận trước.")
- *Phải thử một loại thuốc khác trước tiên* trước khi chúng tôi đồng ý bao trả thuốc mà quý vị đang yêu cầu. (Điều này đôi khi được gọi là "phương pháp trị liệu từng bước".)
- *Giới hạn số lượng.* Đối với một số thuốc, có những hạn chế về số lượng thuốc mà quý vị có thể nhận.

- Nếu chúng tôi đồng ý áp dụng một trường hợp ngoại lệ và miễn trừ hạn chế cho quý vị, quý vị có thể yêu cầu trường hợp ngoại lệ cho khoản đồng thanh toán hoặc khoản đồng bảo hiểm mà chúng tôi yêu cầu quý vị thanh toán cho thuốc đó.

3. Thay đổi mức bảo hiểm của một loại thuốc xuống bậc chia sẻ chi phí thấp hơn. Mỗi loại thuốc có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi thuộc một trong sáu bậc chia sẻ chi phí. Nhìn chung, số bậc chia sẻ chi phí càng thấp thì quý vị sẽ phải thanh toán càng ít phần chi phí thuốc của quý vị.

Thuật ngữ Pháp lý
Yêu cầu thanh toán ở giá thấp hơn cho một loại thuốc không ưu tiên được bao trả đôi khi được gọi là yêu cầu **"ngoại lệ phân bậc".**

- Nếu danh sách thuốc của chúng tôi có chứa (các) loại thuốc thay thế để điều trị bệnh lý của quý vị ở bậc chia sẻ chi phí thấp hơn thuốc của quý vị, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bao trả cho thuốc của quý vị với số tiền chia sẻ chi phí áp dụng cho (các) thuốc thay thế đó. Quyết định này sẽ làm giảm phần chi phí thuốc của quý vị.
  - Nếu thuốc quý vị đang dùng là thuốc chính hiệu, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bao trả cho thuốc của quý vị với số tiền chia sẻ chi phí áp dụng cho bậc thấp nhất với các lựa chọn thay thế thuốc chính hiệu để điều trị bệnh lý của quý vị.
  - Nếu thuốc quý vị đang dùng là thuốc gốc, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bao trả cho thuốc của quý vị với số tiền chia sẻ chi phí áp dụng cho bậc thấp nhất với các lựa chọn thay thế thuốc chính hiệu hoặc thuốc gốc để điều trị bệnh lý của quý vị.
- Quý vị không thể yêu cầu chúng tôi thay đổi bậc chia sẻ chi phí với bất kỳ loại thuốc nào ở Bậc 5 (Bậc Chuyên Khoa).

- Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu của quý vị về ngoại lệ chia bậc và có nhiều bậc chia sẻ chi phí thấp hơn với các loại thuốc thay thế mà quý vị không thể dùng, thông thường quý vị sẽ phải trả số tiền thấp nhất.

Phần 6.3 Những điều quan trọng cần biết về việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ

Bác sĩ của quý vị phải cho chúng tôi biết các lý do y tế

Bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác phải gửi cho chúng tôi thông báo giải thích các lý do y tế về việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ. Để có quyết định nhanh hơn, hãy đưa vào thông báo này những thông tin y tế từ bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác khi quý vị yêu cầu trường hợp ngoại lệ.

Thông thường, Danh Sách Thuốc của chúng tôi bao gồm nhiều hơn một loại thuốc để điều trị một bệnh lý cụ thể. Những khả năng khác nhau này được gọi là thuốc "thay thế". Nếu thuốc thay thế có hiệu quả như loại thuốc mà quý vị yêu cầu và không gây thêm tác dụng phụ hoặc các vấn đề sức khỏe khác, chúng tôi thường sẽ *không* chấp thuận yêu cầu trường hợp ngoại lệ của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi một ngoại lệ về bậc thuốc, chúng tôi về cơ bản sẽ *không* chấp nhận yêu cầu của quý vị trừ khi tất cả các loại thuốc thay thế trong (các) bậc chia sẻ chi phí không có tác dụng hiệu quả đối cho quý vị hoặc có thể gây ra phản ứng bất lợi hoặc nguy hại khác.

Chúng tôi có thể đồng ý hoặc từ chối yêu cầu của quý vị

- Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu trường hợp ngoại lệ của quý vị thì sự chấp thuận của chúng tôi thường có hiệu lực đến hết năm chương trình. Điều này đúng nếu bác sĩ của quý vị tiếp tục kê toa thuốc đó cho quý vị và thuốc đó vẫn an toàn và có hiệu quả để điều trị bệnh lý của quý vị.
- Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu trường hợp ngoại lệ của quý vị, quý vị có thể yêu cầu đánh giá quyết định của chúng tôi bằng cách nộp đơn kháng cáo. Phần 6.5 cho biết cách nộp đơn kháng cáo nếu chúng tôi từ chối.

Phần tiếp theo cho quý vị biết cách yêu cầu quyết định mức bảo hiểm, bao gồm cả trường hợp ngoại lệ.

Phần 6.4 Hướng dẫn từng bước: Cách yêu cầu quyết định bao trả, bao gồm cả trường hợp ngoại lệ

<u>Bước 1:</u> Quý vị yêu cầu chúng tôi ra quyết định bao trả về (các) loại thuốc hoặc khoản thanh toán mà quý vị cần. Nếu sức khỏe của quý vị cần phản hồi nhanh, quý vị phải yêu cầu chúng tôi đưa ra "quyết định nhanh về mức

bảo hiểm". Quý vị không thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định nhanh về mức bảo hiểm nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho một loại thuốc mà quý vị đã mua.

Điều cần làm

- **Yêu cầu loại quyết định bao trả mà quý vị muốn.** Bắt đầu bằng cách gọi điện thoại, viết thư hoặc gửi fax cho chúng tôi để thực hiện yêu cầu của quý vị. Quý vị, người đại diện của quý vị hoặc bác sĩ của quý vị (hoặc người kê toa khác) có thể thực hiện điều này. Quý vị cũng có thể tìm hiểu về thủ tục của việc quyết định về sự bao trả qua trang mạng của chúng tôi. Để biết chi tiết, hãy chuyển tới Chương 2, Phần 1 và tìm phần có tên là *Cách liên lạc với chúng tôi khi quý vị yêu cầu quyết định bao trả về các thuốc theo toa Part D của quý vị.* Hoặc nếu quý vị yêu cầu chúng tôi trả lại tiền thuốc cho quý vị, hãy chuyển tới phần có tên *Cần gửi yêu cầu cho ai để yêu cầu chúng tôi thanh toán chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc mà quý vị đã nhận.*
- **Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc một người nào khác hành xử thay mặt** quý vị có thể yêu cầu quyết định mức bảo hiểm. Phần 4 của chương này cho biết cách quý vị có thể cho phép bằng văn bản để một người nào đó làm người đại diện cho quý vị. Quý vị cũng có thể yêu cầu luật sư hành xử thay mặt quý vị.
- **Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi hoàn trả tiền thuốc,** hãy bắt đầu bằng cách đọc Chương 7 của tập sách này: *Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi của một hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả.* Chương 7 mô tả các tình huống mà quý vị có thể cần yêu cầu hoàn trả. Chương này cũng cho biết cách gửi cho chúng tôi giấy tờ yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị đối với phần chi phí thuốc của chúng tôi mà quý vị đã thanh toán.
- **Nếu quý vị đang yêu cầu một trường hợp ngoại lệ, hãy cung cấp "tuyên bố ủng hộ".** Bác sĩ hoặc người kê đơn khác của quý vị phải cung cấp cho chúng tôi các lý do về mặt y khoa cho ngoại lệ về thuốc mà quý vị yêu cầu. (Chúng tôi gọi đây là "tuyên bố ủng hộ"). Bác sĩ hoặc người kê đơn khác có thể fax hoặc gửi qua đường bưu điện tuyên bố này cho chúng tôi. Hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thẩm quyền cho toa thuốc có thể thông báo cho chúng tôi qua điện thoại và theo dõi bằng cách gửi fax hoặc gửi tuyên bố bằng văn bản qua đường bưu điện nếu cần thiết. Xem các Phần 6.2 và 6.3 để biết thêm thông tin về yêu cầu trường hợp ngoại lệ.

- **Chúng tôi phải chấp nhận bất kỳ yêu cầu bằng văn bản nào**, bao gồm một yêu cầu nộp lên theo Mẫu Đơn Yêu Cầu Quyết Định Bảo Hiểm Mẫu của CMS, có sẵn trên trang web của chúng tôi.

Thuật ngữ Pháp lý
"Quyết định nhanh về bảo hiểm" được gọi là **"quyết định bảo hiểm khẩn cấp".**

Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu điều này, hãy yêu cầu chúng tôi đưa ra "quyết định nhanh về bảo hiểm" cho quý vị

- Khi chúng tôi cho quý vị biết quyết định của chúng tôi, chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn "tiêu chuẩn" trừ khi chúng tôi đã đồng ý sử dụng thời hạn "nhanh". Quyết định mức bảo hiểm tiêu chuẩn có nghĩa là chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được thông báo từ bác sĩ của quý vị. Quyết định nhanh về bảo hiểm có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời cho quý vị biết trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được giấy chứng nhận của bác sĩ của quý vị.
- **Để nhận được quyết định nhanh về bảo hiểm, quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu:**
  - Quý vị có thể nhận quyết định nhanh về bảo hiểm *chỉ* khi quý vị yêu cầu *loại thuốc mà quý vị chưa được nhận.* (Quý vị không thể yêu cầu quyết định nhanh về bảo hiểm nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị đối với loại thuốc quý vị đã mua.)
  - Quý vị *chỉ* có thể nhận được quyết định nhanh về bảo hiểm nếu việc sử dụng thời hạn tiêu chuẩn có thể *gây hại nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị hoặc gây hại đến khả năng thực hiện hoạt động của quý vị*.
- **Nếu bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác cho chúng tôi biết rằng tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu "quyết định nhanh về bảo hiểm", chúng tôi sẽ tự động đồng ý cung cấp cho quý vị quyết định nhanh về bảo hiểm.**
- Nếu chính quý vị yêu cầu quyết định nhanh về bảo hiểm (không có sự ủng hộ từ bác sĩ của quý vị hoặc của người kê toa khác), chúng tôi sẽ quyết định xem tình trạng sức khỏe của quý vị có yêu cầu chúng tôi ra quyết định nhanh về bảo hiểm hay không.
  - Nếu chúng tôi quyết định rằng bệnh lý của quý vị không đáp ứng được

yêu cầu cho một quyết định nhanh về bảo hiểm, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bức thư tuyên bố điều này (và chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn thay vào đó).

- Bức thư này sẽ cho quý vị biết rằng nếu bác sĩ của quý vị hoặc một người kê toa khác yêu cầu quyết định nhanh về bảo hiểm, chúng tôi sẽ tự động ra quyết định nhanh về bảo hiểm.
- Bức thư này cũng sẽ cho biết cách quý vị có thể nộp đơn khiếu nại về việc chúng tôi quyết định ra quyết định bao trả tiêu chuẩn cho quý vị thay vì quyết định nhanh về bảo hiểm mà quý vị yêu cầu. Bức thư này cũng cho biết cách nộp đơn "khiếu nại nhanh", có nghĩa là quý vị sẽ được trả lời về việc khiếu nại của mình trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được khiếu nại của quý vị. (Thủ tục nộp đơn khiếu nại khác thủ tục về quyết định mức bảo hiểm và kháng cáo. Để biết thêm thông tin về thủ tục nộp đơn khiếu nại, hãy xem Phần 10 của chương này.)

<u>Bước 2:</u> Chúng tôi xem xét yêu cầu của quý vị và chúng tôi cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi.

Thời hạn cho một "quyết định nhanh về bảo hiểm"

- Nếu chúng tôi đang sử dụng thời hạn nhanh, chúng tôi sẽ phải cho quý vị biết câu trả lời **trong vòng 24 giờ.**
  - Nhìn chung, điều này có nghĩa trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị đang yêu cầu một trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố của bác sĩ ủng hộ yêu cầu của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi làm thế.
  - Nếu chúng tôi không đáp ứng được thời hạn này, chúng tôi cần phải chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáođể một Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập đánh giá yêu cầu này. Trong phần sau của phần này, chúng tôi sẽ trình bày về tổ chức đánh giá này và giải thích điều gì xảy ra tại Kháng Cáo Cấp 2.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi phải cung cấp mức bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc tuyên bố của bác sĩ ủng hộ yêu cầu của quý vị.

- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách nộp đơn kháng cáo.

Thời hạn cho "quyết định tiêu chuẩn về việc bao trả" về một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được

- Nếu chúng tôi đang sử dụng thời hạn tiêu chuẩn, chúng tôi phải cho quý vị biết câu trả lời **trong vòng 72 giờ.**
    - Nhìn chung, điều này có nghĩa trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị đang yêu cầu một trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố của bác sĩ ủng hộ yêu cầu của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi làm thế.
    - Nếu chúng tôi không đáp ứng được thời hạn này, chúng tôi cần phải chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáođể một Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập đánh giá yêu cầu này. Trong phần sau của phần này, chúng tôi sẽ trình bày về tổ chức đánh giá này và giải thích điều gì xảy ra tại Kháng Cáo Cấp 2.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu –**
    - Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu bảo hiểm của quý vị, chúng tôi phải **cung cấp bảo hiểm** chúng tôi đã đồng ý cung cấp **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc tuyên bố của bác sĩ ủng hộ yêu cầu của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách nộp đơn kháng cáo.

Thời hạn cho "quyết định tiêu chuẩn về việc bao trả" về việc thanh toán cho một loại thuốc mà quý vị đã mua

- Chúng tôi phải cho quý vị biết câu trả lời **trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
    - Nếu chúng tôi không đáp ứng được thời hạn này, chúng tôi cần phải chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáođể một Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập đánh giá yêu cầu này. Trong phần sau của phần này, chúng tôi sẽ trình bày về tổ chức đánh giá này và giải thích điều gì xảy ra tại Kháng Cáo Cấp 2.

- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi cũng cần phải thanh toán cho quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách nộp đơn kháng cáo.

Bước 3: Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu bao trả của quý vị, quý vị sẽ quyết định xem liệu quý vị có muốn nộp đơn kháng cáo hay không.

- Nếu chúng tôi từ chối, quý vị có quyền yêu cầu xét đơn kháng cáo. Yêu cầu kháng cáo có nghĩa là yêu cầu chúng tôi xem xét lại – và có thể thay đổi – quyết định chúng tôi đã đưa ra.

Phần 6.5 Hướng dẫn từng bước: Cách nộp đơn Kháng Cáo Cấp 1 (cách yêu cầu duyệt xét quyết định bảo hiểm mà chương trình của chúng tôi đã đưa ra)

Thuật ngữ Pháp lý
Đơn kháng cáo lên chương trình về quyết định bao trả đối với thuốc Part D được gọi là **"tái xác định"** của chương trình.

Bước 1: Quý vị liên lạc với chúng tôi và nộp đơn Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị. Nếu sức khỏe của quý vị cần trả lời nhanh, quý vị phải yêu cầu **"kháng cáo nhanh".**

Điều cần làm

- **Để bắt đầu kháng cáo của mình, quý vị (hoặc người đại diện, bác sĩ của quý vị hoặc một người kê toa khác) phải liên lạc với chúng tôi.**
  - Để biết chi tiết về cách liên lạc với chúng tôi qua điện thoại, fax, thư hoặc trên trang web của chúng tôi vì bất kỳ mục đích nào liên quan đến kháng cáo của quý vị, hãy chuyển tới Chương 2, Phần 1 và tìm phần có tên *Cách liên lạc với chúng tôi khi quý vị định nộp đơn kháng cáo về thuốc theo toa Part D của quý vị.*
- **Nếu quý vị yêu cầu thủ tục kháng cáo tiêu chuẩn, hãy nộp đơn kháng cáo của quý vị bằng cách nộp yêu cầu bằng văn bản.** Quý vị cũng có

thể yêu cầu kháng cáo bằng cách gọi cho chúng tôi theo số điện thoại có trong Chương 2, Phần 1 *(Cách liên hệ với chúng tôi khi quý vị định nộp đơn kháng cáo về thuốc theo toa Part D của quý vị).*

- **Nếu quý vị yêu cầu kháng cáo nhanh thì quý vị có thể nộp đơn kháng cáo bằng văn bản hoặc quý vị có thể gọi cho chúng tôi theo số điện thoại có ở Chương 2, Phần 1** *(Cách liên lạc với chúng tôi khi quý vị nộp đơn kháng cáo về các thuốc theo toa Part D của quý vị).*
- **Chúng tôi phải chấp nhận bất kỳ yêu cầu bằng văn bản nào**, bao gồm một yêu cầu nộp lên theo Mẫu Đơn Yêu Cầu Quyết Định Bảo Hiểm Mẫu của CMS, có sẵn trên trang web của chúng tôi.
- **Quý vị phải nộp yêu cầu kháng cáo trong vòng 60 ngày theo lịch** kể từ ngày ghi trên văn bản thông báo chúng tôi đã gửi cho quý vị để cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi đối với yêu cầu về quyết định bao trả. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này và có lý do chính đáng, chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để nộp đơn kháng cáo. Ví dụ về lý do chính đáng cho việc bỏ lỡ thời hạn có thể bao gồm quý vị có bệnh nghiêm trọng khiến quý vị không liên lạc được với chúng tôi hoặc chúng tôi cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác hoặc không hoàn chỉnh về thời hạn cho yêu cầu kháng cáo.
- **Quý vị có thể yêu cầu bản sao thông tin trong đơn kháng cáo của quý vị và bổ sung thêm thông tin.**
  - Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp một bản sao thông tin liên quan đến đơn kháng cáo của quý vị.
  - Nếu quý vị muốn, quý vị và bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thể bổ sung thêm thông tin cho chúng tôi để hỗ trợ đơn kháng cáo của quý vị.

Thuật ngữ Pháp lý
"Kháng cáo nhanh" còn được gọi là **"tái xác định nhanh".**

Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu, hãy yêu cầu xét "đơn kháng cáo nhanh"

- Nếu quý vị định kháng cáo quyết định mà chúng tôi đã đưa ra về một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được thì quý vị và bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác sẽ cần quyết định xem liệu quý vị có cần xét "đơn kháng cáo nhanh" hay không.

- Các yêu cầu để được xét "đơn kháng cáo nhanh" giống với các yêu cầu để nhận được "quyết định nhanh về bảo hiểm" ở Phần 6.4 của chương này.

<u>Bước 2:</u> Chúng tôi xem xét đơn kháng cáo của quý vị và chúng tôi cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi.

- Khi chúng tôi đánh giá đơn kháng cáo của quý vị, chúng tôi sẽ xem xét thận trọng lại tất cả thông tin về yêu cầu bao trả của quý vị. Chúng tôi kiểm tra xem liệu chúng tôi có đang tuân theo tất cả các quy định khi chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị hay không. Chúng tôi có thể liên lạc với quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác để biết thêm thông tin.

Thời hạn cho một "kháng cáo nhanh"

- Nếu chúng tôi sử dụng thời hạn nhanh, chúng tôi phải cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi **trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.** Chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi làm thế.
    - Nếu chúng tôi không cho quý vị biết câu trả lời trong vòng 72 giờ, chúng tôi phải chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của thủ tục kháng cáo, nơi một Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập sẽ đánh giá yêu cầu này. Trong phần sau của phần này, chúng tôi trình bày về tổ chức đánh giá này và giải thích điều gì xảy ra ở Cấp 2 của thủ tục kháng cáo.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi phải cung cấp mức bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản giải thích tại sao chúng tôi từ chối và cách quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Thời hạn cho một "kháng cáo tiêu chuẩn"

- Nếu chúng tôi sử dụng thời hạn tiêu chuẩn, chúng tôi phải cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị về thuốc quý vị chưa nhận được. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết quyết định của chúng tôi sớm hơn nếu quý vị chưa nhận được thuốc và tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi làm như vậy. Nếu quý vị tin rằng tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu như vậy thì quý vị cần yêu cầu xét đơn "kháng cáo nhanh".

- Nếu chúng tôi không cho quý vị biết câu trả lời trong vòng 7 ngày, chúng tôi phải chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của thủ tục kháng cáo, nơi một Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập sẽ đánh giá yêu cầu này. Trong phần sau của phần này, chúng tôi trình bày về tổ chức đánh giá này và giải thích điều gì xảy ra ở Cấp 2 của thủ tục kháng cáo.

- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu**
  - Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu bảo hiểm thì chúng tôi phải **cung cấp mức bảo hiểm** mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp sớm theo yêu cầu của tình trạng sức khỏe quý vị, nhưng **không chậm hơn 7 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.
  - Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu hoàn lại cho quý vị đối với loại thuốc mà quý vị đã mua thì chúng tôi phải **gửi khoản thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu kháng cáo của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản giải thích tại sao chúng tôi từ chối và cách quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.
- Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị đối với loại thuốc mà quý vị đã mua, chúng tôi phải cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi **trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
  - Nếu chúng tôi không cho quý vị biết câu trả lời trong vòng 14 ngày, chúng tôi phải chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của thủ tục kháng cáo, nơi một Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập sẽ đánh giá yêu cầu này. Trong phần sau của phần này, chúng tôi sẽ trình bày về tổ chức đánh giá này và giải thích điều gì xảy ra tại Kháng Cáo Cấp 2.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi cũng cần phải thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách nộp đơn kháng cáo quyết định của chúng tôi.

<u>Bước 3:</u> Nếu chúng tôi từ chối đơn kháng cáo của quý vị thì quý vị sẽ quyết định xem liệu quý vị có muốn tiếp tục thủ tục kháng cáo và nộp đơn kháng cáo *khác* không.

- Nếu chúng tôi từ chối đơn kháng cáo của quý vị, khi đó quý vị có thể lựa chọn liệu có đồng ý với quyết định này hay tiếp tục bằng việc làm một đơn kháng cáo khác hay không.
- Nếu quý vị quyết định nộp đơn kháng cáo khác, điều này có nghĩa là đơn kháng cáo của quý vị sẽ chuyển lên Cấp 2 của thủ tục kháng cáo (xem bên dưới).

Phần 6.6 Hướng dẫn từng bước: Cách nộp đơn Kháng Cáo Cấp 2

Nếu chúng tôi từ chối đơn kháng cáo của quý vị, khi đó quý vị có thể lựa chọn liệu có đồng ý với quyết định này hay tiếp tục bằng việc làm một đơn kháng cáo khác hay không. Nếu quý vị quyết định tiếp tục chuyển lên Kháng Cáo Cấp 2 thì **Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập** sẽ duyệt xét quyết định của chúng tôi khi chúng tôi từ chối đơn kháng cáo đầu tiên của quý vị. Tổ chức này quyết định liệu quyết định chúng tôi đã đưa ra có cần thay đổi hay không.

Thuật ngữ Pháp lý
Tên chính thức cho "Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập" là **"Cơ Quan Đánh Giá Độc Lập".** Đôi khi còn được gọi là **"IRE".**

<u>Bước 1:</u> Để nộp đơn Kháng Cáo Cấp 2, quý vị (hoặc người đại diện của quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác) phải liên lạc với Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập và yêu cầu duyệt xét trường hợp của quý vị.

- Nếu chúng tôi từ chối đơn Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị thì thông báo bằng văn bản mà chúng tôi gửi cho quý vị sẽ bao gồm **hướng dẫn cách nộp đơn Kháng Cáo Cấp 2** lên Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập. Những hướng dẫn này sẽ cho biết ai có thể nộp đơn Kháng Cáo Cấp 2 này, quý vị phải tuân theo những thời hạn nào và cách liên lạc với tổ chức đánh giá.
- Khi quý vị nộp đơn kháng cáo lên Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập, chúng tôi sẽ gửi thông tin mà chúng tôi có về đơn kháng cáo của quý vị cho tổ chức này. Thông tin này được gọi là "hồ sơ" của quý vị. **Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi gửi cho một bản sao hồ sơ.**

- Quý vị có quyền cung cấp thông tin bổ sung cho Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập để hỗ trợ đơn kháng cáo của quý vị.

<u>Bước 2:</u> Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập thực hiện duyệt xét đơn kháng cáo của quý vị và cho quý vị biết câu trả lời.

- **Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập là một tổ chức độc lập được Medicare thuê.** Tổ chức này không liên quan tới chúng tôi và không phải một cơ quan chính phủ. Tổ chức này là một công ty được Medicare chọn để duyệt xét các quyết định của chúng tôi về các quyền lợi Part D của quý vị với chúng tôi.
- Những người duyệt xét tại Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập sẽ xem xét kỹ lưỡng tất cả thông tin liên quan đến đơn kháng cáo của quý vị. Tổ chức này sẽ cho quý vị biết quyết định của họ bằng văn bản và giải thích lý do cho quyết định đó.

Thời hạn cho "kháng cáo nhanh" ở Cấp 2

- Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu, hãy yêu cầu Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập xét “đơn kháng cáo nhanh.”
- Nếu tổ chức đánh giá đồng ý áp dụng “kháng cáo nhanh” cho quý vị, tổ chức đánh giá phải cho quý vị biết câu trả lời đối với đơn Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi tổ chức này nhận được yêu cầu kháng cáo của quý vị.
- **Nếu Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập đồng ý đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm thuốc mà đã được tổ chức đánh giá chấp thuận **trong vòng 24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá này.

Thời hạn cho "kháng cáo tiêu chuẩn" ở Cấp 2

- Nếu quý vị có đơn kháng cáo tiêu chuẩn ở Cấp 2 thì tổ chức đánh giá phải cho quý vị biết câu trả lời đối với đơn Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi tổ chức này nhận được đơn kháng cáo của quý vị nếu đó là kháng cáo về thuốc mà quý vị chưa nhận. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại cho quý vị đối với loại thuốc mà quý vị đã mua, tổ chức đánh giá phải cho quý vị biết câu trả lời đối với Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
- **Nếu Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập đồng ý đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu–**

- Nếu Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập chấp thuận yêu cầu bao trả thì chúng tôi phải **cung cấp bảo hiểm thuốc** mà đã được tổ chức đánh giá này chấp thuận **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá này.
- Nếu Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập chấp thuận yêu cầu hoàn lại tiền cho quý vị đối với loại thuốc mà quý vị đã mua thì chúng tôi cần phải **gửi khoản thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá này.

Điều gì sẽ xảy ra nếu tổ chức đánh giá từ chối đơn kháng cáo của quý vị?

Nếu tổ chức này từ chối đơn kháng cáo của quý vị, điều này có nghĩa là tổ chức này đồng ý với quyết định của chúng tôi là không chấp thuận yêu cầu của quý vị. (Đây được gọi là “giữ nguyên quyết định”. Hay còn được gọi là “bác bỏ kháng cáo của quý vị”).

Nếu Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập "giữ nguyên quyết định" thì quý vị có quyền Kháng Cáo Cấp 3. Tuy nhiên, để tiếp tục kháng cáo lên Cấp 3, số tiền bao trả cho thuốc trị giá bằng đô-la mà quý vị yêu cầu phải bằng một số tiền tối thiểu. Nếu trị giá của thuốc được bao trả tính bằng đồng đô la mà quý vị yêu cầu quá thấp, quý vị không thể tiếp tục kháng cáo thêm và quyết định cho trường hợp kháng cáo của quý vị ở Cấp 2 sẽ là quyết định cuối cùng. Thông báo mà quý vị nhận được từ Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập sẽ cho quý vị biết phải có tranh chấp một giá trị tính bằng đô la thì mới được tiếp tục thủ tục kháng cáo.

<u>Bước 3:</u> Nếu số tiền bao trả quý vị yêu cầu đáp ứng yêu cầu thì quý vị sẽ chọn xem quý vị có muốn nộp đơn kháng cáo lên cấp cao hơn hay không.

- Có thêm ba cấp trong thủ tục kháng cáo sau Cấp 2 (tổng số năm cấp kháng cáo).
- Nếu Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị bị từ chối và quý vị đáp ứng các yêu cầu để tiếp tục thủ tục kháng cáo, quý vị phải quyết định liệu quý vị muốn đi tiếp tới Cấp 3 và nộp đơn kháng cáo lần thứ ba hay không. Nếu quý vị quyết định nộp đơn kháng cáo lần thứ ba thì những chi tiết về cách thực hiện sẽ có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau đơn kháng cáo lần thứ hai của quý vị.
- Kháng Cáo Cấp 3 được giải quyết bởi một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử. Phần 9 của chương này trình bày nhiều hơn về Cấp 3, 4 và 5 của thủ tục kháng cáo.

PHẦN 7 Cách yêu cầu chúng tôi bao trả cho thời gian nằm viện điều trị nội trú lâu hơn nếu quý vị cho rằng bác sĩ cho quý vị xuất viện quá sớm

Khi quý vị nhập viện, quý vị có quyền nhận tất cả dịch vụ bệnh viện được chi trả cần thiết để chẩn đoán và điều trị chấn thương hoặc căn bệnh của quý vị. Để biết thêm thông tin về mức bảo hiểm của chúng tôi đối với dịch vụ chăm sóc bệnh viện của quý vị, bao gồm bất kỳ giới hạn nào đối với mức bảo hiểm này, hãy xem Chương 4 của tập sách này: *Bảng Phúc Lợi Y Tế ((những gì bảo hiểm trả và quý vị trả).*

Trong thời gian ở bệnh viện được bao trả, bác sĩ và nhân viên bệnh viện sẽ làm việc với quý vị để chuẩn bị cho ngày mà quý vị sẽ xuất bệnh viện. Họ cũng sẽ giúp sắp xếp dịch vụ chăm sóc mà quý vị có thể cần sau khi quý vị ra viện.

- Ngày quý vị ra viện được gọi là **"ngày xuất viện"** của quý vị.
- Khi ngày xuất viện của quý vị đã được quyết định, bác sĩ của quý vị hoặc nhân viên bệnh viện sẽ cho quý vị biết.
- Nếu quý vị cho rằng quý vị được yêu cầu ra viện quá sớm, quý vị có thể yêu cầu thời gian nằm viện lâu hơn và yêu cầu của quý vị sẽ được xem xét. Phần này cho quý vị biết cách yêu cầu.

Phần 7.1 Trong thời gian quý vị nằm viện điều trị nội trú, quý vị sẽ nhận được thông báo bằng văn bản từ Medicare cho biết các quyền của quý vị

Trong thời gian ở bệnh viện được bao trả, quý vị sẽ nhận được thông báo bằng văn bản gọi là *Thông Báo Quan Trọng từ Medicare về các Quyền của Quý Vị*. Tất cả người sử dụng Medicare đều nhận được bản sao của thông báo này bất kỳ khi nào họ nhập viện. Nhân viên của bệnh viện (ví dụ: nhân viên quản lý hồ sơ hoặc y tá) phải đưa bản sao này cho quý vị trong vòng hai ngày sau khi quý vị nhập viện. Nếu quý vị không nhận được thông báo này, hãy yêu cầu bất kỳ nhân viên bệnh viện nào cung cấp cho quý vị. Nếu quý vị cần hỗ trợ, vui lòng gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này). Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.

1. **Xin hãy đọc kỹ thông báo này và đưa ra thắc mắc nếu quý vị có gì không hiểu.** Thông báo cho quý vị biết về các quyền của mình với tư cách là bệnh nhân bệnh viện, bao gồm:

- Quyền nhận các dịch vụ được Medicare bao trả trong và sau thời gian quý vị nằm viện, theo chỉ thị của bác sĩ. Quyền này bao gồm quyền được biết các dịch vụ này là gì, ai sẽ thanh toán dịch vụ, và quý vị có thể nhận các dịch vụ này ở đâu.
- Quyền của quý vị được tham gia vào bất kỳ quyết định nào về thời gian nằm viện của quý vị và quyền được biết ai sẽ thanh toán cho thời gian nằm viện này.
- Cần báo cáo bất kỳ quan tâm nào mà quý vị có về chất lượng dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện của quý vị cho ai.
- Quyền của quý vị được kháng cáo quyết định xuất viện nếu quý vị cho rằng quý vị bị cho xuất viện quá sớm.

Thuật ngữ Pháp lý
Văn bản từ Medicare cho quý vị biết cách **"yêu cầu đánh giá ngay"**. Yêu cầu đánh giá ngay là một cách hợp pháp, chính thức để yêu cầu trì hoãn ngày xuất viện của quý vị do đó chúng tôi sẽ bảo trả cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện của quý vị trong thời gian dài hơn. (Phần 7.2 dưới đây cho quý vị biết quý vị có thể yêu cầu cuộc duyệt xét ngay lập tức bằng cách nào.)

2. **Quý vị sẽ được yêu cầu ký văn bản thông báo để thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông báo và hiểu các quyền của mình.**
   - Quý vị hoặc người khác hành động thay mặt cho quý vị sẽ được yêu cầu ký tên vào thông báo này. (Phần 4 của chương này cho quý vị biết cách quý vị có thể cung cấp giấy phép bằng văn bản cho người khác để hành xử với tư cách người đại diện của quý vị.)
   - Việc ký thông báo *chỉ* thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông tin về các quyền của mình. Thông báo này không cho biết ngày xuất viện của quý vị (bác sĩ của quý vị hoặc nhân viên bệnh viện sẽ cho quý vị biết ngày xuất viện của mình). Việc ký thông báo ***không* có nghĩa** là quý vị đồng ý với ngày xuất viện.
3. **Hãy giữ lại bản sao** của thông báo để quý vị có thông tin về việc nộp đơn kháng cáo (hoặc báo cáo lo ngại về chất lượng dịch vụ chăm sóc) ngay khi cần.
   - Nếu quý vị ký thông báo hơn hai ngày trước ngày quý vị ra viện, quý vị sẽ nhận được một bản sao khác trước khi quý vị được lên lịch xuất viện.

- Để xem trước bản sao thông báo này, quý vị có thể gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này) hoặc 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY cần gọi theo số 1-877-486-2048. Quý vị cũng có thể xem thông báo trực tuyến tại www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Phần 7.2 Hướng dẫn từng bước: Cách nộp đơn Kháng Cáo Cấp 1 để thay đổi ngày quý vị xuất viện

Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi bao trả các dịch vụ bệnh viện nội trú của mình lâu hơn, quý vị sẽ cần sử dụng quy trình kháng cáo để thực hiện yêu cầu này. Trước khi quý vị bắt đầu, hãy hiểu quý vị cần làm gì và thời hạn là ngày nào.

- **Tuân theo thủ tục.** Mỗi bước trong hai mức độ đầu tiên của thủ tục kháng cáo được giải thích bên dưới.
- **Đáp ứng thời hạn.** Thời hạn là quan trọng. Hãy chắc chắn rằng quý vị hiểu và thực hiện theo thời hạn áp dụng cho những điều quý vị phải làm.
- **Hãy yêu cầu trợ giúp nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc nhu cầu trợ giúp bất kỳ lúc nào, vui lòng gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này). Hoặc gọi Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Sức Khỏe Tiểu Bang của quý vị, một tổ chức chính phủ cung cấp trợ giúp cá nhân (xem Phần 2 của chương này).

Trong suốt quá trình Kháng Cáo Cấp 1, Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (QIO) duyệt xét đơn kháng cáo của quý vị. Tổ chức kiểm tra xem ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị có thích hợp về mặt y tế cho quý vị không.

Bước 1: Liên lạc với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng tại tiểu bang của quý vị và yêu cầu "đánh giá nhanh" việc xuất viện của quý vị. Quý vị phải nhanh chóng hành động.

Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (QIO) là gì?

- Tổ chức này là nhóm các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ liên bang trả lương. Những chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi. Tổ chức này được Medicare trả lương để xem xét và hỗ trợ cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc cho những người tham gia Medicare. Việc này bao gồm duyệt xét ngày xuất viện đối với những người tham gia Medicare.

Làm thế nào quý vị có thể liên lạc với tổ chức này?

- Văn bản thông báo mà quý vị nhận được *(Thông Báo Quan Trọng từ Medicare về Các Quyền Của Quý Vị)* sẽ cho quý vị biết cách liên hệ với tổ chức này. (Hoặc tìm tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (QIO) trong tiểu bang của quý vị trong Chương 2, Phần 4 của tập sách này).

Nhanh chóng hành động:

- Để nộp đơn kháng cáo, quý vị phải liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng trước khi quý vị ra viện và **chậm nhất là vào nửa đêm ngày quý vị xuất viện.** (“Ngày xuất viện theo kế hoạch” của quý vị là ngày đã được thiết lập để quý vị ra viện.)
    - Nếu quý vị đáp ứng được thời hạn này, quý vị được phép nằm viện *sau* ngày xuất viện *mà không phải thanh toán cho thời gian này* trong khi quý vị chờ quyết định về đơn kháng cáo của quý vị từ Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (QIO).
    - Nếu quý vị *không* đáp ứng được thời hạn này và quyết định nằm viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch, *quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí* cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau ngày xuất viện theo kế hoạch.
- Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn liên lạc với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng và quý vị muốn kháng cáo, thay vào đó quý vị phải nộp đơn kháng cáo trực tiếp lên chương trình của chúng tôi. Để biết thêm chi tiết về cách khác này để nộp đơn kháng cáo của quý vị, hãy xem Phần 7.4.

Yêu cầu “đánh giá nhanh”:

- Quý vị phải yêu cầu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng cung cấp **“đánh giá nhanh”** xuất viện của quý vị. Yêu cầu “đánh giá nhanh” có nghĩa là quý vị yêu cầu tổ chức sử dụng các thời hạn “nhanh” cho kháng cáo thay vì sử dụng các thời hạn tiêu chuẩn.

Thuật ngữ Pháp lý
“Đánh giá nhanh” còn được gọi là **“đánh giá tức thời”** hoặc **“đánh giá cấp tốc”.**

<u>Bước 2:</u> Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng tiến hành duyệt xét độc lập trường hợp của quý vị.

Điều gì xảy ra trong cuộc duyệt xét này?

- Các chuyên gia sức khỏe tại Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (chúng tôi sẽ gọi tắt họ là "những người đánh giá") sẽ hỏi quý vị (hoặc người đại diện của quý vị) tại sao quý vị tin rằng bảo hiểm cho dịch vụ cần tiếp tục. Quý vị không phải chuẩn bị bất kỳ thứ gì bằng văn bản, nhưng quý vị có thể làm như vậy nếu muốn.
- Những người duyệt xét cũng sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, trao đổi với bác sĩ của quý vị, và duyệt xét thông tin mà bệnh viện và chúng tôi cung cấp cho họ.
- Chậm nhất vào buổi trưa của ngày sau khi những người duyệt xét thông báo cho chương trình của chúng tôi về đơn kháng cáo của quý vị, quý vị cũng sẽ nhận được một thông báo bằng văn bản cho biết ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị và giải thích chi tiết lý do tại sao bác sĩ của quý vị, bệnh viện và chúng tôi cho rằng việc quý vị được xuất viện vào ngày đó là đúng (phù hợp về mặt y tế).

Thuật ngữ Pháp lý
Văn bản giải trình này được gọi là **"Thông Báo Chi Tiết về Xuất Viện".** Quý vị có thể nhận được một mẫu của thông báo này bằng cách gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này) hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. (Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048.) Hoặc quý vị có thể xem mẫu thông báo trực tuyến tại www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

Bước 3: Trong vòng một ngày sau khi có tất cả thông tin cần thiết, Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ cho quý vị biết câu trả lời của họ đối với đơn kháng cáo của quý vị.

Điều gì sẽ xảy ra nếu câu trả lời là đồng ý?

- Nếu tổ chức đánh giá *đồng ý* với đơn kháng cáo của quý vị, **chúng tôi phải tiếp tục cung cấp các dịch vụ nội trú tại bệnh viện được bao trả trong thời gian các dịch vụ này cần thiết về mặt y tế.**
- Quý vị phải tiếp tục trả phần chia sẻ chi phí của quý vị (như tiền khấu trừ hoặc đồng thanh toán, nếu có). Ngoài ra, có thể có các giới hạn đối với các dịch vụ tại bệnh viện được chi trả của quý vị. (Hãy xem Chương 4 của tập sách này).

Điều gì xảy ra nếu câu trả lời là từ chối?

- Nếu tổ chức đánh giá *từ chối* đơn kháng cáo của quý vị, có nghĩa là họ cho rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là thích hợp về mặt y tế. Nếu điều này xảy ra, **bảo hiểm của chúng tôi cho các dịch vụ nội trú tại bệnh viện của quý vị sẽ kết thúc** vào buổi trưa của ngày *sau* ngày Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (QIO) cho quý vị biết câu trả lời của họ đối với đơn kháng cáo của quý vị.
- Nếu tổ chức đánh giá *từ chối* đơn kháng cáo của quý vị và quý vị quyết định nằm viện, khi đó **quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí** của dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau buổi trưa của ngày sau khi Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (QIO) cho quý vị biết câu trả lời của họ đối với đơn kháng cáo của quý vị.

<u>Bước 4:</u> Nếu câu trả lời đối với đơn Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị là từ chối, quý vị quyết định liệu quý vị có muốn nộp một đơn kháng cáo khác hay không.

- Nếu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (QIO) từ chối đơn kháng cáo của quý vị *và* quý vị nằm viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch của mình, thì quý vị có thể làm một đơn kháng cáo khác. Làm một đơn kháng cáo khác có nghĩa quý vị sẽ tới “Cấp 2” của thủ tục kháng cáo.

Phần 7.3 Hướng dẫn từng bước: Cách nộp đơn Kháng Cáo Cấp 2 để thay đổi ngày quý vị xuất viện

Nếu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (QIO) từ chối đơn kháng cáo của quý vị, *và* quý vị nằm viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch của mình, thì quý vị có thể nộp đơn Kháng Cáo Cấp 2. Trong tiến trình Kháng Cáo Cấp 2, quý vị yêu cầu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng xem xét lại quyết định họ đã đưa ra đối với đơn kháng cáo đầu tiên của quý vị. Nếu QIO từ chối đơn Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí cho thời gian nằm viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị.

Đây là các bước thực hiện Cấp 2 của thủ tục kháng cáo:

<u>Bước 1:</u> Quý vị liên lạc với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng một lần nữa và yêu cầu cuộc duyệt xét khác.

- Quý vị phải yêu cầu cuộc duyệt xét này **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau ngày mà QIO *từ chối* đơn Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị. Quý vị chỉ có thể yêu cầu cuộc duyệt xét này nếu quý vị nằm viện sau ngày bảo hiểm của quý vị cho dịch vụ chăm sóc kết thúc.

<u>Bước 2:</u> Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng thực hiện cuộc duyệt xét lần thứ hai đối với trường hợp của quý vị.

- Những người duyệt xét tại QIO sẽ xem xét kỹ lưỡng lại tất cả thông tin liên quan đến đơn kháng cáo của quý vị.

<u>Bước 3:</u> Trong vòng 14 ngày sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu xin cứu xét lần thứ hai, các nhà duyệt xét thuộc Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ quyết định về đơn kháng cáo của quý vị và cho quý vị biết quyết định của họ.

Nếu tổ chức đánh giá đồng ý:

- **Chúng tôi phải hoàn trả cho quý vị** phần chi phí của chúng tôi cho các dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được kể từ buổi trưa của ngày sau ngày kháng cáo đầu tiên của quý vị bị Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng từ chối. **Chúng tôi phải tiếp tục cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện trong thời gian điều đó còn cần thiết về mặt y tế.**
- Quý vị phải tiếp tục thanh toán chia sẻ chi phí của quý vị và có thể áp dụng giới hạn mức bảo hiểm.

Nếu tổ chức đánh giá từ chối:

- Điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định họ đã đưa ra đối với đơn Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị và sẽ không thay đổi quyết định này. Điều này được gọi là “tán thành quyết định.”
- Thông báo quý vị nhận được bằng văn bản sẽ cho quý vị biết những điều quý vị có thể làm nếu quý vị muốn tiếp tục thủ tục đánh giá. Thông báo sẽ cung cấp cho quý vị chi tiết về cách chuyển lên mức kháng cáo tiếp theo, mức được Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử giải quyết.

<u>Bước 4:</u> Nếu câu trả lời là từ chối, quý vị sẽ cần quyết định xem quý vị có muốn nộp đơn kháng cáo lên mức cao hơn bằng cách chuyển sang Cấp 3 hay không.

- Có thêm ba cấp trong thủ tục kháng cáo sau Cấp 2 (tổng số năm cấp kháng cáo). Nếu tổ chức duyệt xét từ chối đơn Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể chọn đồng ý với quyết định đó hoặc chuyển sang Cấp 3 và nộp đơn kháng cáo khác. Kháng Cáo Cấp 3 được đánh giá bởi một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử.
- Phần 9 của chương này trình bày nhiều hơn về Cấp 3, 4 và 5 của thủ tục kháng cáo.

Phần 7.4 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn nộp đơn Kháng Cáo Cấp 1?

Thay vào đó, quý vị có thể kháng cáo lên chúng tôi

Như đã được giải thích ở trên trong Phần 7.2, quý vị phải nhanh chóng hành động để liên lạc với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (QIO) để bắt đầu đơn kháng cáo đầu tiên về việc xuất viện của quý vị. ("Nhanh chóng" có nghĩa là trước khi quý vị rời bệnh viện và không muộn hơn ngày xuất viện dự kiến). Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn để liên lạc với tổ chức này, có một cách khác để nộp đơn kháng cáo.

Nếu quý vị sử dụng cách khác này để nộp đơn kháng cáo, *hai cấp kháng cáo đầu tiên là khác nhau.*

Hướng dẫn từng bước: Cách nộp đơn Kháng Cáo *Thay Thế* Cấp 1

Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn để liên lạc với Tổ chức Cải tiến Chất lượng, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo lên chúng tôi để yêu cầu “đánh giá nhanh”. Đánh giá nhanh là một thủ tục kháng cáo sử dụng thời hạn nhanh thay cho thời hạn tiêu chuẩn.

Thuật ngữ Pháp lý
“Đánh giá nhanh” (hoặc “kháng cáo nhanh”) còn được gọi là **“kháng cáo cấp tốc”**.

<u>Bước 1:</u> Hãy liên hệ với chúng tôi và yêu cầu “đánh giá nhanh”.

- Để biết thêm chi tiết về cách liên lạc với chúng tôi, tới Chương 2, Phần 1 và tìm phần có tên là: *Cách liên lạc với chúng tôi khi quý vị nộp đơn kháng cáo về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị.*
- **Hãy nhớ yêu cầu một “đánh giá nhanh”.** Điều này có nghĩa quý vị đang yêu cầu chúng tôi trả lời sử dụng thời hạn “nhanh” thay vì thời hạn “tiêu chuẩn”.

<u>Bước 2:</u> Chúng tôi thực hiện một đánh giá “nhanh” về ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị, kiểm tra xem ngày này có phù hợp về mặt y tế hay không.

- Trong suốt đánh giá này, chúng tôi xem xét tất cả thông tin về thời gian nằm viện của quý vị. Chúng tôi kiểm tra xem ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị có phù hợp về mặt y tế hay không. Chúng tôi sẽ kiểm tra xem

quyết định về thời gian quý vị cần ra viện có công bằng và tuân theo tất cả các quy định hay không.

- Trong tình huống này, chúng tôi sẽ sử dụng các thời hạn "nhanh" thay vì các thời hạn tiêu chuẩn đối với việc cho quý vị biết câu trả lời của cuộc duyệt xét này.

<u>Bước 3:</u> Chúng tôi đưa ra quyết định của chúng tôi cho quý vị trong vòng 72 giờ sau khi quý vị yêu cầu "đánh giá nhanh" ("kháng cáo nhanh").

- **Nếu chúng tôi đồng ý với đơn kháng cáo nhanh của quý vị,** điều đó có nghĩa là chúng tôi đã đồng ý với quý vị rằng quý vị vẫn cần nằm viện sau ngày xuất viện, và sẽ tiếp tục cung cấp các dịch vụ nội trú tại bệnh viện được bao trả trong thời gian vẫn còn cần thiết về mặt y tế. Điều này cũng có nghĩa rằng chúng tôi đã đồng ý hoàn trả cho quý vị chia sẻ chi phí của chúng tôi trong chi phí dịch vụ chăm sóc quý vị đã nhận được kể từ ngày chúng tôi thông báo rằng bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc. (Quý vị phải thanh toán phần chi phí của quý vị và có thể có giới hạn mức bảo hiểm áp dụng.)
- **Nếu chúng tôi từ chối đơn kháng cáo nhanh của quý vị,** có nghĩa chúng tôi tuyên bố rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là phù hợp về mặt y tế. Bảo hiểm cho các dịch vụ nội trú tại bệnh viện của quý vị kết thúc kể từ ngày chúng tôi tuyên bố rằng bảo hiểm sẽ kết thúc.
    - Nếu quý vị ở lại bệnh viện *sau* ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị, thì **quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí** của dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau ngày xuất viện theo kế hoạch.

<u>Bước 4:</u> Nếu chúng tôi *từ chối* đơn kháng cáo nhanh của quý vị, trường hợp của quý vị sẽ được *tự động* chuyển lên cấp tiếp theo của thủ tục kháng cáo.

- Để đảm bảo chúng tôi đã tuân thủ tất cả các quy định khi bác bỏ kháng cáo nhanh của quý vị, **chúng tôi được yêu cầu phải gửi kháng cáo của quý vị đến "Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập".** Khi chúng tôi làm việc này, có nghĩa là kháng cáo của quý vị sẽ được *tự động* chuyển đến Cấp 2 của thủ tục kháng cáo.

Hướng dẫn từng bước: Thủ Tục Kháng Cáo *Thay Thế* Cấp 2

Trong thời gian Kháng Cáo Cấp 2, **Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập** sẽ xem xét quyết định chúng tôi đã đưa ra khi chúng tôi bác bỏ "kháng cáo nhanh" của quý vị. Tổ chức này quyết định liệu có cần thay đổi quyết định chúng tôi đã đưa ra hay không.

Thuật ngữ Pháp lý
Tên chính thức cho "Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập" là **"Cơ Quan Đánh Giá Độc Lập".** Đôi khi còn được gọi là **"IRE".**

<u>Bước 1:</u> Chúng tôi sẽ tự động chuyển tiếp trường hợp của quý vị tới Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập.

- Chúng tôi cần phải gửi thông tin của đơn Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị tới Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập trong vòng 24 giờ kể từ khi chúng tôi thông báo cho quý vị biết rằng chúng tôi từ chối đơn kháng cáo đầu tiên của quý vị. (Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đang không đáp ứng các thời hạn này hoặc thời hạn khác, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại. Thủ tục khiếu nại này khác thủ tục kháng cáo. Phần 10 của chương này cho biết cách nộp đơn khiếu nại.)

<u>Bước 2:</u> Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập thực hiện "đánh giá nhanh" đơn kháng cáo của quý vị. Những người duyệt xét sẽ cho quý vị biết câu trả lời trong vòng 72 giờ.

- **Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập là một tổ chức độc lập được Medicare thuê.** Tổ chức này không liên quan tới chương trình của chúng tôi và không phải một cơ quan chính phủ. Tổ chức này là một công ty được Medicare lựa chọn để thực hiện công việc của Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập. Medicare giám sát hoạt động của tổ chức.
- Những người đánh giá tại Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập sẽ xem xét kỹ lưỡng tất cả thông tin liên quan đến đơn kháng cáo về việc xuất viện của quý vị.
- **Nếu tổ chức này *đồng ý* với đơn kháng cáo của quý vị,** khi đó chúng tôi phải hoàn trả cho quý vị (hoàn lại tiền cho quý vị) phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị đã nhận được kể từ ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị. Chúng tôi cũng phải tiếp tục bảo hiểm của chương trình đối với các dịch vụ bệnh viện nội trú của quý vị miễn là điều đó còn cần thiết về mặt y tế. Quý vị phải tiếp tục thanh toán phần chi phí của quý vị. Nếu có các giới hạn mức bảo hiểm, những

giới hạn này có thể hạn chế số tiền chúng tôi sẽ hoàn trả hoặc thời gian chúng tôi sẽ tiếp tục chi trả các dịch vụ của quý vị.

- **Nếu tổ chức này *từ chối* đơn kháng cáo của quý vị,** điều đó có nghĩa là họ đồng ý với chúng tôi rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là thích hợp về mặt y tế.
    - Thông báo quý vị nhận được từ Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản những điều quý vị có thể thực hiện nếu quý vị muốn tiếp tục thủ tục duyệt xét. Thông báo sẽ cung cấp cho quý vị chi tiết về cách chuyển lên Kháng Cáo Cấp 3, mức được Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử giải quyết.

<u>Bước 3:</u> Nếu Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập bác bỏ đơn kháng cáo của quý vị, quý vị lựa chọn liệu quý vị có muốn kháng cáo lên cấp cao hơn hay không.

- Có thêm ba cấp trong thủ tục kháng cáo sau Cấp 2 (tổng số năm cấp kháng cáo). Nếu những người duyệt xét từ chối đơn Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị, quý vị sẽ quyết định đồng ý với quyết định của họ hoặc chuyển lên Cấp 3 và làm một đơn kháng cáo thứ ba.
- Phần 9 của chương này trình bày nhiều hơn về Cấp 3, 4 và 5 của thủ tục kháng cáo.

PHẦN 8 Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả cho một số dịch vụ y tế nhất định nếu quý vị cho rằng bảo hiểm của quý vị chấm dứt quá sớm

Phần 8.1 *Phần này chỉ trình bày về ba loại dịch vụ:* Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn và các dịch vụ của Cơ Sở Phục Hồi Ngoại Trú Toàn Diện (CORF)

Phần này *chỉ* trình bày về các loại dịch vụ chăm sóc sau đây:

- **Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà** quý vị đang nhận được.
- **Dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn** quý vị đang nhận được với tư cách là bệnh nhân tại một cơ sở điều dưỡng chuyên môn. (Để tìm hiểu về các yêu cầu để được xem là một “cơ sở điều dưỡng chuyên môn”, xem Chương 12, *Định nghĩa các thuật ngữ quan trọng.*)

- **Dịch vụ chăm sóc phục hồi chức năng** quý vị đang nhận được với tư cách là bệnh nhân ngoại trú tại một Cơ Sở Phục Hồi Ngoại Trú Toàn Diện (CORF). Thông thường, điều này có nghĩa là quý vị đang nhận điều trị cho một căn bệnh hoặc tai nạn, hoặc quý vị đang hồi phục sau một cuộc phẫu thuật lớn. (Để biết thêm thông tin về loại hình cơ sở này, xem Chương 12, *Định nghĩa các thuật ngữ quan trọng.*)

Khi quý vị đang nhận được bất kỳ loại dịch vụ chăm sóc nào trong số này, quý vị có quyền tiếp tục nhận được dịch vụ được bao trả cho loại chăm sóc đó trong thời gian dịch vụ chăm sóc đó còn cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh tật hoặc chấn thương của quý vị. Để biết thêm thông tin về các dịch vụ được bao trả của quý vị, bao gồm cả phần chia sẻ chi phí của quý vị và bất kỳ giới hạn nào đối với mức bảo hiểm có thể áp dụng, xem Chương 4 của tập sách này: *Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì bảo hiểm trả và quý vị trả).*

Khi chúng tôi quyết định đã đến lúc phải ngừng chi trả bất kỳ loại nào trong ba loại dịch vụ chăm sóc dành cho quý vị, chúng tôi cần phải thông báo trước cho quý vị. Khi bảo hiểm dành cho loại dịch vụ chăm sóc đó của quý vị kết thúc, *chúng tôi sẽ ngừng trả phần chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc của quý vị.*

Nếu quý vị nghĩ chúng tôi đang chấm dứt bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị quá sớm, **quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.** Phần này sẽ cho quý vị biết cách yêu cầu xét đơn kháng cáo.

Phần 8.2 Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết trước khi nào bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt

1. **Quý vị nhận được thông báo bằng văn bản.** Ít nhất là hai ngày trước khi chương trình của chúng tôi ngừng bao trả cho sự chăm sóc cho quý vị, quý vị sẽ nhận được thông báo.
    - Thông báo bằng văn bản cho quý vị biết ngày mà chúng tôi sẽ ngừng bao trả cho dịch vụ chăm sóc cho quý vị.
    - Thông báo bằng văn bản cũng cho biết những gì quý vị có thể làm nếu muốn yêu cầu chương trình của chúng tôi thay đổi quyết định này về thời điểm chấm dứt dịch vụ chăm sóc của quý vị và tiếp tục bao trả cho dịch vụ chăm sóc đó trong khoảng thời gian lâu hơn.

Thuật ngữ Pháp lý
Để cho quý vị biết quý vị có thể làm gì, thông báo bằng văn bản sẽ cho quý vị biết cách yêu cầu một "**đơn kháng cáo giải quyết nhanh**". Yêu cầu một đơn kháng cáo giải quyết nhanh là cách thức hợp pháp và chính thức để yêu cầu thay đổi cho quyết định bao trả của chúng tôi về thời điểm ngừng dịch vụ chăm sóc dành cho quý vị. (Phần 8.3 dưới đây cho quý vị biết cách yêu cầu đơn kháng cáo giải quyết nhanh.) Thông báo bằng văn bản được gọi là **"Thông Báo Về Việc Không Bao Trả Của Medicare".**

2. Quý vị sẽ được yêu cầu ký văn bản thông báo để thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông báo.

- Quý vị hoặc người khác hành động thay mặt cho quý vị sẽ được yêu cầu ký tên vào thông báo này. (Phần 4 cho biết cách quý vị có thể cho phép bằng văn bản để người khác làm người đại diện của quý vị.)
- Việc ký tên vào thông báo này *chỉ* cho thấy quý vị đã nhận được thông tin về thời điểm bảo hiểm của quý vị sẽ ngừng. **Việc ký tên vào thông báo <u>không</u> có nghĩa là quý vị đồng ý** với chương trình rằng đã đến lúc phải ngừng nhận dịch vụ chăm sóc.

Phần 8.3 Hướng Dẫn Từng Bước: Cách nộp đơn Kháng Cáo Cấp 1 để yêu cầu chương trình của chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị trong thời gian lâu hơn

Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi chi trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị trong thời gian lâu hơn, quý vị sẽ cần phải sử dụng thủ tục kháng cáo để thực hiện yêu cầu này. Trước khi quý vị bắt đầu, hãy hiểu quý vị cần làm gì và thời hạn là ngày nào.

- **Tuân theo thủ tục.** Mỗi bước trong hai mức độ đầu tiên của thủ tục kháng cáo được giải thích bên dưới.
- **Đáp ứng thời hạn.** Thời hạn là quan trọng. Hãy chắc chắn rằng quý vị hiểu và thực hiện theo thời hạn áp dụng cho những điều quý vị phải làm. Cũng có những thời hạn mà chương trình của chúng tôi phải tuân theo. (nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn của mình, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại. Phần 10 của chương này cho quý vị biết cách nộp đơn khiếu nại.)

- **Hãy yêu cầu trợ giúp nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc nhu cầu trợ giúp bất kỳ lúc nào, vui lòng gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này). Hoặc gọi Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Sức Khỏe Tiểu Bang của quý vị, một tổ chức chính phủ cung cấp trợ giúp cá nhân (xem Phần 2 của chương này).

Nếu quý vị nộp yêu cầu Kháng Cáo Cấp 1 đúng hạn, Tổ chức Cải tiến Chất lượng sẽ xét lại đơn kháng cáo của quý vị và quyết định xem có sửa đổi quyết định của chương trình chúng tôi hay không.

<u>Bước 1:</u> Nộp Đơn Kháng Cáo Cấp 1: liên lạc với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng tại tiểu bang của quý vị và yêu cầu xem xét. Quý vị phải nhanh chóng hành động.

Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (QIO) là gì?

- Tổ chức này là một nhóm các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ Liên bang trả lương. Những chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi. Họ kiểm tra chất lượng của dịch vụ chăm sóc được cung cấp cho những người tham gia Medicare và xét duyệt các quyết định của chương trình về thời điểm chấm dứt bao trả một số loại dịch vụ chăm sóc y tế nhất định.

Làm thế nào quý vị có thể liên lạc với tổ chức này?

- Thông báo bằng văn bản quý vị đã nhận được cho quý vị biết cách liên lạc với tổ chức này. (Hoặc tìm tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (QIO) trong tiểu bang của quý vị trong Chương 2, Phần 4 của tập sách này.)

Quý vị nên yêu cầu điều gì?

- Yêu cầu tổ chức này cấp "đơn kháng cáo giải quyết nhanh" (thực hiện một cuộc duyệt xét độc lập) để xem việc chúng tôi quyết định ngưng bao trả các dịch vụ y khoa cho quý vị có thích hợp về mặt y tế không.

Thời hạn để quý vị liên lạc với tổ chức này.

- Quý vị phải liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng để bắt đầu kháng cáo trước giữa trưa ngày trước ngày có hiệu lực trong Thông Báo Về Việc Không Bao Trả Của Medicare.
- Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn liên lạc với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng và quý vị vẫn muốn kháng cáo, thay vào đó quý vị phải nộp đơn kháng cáo trực tiếp cho chúng tôi. Để biết thêm chi tiết về cách khác này để nộp đơn kháng cáo của quý vị, hãy xem Phần 8.5.

<u>Bước 2:</u> Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng tiến hành duyệt xét độc lập trường hợp của quý vị.

Điều gì xảy ra trong cuộc duyệt xét này?

- Các chuyên gia sức khỏe tại Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (chúng tôi sẽ gọi tắt họ là "những người đánh giá") sẽ hỏi quý vị (hoặc người đại diện của quý vị) tại sao quý vị tin rằng bảo hiểm cho dịch vụ cần tiếp tục. Quý vị không phải chuẩn bị bất kỳ thứ gì bằng văn bản, nhưng quý vị có thể làm như vậy nếu muốn.
- Tổ chức đánh giá cũng sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, trao đổi với bác sĩ của quý vị và đánh giá thông tin mà chương trình của chúng tôi đã cung cấp cho họ.
- Đến cuối ngày, ban cứu xét sẽ thông báo cho chương trình chúng tôi biết về yêu cầu kháng cáo của quý vị và quý vị cũng sẽ nhận được thư thông báo từ chương trình bảo hiểm, giải thích chi tiết lý do chúng tôi ngừng bao trả cho các dịch vụ dành cho quý vị.

Thuật ngữ Pháp lý
Phần giải thích thông báo này được gọi là **"Giải Thích Chi Tiết về việc Không Bao Trả."**

<u>Bước 3:</u> Trong vòng một ngày sau khi có tất cả các thông tin cần thiết, những người duyệt xét sẽ cho quý vị biết quyết định của họ.

Điều gì xảy ra nếu những người duyệt xét đồng ý với kháng cáo của quý vị?

- Nếu những người đánh giá *đồng ý* với kháng cáo của quý vị, thì **chúng tôi phải tiếp tục cung cấp các dịch vụ được bao trả của quý vị trong thời gian quý vị còn cần thiết về mặt y tế.**
- Quý vị phải tiếp tục trả phần chia sẻ chi phí của quý vị (như tiền khấu trừ hoặc đồng thanh toán, nếu có). Ngoài ra, có thể có những giới hạn về các dịch vụ được bao trả của quý vị (xem Chương 4 của tập sách này).

Điều gì xảy ra nếu những người duyệt xét từ chối đơn kháng cáo của quý vị?

- Nếu những người duyệt xét *từ chối* đơn kháng cáo của quý vị, thì **bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt vào ngày chúng tôi đã thông báo cho quý vị.** Chúng tôi sẽ ngừng trả phần chi phí mà chúng tôi phải trả cho dịch vụ chăm sóc này vào ngày ghi trên thông báo.

- Nếu quý vị quyết định tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, hoặc dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc dịch vụ tại Cơ Sở Phục Hồi Ngoại Trú Toàn Diện (CORF) *sau* ngày này khi bảo hiểm của quý vị chấm dứt, thì **quý vị sẽ phải tự thanh toán toàn bộ chi phí** của dịch vụ chăm sóc này.

Bước 4: Nếu câu trả lời đối với đơn Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị là từ chối, quý vị quyết định liệu quý vị có muốn nộp một đơn kháng cáo khác hay không.

- Đơn kháng cáo đầu tiên quý vị lập là "Cấp 1" của thủ tục kháng cáo. Nếu những người đánh giá *từ chối* đơn Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị - và quý vị chọn tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau khi bảo hiểm của quý vị cho dịch vụ chăm sóc đó chấm dứt – thì quý vị có thể làm một kháng cáo khác.
- Làm một đơn kháng cáo khác có nghĩa quý vị sẽ tới "Cấp 2" của thủ tục kháng cáo.

Phần 8.4 Hướng Dẫn Từng Bước: Cách nộp đơn Kháng Cáo Cấp 2 để yêu cầu chương trình của chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị trong thời gian lâu hơn

Nếu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng đã từ chối đơn kháng cáo của quý vị và quý vị chọn tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau khi bảo hiểm của quý vị cho dịch vụ chăm sóc đó chấm dứt, thì quý vị có thể gửi Kháng Cáo Cấp 2. Trong tiến trình Kháng Cáo Cấp 2, quý vị yêu cầu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng xem xét lại quyết định họ đã đưa ra đối với đơn kháng cáo đầu tiên của quý vị. Nếu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng từ chối đơn Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, hoặc dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc dịch vụ tại Cơ Sở Phục Hồi Ngoại Trú Toàn Diện (CORF) của mình *sau* ngày chúng tôi cho biết bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt.

Đây là các bước thực hiện Cấp 2 của thủ tục kháng cáo:

Bước 1: Quý vị liên lạc với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng một lần nữa và yêu cầu cuộc duyệt xét khác.

- Quý vị phải yêu cầu đánh giá này **trong vòng 60 ngày** sau khi Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (QIO) *từ chối* đơn Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị. Quý vị chỉ có thể yêu cầu cuộc duyệt xét này nếu quý vị tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau ngày bảo hiểm của quý vị cho dịch vụ chăm sóc đó đã chấm dứt.

<u>Bước 2:</u> Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng thực hiện cuộc duyệt xét lần thứ hai đối với trường hợp của quý vị.

- Những người duyệt xét tại QIO sẽ xem xét kỹ lưỡng lại tất cả thông tin liên quan đến đơn kháng cáo của quý vị.

<u>Bước 3:</u> Trong vòng 14 ngày sau khi nhận được yêu cầu kháng cáo của quý vị, các nhà duyệt xét sẽ quyết định về đơn kháng cáo của quý vị và cho quý vị biết quyết định của họ.

Điều gì xảy ra nếu tổ chức duyệt xét đồng ý với đơn kháng cáo của quý vị?

- **Chúng tôi phải hoàn trả cho quý vị** phần chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc quý vị đã nhận được kể từ ngày chúng tôi cho biết bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt. **Chúng tôi phải tiếp tục bao trả** cho dịch vụ chăm sóc đó trong thời gian dịch vụ còn cần thiết về mặt y tế.
- Quý vị phải tiếp tục thanh toán phần chi phí của quý vị và có thể có các giới hạn mức bảo hiểm áp dụng.

Điều gì xảy ra nếu tổ chức duyệt xét từ chối?

- Điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định mà chúng tôi đã đưa ra đối với đơn Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị và sẽ không thay đổi quyết định đó.
- Thông báo quý vị nhận được bằng văn bản sẽ cho quý vị biết những điều quý vị có thể làm nếu quý vị muốn tiếp tục thủ tục đánh giá. Thông báo sẽ cung cấp cho quý vị chi tiết về cách chuyển lên mức kháng cáo tiếp theo, mức được Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử giải quyết.

<u>Bước 4:</u> Nếu câu trả lời là từ chối, quý vị sẽ cần quyết định xem có muốn kháng cáo lên cấp cao hơn hay không.

- Có thêm ba cấp trong thủ tục kháng cáo sau Cấp 2, trong tổng số năm mức kháng cáo. Nếu những người duyệt xét từ chối đơn Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể chọn chấp nhận quyết định đó hay tiếp tục lên Cấp 3 và làm một đơn kháng cáo khác. Kháng Cáo Cấp 3 được đánh giá bởi một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử.
- Phần 9 của chương này trình bày nhiều hơn về Cấp 3, 4 và 5 của thủ tục kháng cáo.

Phần 8.5 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn nộp đơn Kháng Cáo Cấp 1?

Thay vào đó, quý vị có thể kháng cáo lên chúng tôi

Như đã giải thích ở trên trong Phần 8.3, quý vị phải nhanh chóng liên lạc với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng để bắt đầu đơn kháng cáo thứ nhất của quý vị (trong vòng một hoặc tối đa là hai ngày). Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn để liên lạc với tổ chức này, có một cách khác để nộp đơn kháng cáo. Nếu quý vị sử dụng cách khác này để nộp đơn kháng cáo, *hai cấp kháng cáo đầu tiên là khác nhau.*

Hướng dẫn từng bước: Cách nộp đơn Kháng Cáo *Thay Thế* Cấp 1

Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn để liên lạc với Tổ chức Cải tiến Chất lượng, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo lên chúng tôi để yêu cầu "đánh giá nhanh". Đánh giá nhanh là một thủ tục kháng cáo sử dụng thời hạn nhanh thay cho thời hạn tiêu chuẩn.

Sau đây là các bước nộp đơn Kháng Cáo Thay Thế Cấp 1:

Thuật ngữ Pháp lý
"Đánh giá nhanh" (hoặc "kháng cáo nhanh") còn được gọi là **"kháng cáo cấp tốc"**.

<u>Bước 1:</u> Hãy liên hệ với chúng tôi và yêu cầu "đánh giá nhanh".

- Để biết thêm chi tiết về cách liên lạc với chúng tôi, tới Chương 2, Phần 1 và tìm phần có tên là *Cách liên lạc với chúng tôi khi quý vị nộp đơn kháng cáo về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị.*
- **Hãy nhớ yêu cầu một "đánh giá nhanh".** Điều này có nghĩa quý vị đang yêu cầu chúng tôi trả lời sử dụng thời hạn "nhanh" thay vì thời hạn "tiêu chuẩn".

<u>Bước 2:</u> Chúng tôi tiến hành "đánh giá nhanh" đối với quyết định chúng tôi đã đưa ra về thời điểm chấm dứt bảo hiểm cho các dịch vụ của quý vị.

- Trong cuộc duyệt xét này, chúng tôi sẽ xem xét lại tất cả thông tin về trường hợp của quý vị. Chúng tôi sẽ kiểm tra xem liệu chúng tôi đã tuân theo tất cả các quy định khi xác định ngày chấm dứt bảo hiểm của chương trình cho các dịch vụ quý vị đang nhận hay chưa.
- Chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn "nhanh" thay vì thời hạn tiêu chuẩn để cho quý vị biết câu trả lời của cuộc duyệt xét này.

<u>Bước 3:</u> Chúng tôi đưa ra quyết định của chúng tôi cho quý vị trong vòng 72 giờ sau khi quý vị yêu cầu "đánh giá nhanh" ("kháng cáo nhanh").

- **Nếu chúng tôi đồng ý với đơn kháng cáo nhanh của quý vị,** điều đó có nghĩa là chúng tôi đã đồng ý với quý vị rằng quý vị cần dịch vụ lâu hơn và sẽ tiếp tục cung cấp các dịch vụ được bao trả của quý vị trong thời gian quý vị còn cần thiết về mặt y tế. Điều này cũng có nghĩa rằng chúng tôi đã đồng ý hoàn trả cho quý vị chia sẻ chi phí của chúng tôi trong chi phí dịch vụ chăm sóc quý vị đã nhận được kể từ ngày chúng tôi thông báo rằng bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc. (Quý vị phải thanh toán phần chi phí của quý vị và có thể có giới hạn mức bảo hiểm áp dụng.)
- **Nếu chúng tôi từ chối đơn kháng cáo nhanh của quý vị,** thì bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt vào ngày chúng tôi đã đề cập và chúng tôi sẽ không trả bất kỳ phần chi phí nào sau ngày này.
- Nếu quý vị tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, hoặc dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc dịch vụ tại Cơ Sở Phục Hồi Ngoại Trú Toàn Diện (CORF) *sau* ngày chúng tôi đã nói là bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt, thì **quý vị sẽ phải tự trả toàn bộ chi phí** của dịch vụ chăm sóc này.

<u>Bước 4:</u> Nếu chúng tôi *từ chối* đơn kháng cáo nhanh của quý vị, trường hợp của quý vị sẽ *tự động* được chuyển lên mức tiếp theo của thủ tục kháng cáo.

- Để đảm bảo chúng tôi đã tuân thủ tất cả các quy định khi bác bỏ kháng cáo nhanh của quý vị, **chúng tôi được yêu cầu phải gửi kháng cáo của quý vị đến "Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập".** Khi chúng tôi làm việc này, có nghĩa là kháng cáo của quý vị sẽ được *tự động* chuyển đến Cấp 2 của thủ tục kháng cáo.

Hướng dẫn từng bước: Thủ Tục Kháng Cáo *Thay Thế* Cấp 2

Trong thời gian Kháng Cáo Cấp 2, **Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập** sẽ xem xét quyết định chúng tôi đã đưa ra khi chúng tôi bác bỏ "kháng cáo nhanh" của quý vị. Tổ chức này quyết định liệu có cần thay đổi quyết định chúng tôi đã đưa ra hay không.

Thuật ngữ Pháp lý
Tên chính thức cho "Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập" là **"Cơ Quan Đánh Giá Độc Lập".** Đôi khi còn được gọi là **"IRE".**

<u>Bước 1:</u> Chúng tôi sẽ tự động chuyển tiếp trường hợp của quý vị tới Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập.

- Chúng tôi cần phải gửi thông tin của đơn Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị tới Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập trong vòng 24 giờ kể từ khi chúng tôi thông báo cho quý vị biết rằng chúng tôi từ chối đơn kháng cáo đầu tiên của quý vị. (Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đang không đáp ứng các thời hạn này hoặc thời hạn khác, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại. Thủ tục khiếu nại này khác thủ tục kháng cáo. Phần 10 của chương này cho biết cách nộp đơn khiếu nại.)

<u>Bước 2:</u> Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập thực hiện "đánh giá nhanh" đơn kháng cáo của quý vị. Những người duyệt xét sẽ cho quý vị biết câu trả lời trong vòng 72 giờ.

- **Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập là một tổ chức độc lập được Medicare thuê.** Tổ chức này không liên quan tới chương trình của chúng tôi và không phải một cơ quan chính phủ. Tổ chức này là một công ty được Medicare lựa chọn để thực hiện công việc của Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập. Medicare giám sát hoạt động của tổ chức.
- Những người duyệt xét tại Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập sẽ xem xét kỹ lưỡng tất cả thông tin liên quan đến đơn kháng cáo của quý vị.
- **Nếu tổ chức này *đồng ý* với đơn kháng cáo của quý vị,** thì chúng tôi phải hoàn trả cho quý vị (hoàn lại tiền cho quý vị) phần chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc quý vị đã nhận kể từ ngày chúng tôi cho biết bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt. Chúng tôi cũng phải tiếp tục chi trả cho dịch vụ chăm sóc đó trong thời gian điều đó còn cần thiết về mặt y tế. Quý vị phải tiếp tục thanh toán phần chi phí của quý vị. Nếu có các giới hạn mức bảo hiểm, những giới hạn này có thể hạn chế số tiền chúng tôi sẽ hoàn trả hoặc thời gian chúng tôi sẽ tiếp tục chi trả các dịch vụ của quý vị.
- **Nếu tổ chức này *từ chối* đơn kháng cáo của quý vị,** điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định chương trình chúng tôi đã đưa ra đối với đơn kháng cáo đầu tiên của quý vị và sẽ không thay đổi quyết định đó.
    - Thông báo quý vị nhận được từ Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản những điều quý vị có thể thực hiện nếu quý vị muốn tiếp tục thủ tục duyệt xét. Thông báo này sẽ cho quý vị biết chi tiết về cách tiếp tục chuyển lên Kháng Cáo Cấp 3.

<u>Bước 3:</u> Nếu Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập bác bỏ đơn kháng cáo của quý vị, quý vị lựa chọn liệu quý vị có muốn kháng cáo lên cấp cao hơn hay không.

- Có thêm ba cấp trong thủ tục kháng cáo sau Cấp 2, trong tổng số năm mức kháng cáo. Nếu những người duyệt xét từ chối đơn Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể chọn chấp nhận quyết định đó hay tiếp tục lên Cấp 3 và làm một đơn kháng cáo khác. Kháng Cáo Cấp 3 được đánh giá bởi một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử.
- Phần 9 của chương này trình bày nhiều hơn về Cấp 3, 4 và 5 của thủ tục kháng cáo.

PHẦN 9 Tiếp tục chuyển đơn kháng cáo của quý vị lên Cấp 3 và các mức cao hơn

Phần 9.1 Các Cấp Kháng Cáo 3, 4 và 5 cho Yêu Cầu Dịch Vụ Y Tế

Phần này có thể thích hợp cho quý vị nếu quý vị đã nộp đơn Kháng Cáo Cấp 1 và Kháng Cáo Cấp 2, và cả hai đơn kháng cáo của quý vị đều bị từ chối.

Nếu giá trị tính bằng đồng đô la của hạng mục hoặc dịch vụ y tế quý vị đã kháng cáo đáp ứng một số mức tối thiểu, quý vị có thể tiếp tục chuyển lên các mức kháng cáo tiếp theo. Nếu giá trị tính bằng đồng đô la thấp hơn mức tối thiểu, quý vị không thể tiếp tục kháng cáo thêm nữa. Nếu giá trị tính bằng tiền đủ cao, văn bản trả lời quý vị nhận được cho đơn Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị sẽ giải thích cần liên lạc với ai và cần làm gì để yêu cầu xét đơn Kháng Cáo Cấp 3.

Đối với hầu hết các tình huống liên quan đến kháng cáo, ba mức kháng cáo cuối cùng hoạt động giống nhau. Đây là người giải quyết việc duyệt xét đơn kháng cáo của quý ở mỗi mức trong những mức này.

Kháng Cáo Cấp 3	**Một thẩm phán (được gọi là Thẩm Phán Luật Hành Chính) hoặc luật sư xét xử làm việc cho Chính phủ Liên bang** sẽ đánh giá kháng cáo và trả lời quý vị.

- **Nếu Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử đồng ý với đơn kháng cáo của quý vị, thủ tục kháng cáo *có thể* kết thúc hoặc *không thể* kết thúc** - Chúng tôi sẽ quyết định liệu có kháng cáo quyết định này có chuyển lên Cấp 4 hay không. Không giống như quyết định ở Cấp 2 (Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập), chúng tôi có quyền kháng cáo quyết định ở Cấp 3 mà có lợi cho quý vị.
  - Nếu chúng tôi quyết định *không* kháng cáo quyết định đó, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ cho quý vị trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi nhận được quyết định của Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử.

- Nếu chúng tôi quyết định kháng cáo quyết định đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị bản sao yêu cầu Kháng Cáo Mức 4 cùng bất kỳ tài liệu kèm theo nào. Chúng tôi có thể chờ quyết định Kháng Cáo Cấp 4 trước khi cho phép hoặc cung cấp dịch vụ đang tranh chấp.

- **Nếu Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử từ chối đơn kháng cáo của quý vị, thủ tục kháng cáo *có thể* hoặc *không thể* kết thúc.**
  - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối đơn kháng cáo của quý vị, thủ tục kháng cáo kết thúc.
  - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục tới mức tiếp theo của thủ tục duyệt xét. Nếu Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử từ chối đơn kháng cáo của quý vị, thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết phải làm gì tiếp theo nếu quý vị chọn tiếp tục kháng cáo.

Kháng Cáo Cấp 4	**Hội Đồng Kháng Cáo** Medicare (Hội Đồng) sẽ đánh giá đơn kháng cáo của quý vị và cho quý vị biết câu trả lời. Hội Đồng này là một phần của Chính phủ Liên bang**.**

- **Nếu câu trả lời là đồng ý, hoặc nếu Hội đồng từ chối yêu cầu đánh giá của chúng tôi đối với quyết định ủng hộ ở Kháng Cáo Cấp 3, thủ tục kháng cáo *có thể* kết thúc hoặc *không thể* kết thúc** - Chúng tôi sẽ quyết định liệu có kháng cáo quyết định này lên Cấp 5 hay không. Không giống như quyết định ở Cấp 2 (Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập), chúng tôi có quyền kháng cáo quyết định ở Cấp 4 mà có lợi cho quý vị nếu giá trị của vật phẩm hoặc dịch vụ y tế đáp ứng giá trị số tiền bắt buộc.
  - Nếu chúng tôi quyết định *không* kháng cáo quyết định đó, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ cho quý vị trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi nhận được quyết định của Hội Đồng.
  - Nếu chúng tôi quyết định kháng cáo quyết định đó, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản.

- **Nếu câu trả lời là từ chối hoặc nếu Hội đồng Kháng cáo từ chối yêu cầu đánh giá, thủ tục kháng cáo *có thể* kết thúc hoặc *không thể* kết thúc.**
  - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối đơn kháng cáo của quý vị, thủ tục kháng cáo kết thúc.
  - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục chuyển lên mức tiếp theo của thủ tục duyệt xét. Nếu Hội Đồng từ chối đơn kháng cáo của quý vị, thông báo quý vị nhận được sẽ cho biết

liệu các quy định có cho phép quý vị tiếp tục lên Kháng Cáo Cấp 5 hay không. Nếu quy định cho phép quý vị tiếp tục, thông báo bằng văn bản cũng sẽ thông báo cho quý vị biết cần liên lạc với ai và cần làm gì nếu quý vị lựa chọn tiếp tục kháng cáo.

Kháng Cáo Mức 5	Một thẩm phán tại **Tòa Án Khu Vực Liên Bang** sẽ đánh giá đơn kháng cáo của quý vị.

- Đây là bước cuối cùng của thủ tục kháng cáo.

Phần 9.2 Các Cấp Kháng Cáo 3, 4 và 5 cho Yêu Cầu Thuốc Part D

Phần này có thể thích hợp cho quý vị nếu quý vị đã nộp đơn Kháng Cáo Cấp 1 và Kháng Cáo Cấp 2, và cả hai đơn kháng cáo của quý vị đều bị từ chối.

Nếu giá trị của thuốc mà quý vị đã kháng cáo đáp ứng được một số tiền nhất định, quý vị có thể chuyển sang các mức kháng cáo bổ sung. Nếu số tiền ít hơn, quý vị không thể kháng cáo thêm nữa. Văn bản trả lời mà quý vị nhận được cho đơn Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị sẽ giải thích cần liên lạc với ai và cần làm gì để yêu cầu xét đơn Kháng Cáo Cấp 3.

Đối với hầu hết các tình huống liên quan đến kháng cáo, ba mức kháng cáo cuối cùng hoạt động giống nhau. Đây là người giải quyết việc duyệt xét đơn kháng cáo của quý ở mỗi mức trong những mức này.

Kháng Cáo Cấp 3	**Một thẩm phán (được gọi là Thẩm Phán Luật Hành Chính) hoặc luật sư xét xử làm việc cho Chính phủ Liên bang** sẽ đánh giá kháng cáo và trả lời quý vị.

- **Nếu câu trả lời là đồng ý, thủ tục kháng cáo kết thúc.** Những gì quý vị yêu cầu trong đơn kháng cáo đã được chấp thuận. Chúng tôi phải **cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử chấp thuận **trong vòng 72 giờ (24 giờ đối với kháng cáo nhanh) hoặc thanh toán chậm nhất là 30 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định.
- **Nếu câu trả lời là từ chối, thủ tục kháng cáo *có thể* kết thúc hoặc *có thể không* kết thúc.**
    - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối đơn kháng cáo của quý vị, thủ tục kháng cáo kết thúc.

- Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục tới mức tiếp theo của thủ tục duyệt xét. Nếu Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử từ chối đơn kháng cáo của quý vị, thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết phải làm gì tiếp theo nếu quý vị chọn tiếp tục kháng cáo.

Kháng Cáo Mức 4	**Hội Đồng Kháng Cáo** Medicare (Hội Đồng) sẽ đánh giá đơn kháng cáo của quý vị và cho quý vị biết câu trả lời. Hội Đồng này là một phần của Chính phủ Liên bang.

- **Nếu câu trả lời là đồng ý, thủ tục kháng cáo kết thúc.** Những gì quý vị yêu cầu trong đơn kháng cáo đã được chấp thuận. Chúng tôi phải **cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được Hội Đồng chấp thuận **trong vòng 72 giờ (24 giờ đối với kháng cáo nhanh) hoặc thanh toán chậm nhất là 30 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định.
- **Nếu câu trả lời là từ chối, thủ tục kháng cáo *có thể* kết thúc hoặc *có thể không* kết thúc.**
  - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối đơn kháng cáo của quý vị, thủ tục kháng cáo kết thúc.
  - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục chuyển lên mức tiếp theo của thủ tục duyệt xét. Nếu Hội Đồng từ chối đơn kháng cáo của quý vị hoặc từ chối yêu cầu đánh giá đơn kháng cáo, thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết liệu các quy định có cho phép quý vị tiếp tục Kháng Cáo lên Cấp 5 hay không. Nếu quy định cho phép quý vị tiếp tục, thông báo bằng văn bản cũng sẽ thông báo cho quý vị biết cần liên lạc với ai và cần làm gì nếu quý vị lựa chọn tiếp tục kháng cáo.

Kháng Cáo Mức 5	Một thẩm phán tại **Tòa Án Khu Vực Liên Bang** sẽ đánh giá đơn kháng cáo của quý vị.

- Đây là bước cuối cùng của thủ tục kháng cáo.

NỘP ĐƠN KHIẾU NẠI

PHẦN 10 Cách nộp đơn khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ, Dịch Vụ Thành Viên hoặc các quan tâm khác

Nếu vấn đề của quý vị là về các quyết định liên quan đến các quyền lợi, bao trả hoặc thanh toán thì phần này *không dành cho quý vị.* Thay vào đó, quý vị cần sử dụng thủ tục quyết định mức bảo hiểm và kháng cáo. Chuyển sang Phần 4 của chương này.

Phần 10.1 Những loại vấn đề nào được giải quyết theo thủ tục khiếu nại?

Phần này giải thích cách sử dụng thủ tục nộp đơn khiếu nại. Thủ tục khiếu nại *chỉ* được dùng cho một số loại vấn đề nhất định. Những loại vấn đề này gồm vấn đề về phẩm chất của sự chăm sóc, thời gian chờ đợi, dịch vụ khách hàng quý vị được cung cấp. Dưới đây là các ví dụ về các loại vấn đề được giải quyết theo thủ tục khiếu nại.

Nếu quý vị gặp bất kỳ loại vấn đề nào trong các loại vấn đề này, quý vị có thể "nộp đơn khiếu nại"

Khiếu nại	Ví dụ
Chất lượng dịch vụ chăm sóc y tế	• Quý vị có không hài lòng với chất lượng chăm sóc quý vị nhận được (kể cả dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện) không?
Tôn trọng riêng tư của quý vị	• Quý vị có tin rằng có ai đó không tôn trọng quyền riêng tư của quý vị hoặc chia sẻ thông tin về quý vị mà quý vị cảm thấy cần được bảo mật không?
Thiếu tôn trọng, dịch vụ khách hàng kém hoặc những hành vi tiêu cực khác	• Có người đã thô lỗ hoặc thiếu tôn trọng quý vị không? • Quý vị không hài lòng với cách mà Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên của chúng tôi đối xử với quý vị? • Quý vị có cảm thấy mình đang được khuyến khích rời khỏi chương trình không?

Khiếu nại	Ví dụ
Thời gian chờ	• Quý vị có gặp khó khăn khi đặt hẹn hoặc phải chờ quá lâu để đặt hẹn không? • Quý vị có phải chờ bác sĩ, dược sĩ hoặc chuyên gia y tế khác quá lâu không? Hoặc bởi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên của chúng tôi hoặc nhân viên khác của chương trình? ○ Ví dụ bao gồm chờ quá lâu trên điện thoại, trong phòng chờ, khi nhận toa thuốc hoặc trong phòng khám.
Tình trạng vệ sinh	• Quý vị có không hài lòng với tình trạng vệ sinh hoặc tình trạng của một phòng khám, bệnh viện hoặc phòng mạch của bác sĩ?
Thông tin quý vị nhận được từ chúng tôi	• Quý vị có cho rằng chúng tôi đã không cung cấp cho quý vị một thông báo mà chúng tôi cần phải cung cấp không? • Quý vị có cho rằng thông tin bằng văn bản mà chúng tôi cung cấp cho quý vị là khó hiểu không?

Khiếu nại	Ví dụ
Tính kịp thời (Những loại khiếu nại này đều liên quan đến tính kịp thời trong hành động của chúng tôi liên quan đến quyết định bảo hiểm và kháng cáo)	Thủ tục yêu cầu về quyết định mức bao trả và nộp đơn kháng cáo được giải thích trong các phần 4-9 của chương này. Nếu quý vị đang yêu cầu một quyết định bảo hiểm hoặc nộp đơn kháng cáo, quý vị hãy sử dụng thủ tục đó, chứ không phải thủ tục khiếu nại. Tuy nhiên, nếu quý vị đã yêu cầu chúng tôi về một quyết định mức bao trả hoặc đã nộp đơn kháng cáo và quý vị cho rằng chúng tôi không trả lời đủ nhanh, quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về sự chậm trễ của chúng tôi. Dưới đây là các ví dụ: • Nếu quý vị đã yêu cầu chúng tôi cung cấp cho quý vị một "quyết định nhanh về bảo hiểm" hoặc xét "đơn kháng cáo giải quyết nhanh" và chúng tôi đã tuyên bố chúng tôi sẽ không cung cấp, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại. • Nếu quý vị tin rằng chúng tôi không đưa ra quyết định về mức bao trả hoặc trả lời đơn kháng cáo của quý vị đúng hạn, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại. • Khi một quyết định mức bảo hiểm mà chúng tôi đưa ra được xem xét và chúng tôi được cho biết rằng chúng tôi phải chi trả hoặc hoàn trả cho quý vị đối với một số loại thuốc hoặc dịch vụ y tế, có các thời hạn áp dụng. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đang không đáp ứng các thời hạn này, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại.

Phần 10.2 Tên chính thức của "nộp đơn khiếu nại" là "nộp đơn than phiền"

Thuật ngữ Pháp lý

- Khái niệm mà phần này gọi là **"khiếu nại"** còn được gọi là **"than phiền."**
- Thuật ngữ khác cho **"nộp đơn khiếu nại"** là **"nộp đơn than phiền."**
- Một cách khác để nói **"sử dụng quy trình khiếu nại"** là **"sử dụng quy trình nộp đơn than phiền."**

Phần 10.3 Hướng dẫn từng bước: Cách nộp đơn khiếu nại

<u>Bước 1:</u> Liên lạc với chúng tôi ngay lập tức – qua điện thoại hoặc bằng văn bản.

- **Thông thường, bước đầu tiên là gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.** Nếu có bất kỳ điều gì khác quý vị cần phải làm, Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên sẽ cho quý vị biết. 1-800-275-4737, TTY: 711. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Chủ Nhật, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
- **Nếu quý vị không muốn gọi điện thoại (hoặc quý vị đã gọi và không hài lòng), quý vị có thể lập khiếu nại của quý vị bằng văn bản và gửi cho chúng tôi.** Nếu quý vị lập khiếu nại bằng văn bản, chúng tôi sẽ trả lời đơn khiếu nại của quý vị bằng văn bản.
- Nếu quý vị yêu cầu trả lời bằng văn bản, chúng tôi sẽ trả lời bằng văn bản, nếu quý vị nộp đơn khiếu nại (than phiền), hoặc nếu đơn khiếu nại của quý vị liên quan đến chất lượng chăm sóc, chúng tôi sẽ trả lời quý vị bằng văn bản. **Nếu chúng tôi không thể giải quyết đơn khiếu nại của quý vị qua điện thoại, chúng tôi có một thủ tục chính thức để xem xét đơn khiếu nại của quý vị. Chúng tôi gọi đây là Thủ Tục Than Phiền.** Để nộp đơn khiếu nại hoặc nếu quý vị có câu hỏi về thủ tục này, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại nêu trên. Hoặc, quý vị có thể gửi một yêu cầu bằng văn bản đến địa chỉ được liệt kê trong mục *Kháng Cáo Cho Chăm Sóc Y Tế* hoặc *Khiếu Nại về Chăm Sóc Y Tế* và *Kháng Cáo cho Thuốc Theo Toa Part D* hoặc *Khiếu Nại về Thuốc Theo Toa Part D* trong Chương 2 của tập sách này.
    - Quý vị cần nộp đơn khiếu nại trong vòng 60 ngày sau ngày xảy ra sự kiện. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại chính thức bằng văn bản tới địa chỉ được nêu trong phần *Kháng Cáo Cho Chăm Sóc Y Tế* hoặc *Khiếu Nại về Chăm Sóc Y Tế* và *Kháng Cáo cho Thuốc Theo Toa Part D* hoặc *Khiếu Nại về Thuốc Theo Toa Part D* trong Chương 2 của tập sách này.
    - Chúng tôi phải nhanh chóng thông báo cho quý vị quyết định của chúng tôi về khiếu nại của quý vị tùy theo trường hợp của quý vị dựa vào tình trạng sức khỏe của quý vị, nhưng không quá 30 ngày sau khi nhận được khiếu nại. Chúng tôi có thể gia hạn thời gian tối đa 14 ngày nếu quý vị yêu cầu gia hạn hoặc nếu chúng tôi thấy cần thêm thông tin và việc trì hoãn là có lợi nhất cho quý vị.

- Trong một số trường hợp nhất định, quý vị có quyền yêu cầu một đánh giá nhanh khiếu nại của quý vị. Đây được gọi là Thủ Tục Khiếu Nại Nhanh. Quý vị được quyền được đánh giá nhanh khiếu nại của mình nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi trong các trường hợp sau:
  - Chúng tôi từ chối yêu cầu được đánh giá nhanh một yêu cầu về dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc Part D của quý vị.
  - Chúng tôi từ chối yêu cầu được đánh giá nhanh một kháng cáo về dịch vụ hoặc thuốc Part D bị từ chối.
  - Chúng tôi quyết định rằng chúng tôi cần thêm thời gian để đánh giá yêu cầu dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị.
  - Chúng tôi quyết định rằng chúng tôi cần thêm thời gian để đánh giá kháng cáo về chăm sóc y tế bị từ chối của quý vị.

  Quý vị có thể nộp khiếu nại này qua điện thoại bằng cách gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại bằng văn bản cho chúng tôi tới địa chỉ được nêu trong phần *Kháng Cáo Cho Chăm Sóc Y Tế* hoặc *Khiếu Nại về Chăm Sóc Y Tế* và *Kháng Cáo cho Thuốc Theo Toa Part D* hoặc *Khiếu Nại về Thuốc Theo Toa Part D* trong Chương 2 của tập sách này. Sau khi nhận được khiếu nại nhanh, một Bác Sĩ Lâm Sàng sẽ đánh giá trường hợp của quý vị và quyết định lý do từ chối yêu cầu được đánh giá nhanh của quý vị hay gia hạn cho trường hợp này có phù hợp hay không. Chúng tôi sẽ thông báo miệng cho quý vị về quyết định xử lý nhanh trường hợp và thông báo bằng văn bản trong vòng 24 giờ kể từ khi nhận được khiếu nại của quý vị.

- **Dù quý vị gọi điện thoại hay viết thư, quý vị nên liên lạc với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên ngay lập tức.** Đơn khiếu nại phải được lập trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi quý vị gặp vấn đề quý vị muốn khiếu nại.
- **Nếu quý vị nộp đơn khiếu nại vì chúng tôi đã từ chối yêu cầu "quyết định nhanh về bảo hiểm" hoặc "kháng cáo nhanh" của quý vị, chúng tôi sẽ tự động cung cấp đơn "khiếu nại nhanh."** Nếu quý vị có một đơn "khiếu nại nhanh," điều đó có nghĩa là chúng tôi sẽ cho quý vị biết **câu trả lời trong vòng 24 giờ.**

Thuật ngữ Pháp lý
Khái niệm mà phần này gọi là **"đơn khiếu nại nhanh"** còn được gọi là **"khiếu nại nhanh".**

<u>Bước 2:</u> Chúng tôi xem xét đơn khiếu nại của quý vị và cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi.

- **Nếu có thể, chúng tôi sẽ trả lời quý vị ngay lập tức.** Nếu quý vị gọi cho chúng tôi để khiếu nại, chúng tôi có thể cho quý vị biết câu trả lời ngay trong cuộc gọi đó. Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi trả lời nhanh, chúng tôi sẽ làm điều đó.
- **Hầu hết các đơn khiếu nại đều được trả lời trong vòng 30 ngày theo lịch.** Nếu chúng tôi cần thêm thông tin và sự chậm trễ là vì lợi ích tốt nhất của quý vị hoặc nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, chúng tôi có thể dành thêm tối đa là 14 ngày theo lịch (tổng cộng là 44 ngày theo lịch) để trả lời đơn khiếu nại của quý vị. Nếu chúng tôi quyết định dành thêm ngày để đưa ra quyết định, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản.
- **Nếu chúng tôi không đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ đơn khiếu nại của quý vị hoặc không chịu trách nhiệm về vấn đề quý vị đang khiếu nại, chúng tôi sẽ cho quý vị biết. Câu trả lời của chúng tôi sẽ bao gồm các lí do của chúng tôi cho câu trả lời này. Chúng tôi phải trả lời dù chúng tôi có đồng ý với khiếu nại hay không.

Phần 10.4 Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về chất lượng chăm sóc lên Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được bằng cách sử dụng thủ tục theo từng bước đã trình bày ở trên.

Khi đơn khiếu nại của quý vị là về *chất lượng dịch vụ chăm sóc,* quý vị cũng có hai tùy chọn bổ sung:

- **Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại lên Tổ chức Cải tiến Chất lượng.** Nếu quý vị muốn, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được trực tiếp lên tổ chức này *(mà không cần* nộp đơn khiếu nại lên chúng tôi).
    - Tổ chức Cải tiến Chất lượng là một nhóm các bác sĩ thực hành và các chuyên gia chăm sóc y tế khác do chính phủ Liên bang trả lương để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc dành cho bệnh nhân tham gia Medicare.
    - Để tìm tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ chức Cải tiến Chất lượng trong tiểu bang của quý vị, xem trong Chương 2, Phần 4 của tập sách này. Nếu quý vị nộp đơn khiếu nại lên tổ chức này, chúng tôi sẽ hợp tác với họ để giải quyết đơn khiếu nại của quý vị.

- **Hoặc quý vị có thể cùng lúc nộp đơn khiếu nại lên cả hai tổ chức cùng một lúc.** Nếu quý vị muốn, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc lên chúng tôi và cả Tổ chức Cải tiến Phẩm chất.

Phần 10.5 Quý vị cũng có thể thông báo cho Medicare về đơn khiếu nại của quý vị

Quý vị có thể gửi khiếu nại về Wellcare Premium Ultra (HMO) trực tiếp tới Medicare. Để nộp đơn khiếu nại cho Medicare, vui lòng vào trang mạng www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare sẽ xem xét nghiêm túc khiếu nại của quý vị và sẽ sử dụng thông tin này để giúp cải thiện chất lượng chương trình Medicare.

Nếu quý vị có bất kỳ phản hồi hoặc quan ngại khác nào, hoặc nếu quý vị cảm thấy chương trình không giải quyết vấn đề của quý vị, vui lòng gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY/TDD có thể gọi số 1-877-486-2048.

CHƯƠNG 10

Chấm dứt tham gia chương trình với tư cách thành viên

Chương 10. Chấm dứt tham gia chương trình với tư cách thành viên

PHẦN 1 Giới thiệu 311
Phần 1.1 Chương này chú trọng việc quý vị chấm dứt tham gia chương trình với tư cách thành viên..... 311

PHẦN 2 Khi nào quý vị có thể ngưng là thành viên chương trình của chúng tôi?..... 311
Phần 2.1 Quý vị có thể ngưng là thành viên chương trình trong Thời Gian Ghi Danh Hàng Năm 311
Phần 2.2 Quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên của mình trong Thời Hạn Ghi Danh Mở của Medicare Advantage 312
Phần 2.3 Trong một số tình huống nhất định, quý vị có thể ngưng là thành viên trong Thời Gian Ghi Danh Đặc Biệt..... 313
Phần 2.4 Quý vị có thể tìm thêm thông tin về việc khi nào quý vị ngưng là thành viên ở đâu? 315

PHẦN 3 Quý vị có thể chấm dứt tham gia chương trình của chúng tôi với tư cách thành viên bằng cách nào? 315
Phần 3.1 Thông thường, quý vị chấm dứt tư cách thành viên của mình bằng cách ghi danh vào một chương trình khác..... 315

PHẦN 4 Cho tới khi tư cách thành viên chấm dứt, quý vị phải tiếp tục nhận các dịch vụ y tế và thuốc qua chương trình của chúng tôi 317
Phần 4.1 Cho tới khi tư cách thành viên chấm dứt, quý vị vẫn là một thành viên chương trình của chúng tôi..... 317

PHẦN 5 Chúng tôi phải chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình trong một số trường hợp nhất định ... 318
Phần 5.1 Khi nào chúng tôi phải chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình?..... 318
Phần 5.2 Chúng tôi <u>không được</u> yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất cứ lý do gì liên quan tới sức khỏe.... 319
Phần 5.3 Quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại nếu chúng tôi chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi..... 319

PHẦN 1 Giới thiệu

Phần 1.1 Chương này chú trọng việc quý vị chấm dứt tham gia chương trình với tư cách thành viên

Việc ngưng là thành viên chương trình Wellcare Premium Ultra (HMO) có thể là **tự nguyện** (quý vị tự chọn), hoặc **không tự nguyện** (không là chọn lựa của quý vị):

- Quý vị có thể rời bỏ chương trình của chúng tôi, bởi vì quý vị đã quyết định rằng mình *muốn* rời bỏ.
  - Chỉ có vài thời điểm trong năm, hoặc trong một số tình huống, khi nào quý vị có thể tự nguyện ngưng là thành viên chương trình. Phần 2 cho biết *thời điểm* quý vị có thể ngưng là thành viên chương trình bảo hiểm này.
  - Thể thức tự nguyện ngưng là thành viên có khác nhau, tùy loại bảo hiểm mới mà quý vị chọn. Phần 3 cho quý vị biết *cách* quý vị ngưng là thành viên chương trình trong mỗi trường hợp.
- Cũng có một số trường hợp bị hạn chế, khi quý vị không chọn việc bỏ đi, nhưng chúng tôi bị bắt buộc ngưng tư cách thành viên của quý vị. Phần 5 cho quý vị biết về các tình huống, khi chúng tôi phải ngưng tư cách thành viên của quý vị.

Nếu quý vị đang rời bỏ chương trình của chúng tôi, quý vị vẫn phải tiếp tục được chăm sóc y tế qua chương trình của chúng tôi cho tới khi nào hết là thành viên.

PHẦN 2 Khi nào quý vị có thể ngưng là thành viên chương trình của chúng tôi?

Quý vị chỉ có thể ngưng là thành viên chương trình của chúng tôi trong vài thời điểm của năm, gọi là thời hạn ghi danh. Mọi thành viên đều có cơ hội rời khỏi chương trình, trong Thời Hạn Ghi Danh Hàng Năm và trong Thời Hạn Ghi Danh Mở của Medicare Advantage. Trong một số tình huống, quý vị cũng có thể hợp lệ rời bỏ chương trình, vào các thời điểm khác trong năm.

Phần 2.1 Quý vị có thể ngưng là thành viên chương trình trong Thời Gian Ghi Danh Hàng Năm

Quý vị có thể chấm dứt tham gia chương trình với tư cách thành viên trong **Thời Hạn Ghi Danh Hàng Năm** (còn được gọi là “Thời Hạn Ghi Danh Mở Hàng

Năm"). Đây là thời điểm quý vị nên xem lại bảo hiểm sức khỏe và bảo hiểm thuốc của mình và quyết định về bảo hiểm của mình cho năm tới.

- **Khi nào là Thời hạn ghi danh hàng năm?** Điều này xảy ra từ ngày 15 tháng 10 tới ngày 7 tháng 12.
- **Loại chương trình nào quý vị có thể đổi, trong Thời hạn ghi danh hàng năm?** Quý vị có thể chọn giữ lại bảo hiểm hiện tại, hoặc thay đổi mức bảo hiểm của mình, cho năm tới. Nếu quý vị quyết định đổi qua một chương trình mới, thì quý vị có thể chọn bất cứ loại chương trình nào sau đây:
  - Một chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare khác. (Quý vị có thể chọn một chương trình chi trả cho thuốc theo toa, hay một chương trình không chi trả cho thuốc theo toa.)
  - Original Medicare kèm theo chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare riêng biệt
  - – *hoặc* – Original Medicare không có một chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare riêng biệt.
    - **Nếu quý vị nhận "Trợ Giúp Bổ Sung" từ Medicare để thanh toán cho thuốc theo toa:** Nếu quý vị đổi qua Original Medicare và không ghi danh vào một chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare riêng biệt thì Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình bảo hiểm thuốc, trừ khi quý vị yêu cầu không tự động ghi danh.

  Lưu ý: Nếu quý vị rút tên khỏi chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare và không có bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín khác từ 63 ngày trở lên liên tiếp, thì quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh muộn Part D nếu sau đó quý vị tham gia một chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare. (Bảo hiểm "có uy tín" có nghĩa là bảo hiểm đó được kỳ vọng thanh toán, trung bình ít nhất là bằng bảo hiểm thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare). Xin hãy xem Chương 1, Phần 5 để biết thêm thông tin về khoản tiền phạt ghi danh muộn.
- **Khi nào quý vị ngưng là thành viên?** Tư cách thành viên của quý vị sẽ chấm dứt, khi chương trình bảo hiểm mới của quý vị khởi sự vào ngày 1 tháng 1.

Phần 2.2 Quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên của mình trong Thời Hạn Ghi Danh Mở của Medicare Advantage

Quý vị có cơ hội thay đổi bảo hiểm y tế của quý vị *một* lần trong **Thời Hạn Ghi Danh Mở của Medicare Advantage.**

- **Thời Hạn Ghi Danh Mở của Medicare Advantage là khi nào?** Thời hạn này diễn ra mỗi năm, từ 1 tháng 1 đến 31 tháng 3.
- **Quý vị có thể đổi qua loại chương trình nào trong Thời Hạn Ghi Danh Mở của Medicare Advantage hàng năm?** Trong thời gian này, quý vị có thể:
  - Đổi qua một Chương Trình Medicare Advantage khác. (Quý vị có thể chọn một chương trình chi trả cho thuốc theo toa, hay một chương trình không chi trả cho thuốc theo toa.)
  - Rút tên khỏi chương trình của chúng tôi và nhận bảo hiểm thông qua Original Medicare. Nếu quý vị chọn đổi qua Original Medicare trong thời hạn này, quý vị cũng có thể tham gia một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng vào thời điểm đó.
- **Khi nào quý vị ngưng là thành viên?** Tư cách thành viên của quý vị sẽ chấm dứt vào ngày đầu tháng, sau khi quý vị ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage khác hoặc chúng tôi nhận thư yêu cầu của quý vị xin đổi qua Original Medicare. Nếu quý vị cũng chọn ghi danh vào một chương trình Medicare bảo hiểm cho thuốc theo toa, thì tư cách thành viên của quý vị trong chương trình bảo hiểm thuốc theo toa sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng, sau khi bảo hiểm thuốc theo toa nhận thư quý vị yêu cầu ghi tên tham gia.

Phần 2.3 Trong một số tình huống nhất định, quý vị có thể ngưng là thành viên trong Thời Gian Ghi Danh Đặc Biệt

Trong một số tình huống, các thành viên chương trình Wellcare Premium Ultra (HMO) có thể hợp lệ ngưng tư cách thành viên, vào các thời điểm khác trong năm. Đây gọi là **Thời Gian Ghi Danh Đặc Biệt.**

- **Ai hợp lệ được ghi danh trong Thời Hạn Ghi Danh Đặc Biệt?** Nếu bất cứ tình huống gì sau đây áp dụng cho quý vị, thì quý vị có thể hội đủ điều kiện để chấm dứt tư cách thành viên của mình trong Thời Hạn Ghi Danh Đặc Biệt. Đây chỉ là những ví dụ, để có toàn bộ danh sách, quý vị có thể liên lạc với chương trình, gọi Medicare, hoặc vào trang web Medicare (www.medicare.gov):
  - Thông thường, khi nào quý vị đã di chuyển đi nơi khác.
  - Nếu quý vị có Medicaid.
  - Nếu quý vị hội đủ điều kiện được "Trợ Giúp Bổ Sung", với tiền bao trả cho thuốc qua Medicare.
  - Nếu chúng tôi vi phạm hợp đồng với quý vị.

- Nếu quý vị được chăm sóc trong một y viện, như viện dưỡng lão hoặc một bệnh viện chăm sóc dài hạn (LTC).
- Nếu quý vị ghi danh trong Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người cao niên (PACE).
- **Lưu ý:** Nếu quý vị đang tham gia một chương trình quản lý thuốc, quý vị có thể không thay đổi được chương trình. Chương 5, Phần 10 cho quý vị biết nhiều hơn về các chương trình quản lý thuốc.

- **Khi nào thì tới Thời gian ghi danh đặc biệt?** Các thời hạn ghi danh khác nhau, tùy trường hợp của quý vị.
- **Quý vị có thể làm gì?** Để tìm hiểu xem quý vị có hợp lệ ghi danh trong Thời Hạn Ghi Danh Đặc Biệt hay không, xin quý vị gọi Medicare số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Nếu quý vị hợp lệ ngưng tư cách thành viên, vì một hoàn cảnh đặc biệt, quý vị có thể chọn thay đổi cả hai bảo hiểm y tế Medicare và bảo hiểm thuốc theo toa. Có nghĩa là quý vị có thể chọn bất cứ loại chương trình nào sau đây:
  - Một chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare khác. (Quý vị có thể chọn một chương trình chi trả cho thuốc theo toa, hay một chương trình không chi trả cho thuốc theo toa.)
  - Original Medicare *kèm theo* chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare riêng biệt
  - – *hoặc* – Original Medicare *không kèm theo* một chương trình riêng biệt của Medicare cho thuốc theo toa.

Nếu quý vị nhận "Trợ Giúp Bổ Sung" từ Medicare để thanh toán cho thuốc theo toa: Nếu quý vị đổi qua Original Medicare và không ghi danh vào một chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare riêng biệt thì Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình bảo hiểm thuốc, trừ khi quý vị yêu cầu không tự động ghi danh.

Lưu ý: Nếu quý vị rút tên khỏi chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare và không có bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín, trong một khoảng thời gian 63 ngày liên tục trở lên thì quý vị có thể cần trả tiền phạt ghi danh muộn Part D, nếu sau đó quý vị tham gia một chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare. (Bảo hiểm "có uy tín" có nghĩa là bảo hiểm đó được kỳ vọng thanh toán, trung bình ít nhất là bằng bảo hiểm thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare). Xin hãy xem Chương 1, Phần 5 để biết thêm thông tin về khoản tiền phạt ghi danh muộn.

- **Khi nào quý vị ngưng là thành viên?** Tư cách thành viên của quý vị thông thường sẽ chấm dứt vào ngày đầu tiên của tháng, sau khi nhận thư quý vị yêu cầu đổi bảo hiểm.

Phần 2.4 Quý vị có thể tìm thêm thông tin về việc khi nào quý vị ngưng là thành viên ở đâu?

Nếu quý vị có gì thắc mắc, hoặc muốn có thêm tài liệu thông tin về khi nào quý vị có thể ngưng là thành viên:

- Quý vị có thể **gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên** (các số điện thoại được in ở bìa sau tập sách này).
- Quý vị có thể tìm thông tin trong cẩm nang ***Medicare & Quý Vị năm 2022***.
  - Tất cả mọi người có Medicare đều nhận được một tập cẩm nang *Medicare & Quý Vị năm 2022* vào mỗi mùa thu. Những người mới thụ hưởng Medicare nhận một bản, trong vòng một tháng, sau khi ghi danh vào lần đầu.
  - Quý vị có thể tải xuống một bản sao từ trang mạng của Medicare (www.medicare.gov). Hoặc, quý vị có thể hỏi xin một bản in bằng cách gọi Medicare ở số điện thoại bên dưới.
- Quý vị có thể liên lạc với **Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.

PHẦN 3 Quý vị có thể chấm dứt tham gia chương trình của chúng tôi với tư cách thành viên bằng cách nào?

Phần 3.1 Thông thường, quý vị chấm dứt tư cách thành viên của mình bằng cách ghi danh vào một chương trình khác

Thông thường, để ngưng là thành viên trong chương trình, quý vị chỉ cần ghi danh vào một chương trình Medicare khác trong một thời gian ghi danh (xem Phần 2 của chương này để biết thông tin về các thời gian ghi danh). Tuy nhiên, nếu quý vị muốn đổi qua Original Medicare từ chương trình của chúng tôi, *mà không có* một chương trình Medicare bảo hiểm cho thuốc theo toa, thì quý vị phải yêu cầu rút tên khỏi chương trình của chúng tôi. Có hai cách thức quý vị yêu cầu rút tên:

- Quý vị có thể viết thư cho chúng tôi để yêu cầu. Liên lạc Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên nếu quý vị cần thêm thông tin về cách chuyển chương trình (các số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này).

- --*hoặc*--Quý vị có thể liên lạc với Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.

Lưu ý: Nếu quý vị rút tên khỏi chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare và không có bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín, trong một khoảng thời gian 63 ngày liên tục trở lên thì quý vị có thể cần trả tiền phạt ghi danh muộn Part D, nếu sau đó quý vị tham gia một chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare. (Bảo hiểm "có uy tín" có nghĩa là bảo hiểm đó được kỳ vọng thanh toán, trung bình ít nhất là bằng bảo hiểm thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare). Xin hãy xem Chương 1, Phần 5 để biết thêm thông tin về khoản tiền phạt ghi danh muộn.

Bảng liệt kê sau đây giải thích cách nào quý vị nên ngưng là tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi.

Nếu quý vị muốn chuyển từ chương trình của chúng tôi sang:	**Đây là điều quý vị nên làm:**
• Một chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare khác.	• Ghi danh vào một chương trình sức khỏe mới của Medicare. Quý vị sẽ được tự động rút tên khỏi Wellcare Premium Ultra (HMO) khi bảo hiểm mới của chương trình bắt đầu.
• Original Medicare *kèm theo* chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare riêng biệt	• Ghi danh vào một chương trình bảo hiểm thuốc theo toa mới của Medicare. Quý vị sẽ được tự động rút tên khỏi Wellcare Premium Ultra (HMO) khi bảo hiểm mới của chương trình bắt đầu.

Nếu quý vị muốn chuyển từ chương trình của chúng tôi sang:	Đây là điều quý vị nên làm:
• Original Medicare *không kèm theo* một chương trình bảo hiểm cho thuốc theo toa, riêng biệt của Medicare. ○ **Lưu ý:** Nếu quý vị rút tên khỏi chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare và không có bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín khác từ 63 ngày trở lên liên tiếp, thì quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh muộn nếu sau đó quý vị tham gia một chương trình bảo hiểm thuốc của Medicare. Xem Chương 1, Phần 5 để biết thêm chi tiết tiền phạt ghi danh trễ.	• **Gửi chúng tôi văn bản yêu cầu rút tên.** Liên lạc Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên nếu quý vị cần thêm thông tin về cách chuyển chương trình (các số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này). • Quý vị cũng có thể liên lạc **Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần và yêu cầu được rút tên. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. • Quý vị sẽ được tự động rút tên khỏi Wellcare Premium Ultra (HMO) khi bắt đầu có bảo hiểm Original Medicare.

PHẦN 4 Cho tới khi tư cách thành viên chấm dứt, quý vị phải tiếp tục nhận các dịch vụ y tế và thuốc qua chương trình của chúng tôi

Phần 4.1 Cho tới khi tư cách thành viên chấm dứt, quý vị vẫn là một thành viên chương trình của chúng tôi

Nếu quý vị rời bỏ chương trình của chúng tôi, có thể tốn thì giờ, trước khi quý vị ngưng là thành viên, và bảo hiểm mới của Medicare bắt đầu có hiệu lực. (Xem Phần 2 để biết thông tin khi nào thì bảo hiểm mới của quý vị bắt đầu). Trong thời gian này quý vị phải tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc y tế và thuốc theo toa thông qua chương trình của chúng tôi.

- **Quý vị nên tiếp tục sử dụng mạng lưới nhà thuốc của chúng tôi, để lấy thuốc theo toa, cho tới khi nào quý vị ngưng là thành viên chương trình của chúng tôi.** Thông thường, thuốc theo toa của quý vị chỉ được chi trả nếu được lấy tại một nhà thuốc trong mạng lưới, kể cả các dịch vụ nhà thuốc đặt hàng qua bưu điện của chúng tôi.

- **Nếu quý vị nằm bệnh viện ngay ngày hết là thành viên, thì việc nhập viện vẫn sẽ được chi trả y tế, bởi chương trình bảo hiểm của chúng tôi, cho tới khi nào quý vị xuất viện** (kể cả nếu quý vị xuất viện sau khi bắt đầu có bảo hiểm mới).

PHẦN 5 Chúng tôi phải chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình trong một số trường hợp nhất định

Phần 5.1 Khi nào chúng tôi phải chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình?

Chúng tôi phải chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình nếu xảy ra bất cứ trường hợp nào sau đây:

- Nếu quý vị không còn được hưởng các Part A và Part B của Medicare.
- Nếu quý vị di chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi.
- Nếu quý vị ra khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi, lâu hơn sáu tháng.
  - Nếu quý vị chuyển chỗ ở hoặc có chuyến đi xa lâu ngày, quý vị cần gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để tìm hiểu xem liệu nơi quý vị chuyển đến hoặc đi du lịch tới có thuộc khu vực dịch vụ của chúng tôi hay không. (Số điện thoại Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên được ghi ở bìa sau của tập sách này).
- Nếu quý vị bị giam giữ (vào tù).
- Nếu quý vị không phải là công dân Hoa Kỳ hoặc sống hợp pháp tại Hoa Kỳ.
- Nếu quý vị nói dối hoặc che dấu thông tin về bảo hiểm khác quý vị có mà cung cấp bảo hiểm thuốc theo toa.
- Nếu quý vị phải trả số tiền phụ trội cho Part D vì thu nhập của quý vị, và quý vị không chịu trả, Medicare sẽ rút tên quý vị khỏi chương trình của chúng tôi, và quý vị sẽ mất bảo hiểm thuốc theo toa.

Quý vị có thể lấy thêm thông tin ở đâu?

Nếu quý vị có thắc mắc, hoặc muốn có thêm tài liệu thông tin về khi nào chúng tôi có thể ngưng tư cách thành viên của quý vị:

- Quý vị cũng có thể gọi **Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên** để biết thêm thông tin (các số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này).

Phần 5.2 Chúng tôi <u>không được</u> yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất cứ lý do gì liên quan tới sức khỏe

Chúng tôi không được phép yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất cứ lý do gì liên quan tới sức khỏe.

Quý vị nên làm gì nếu chuyện này xảy ra?

Nếu quý vị cho rằng quý vị bị yêu cầu rời chương trình của chúng tôi bởi một lý do liên quan tới sức khỏe, quý vị nên gọi điện thoại cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.

Phần 5.3 Quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại nếu chúng tôi chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Nếu chúng tôi ngưng tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi, thì chúng tôi phải cho quý vị biết bằng văn bản, lý do gì ngưng tư cách thành viên của quý vị. Chúng tôi cũng phải giải thích cách quý vị có thể nộp đơn than phiền hoặc đơn khiếu nại về quyết định chấm dứt tư cách thành viên của quý vị mà chúng tôi đưa ra. Quý vị cũng có thể tìm xem Chương 9, Phần 10 để có chi tiết về cách nộp đơn khiếu nại.

CHƯƠNG 11

Thông báo pháp lý

Chương 11. Thông báo pháp lý

PHẦN 1 **Thông báo về luật quy định 322**

PHẦN 2 **Thông báo về việc không phân biệt đối xử 322**

PHẦN 3 **Thông báo về quyền thay thế của Người Phụ Trả Tiền cho Medicare 323**

PHẦN 4 **Thu hồi phúc lợi chương trình của chúng tôi đã thanh toán theo chương trình Wellcare Premium Ultra (HMO) của quý vị 323**

PHẦN 5 **Thẻ thành viên 326**

PHẦN 6 **Nhà thầu độc lập 327**

PHẦN 7 **Gian lận trong chương trình chăm sóc sức khỏe 327**

PHẦN 8 **Các trường hợp nằm ngoài kiểm soát của chương trình .. 328**

PHẦN 1 Thông báo về luật quy định

Nhiều luật áp dụng cho bản *Chứng Thực Bảo Hiểm* này và có thể áp dụng một số điều khoản phụ trội, theo đòi hỏi của luật. Điều này có thể ảnh hưởng tới các quyền hạn và trách nhiệm của quý vị, kể cả khi luật chưa được bao gồm hay giải thích, trong tài liệu này. Luật chủ yếu áp dụng cho tài liệu này là Tiêu đề XVIII của Đạo Luật An Sinh Xã Hội, và các quy định được tạo ra theo Đạo Luật An Sinh Xã Hội, bởi các Trung tâm dịch vụ Medicare & Medicaid, hoặc các trung tâm CMS. Ngoài ra, có thể áp dụng luật Liên bang và trong vài tình huống, là luật tiểu bang quý vị sinh sống.

PHẦN 2 Thông báo về việc không phân biệt đối xử

Chương trình của chúng tôi phải tuân theo pháp luật bảo vệ quý vị khỏi bị kỳ thị hoặc đối xử bất công. **Chúng tôi không phân biệt đối xử** dựa trên chủng tộc, dân tộc, nguồn gốc quốc gia, màu da, tôn giáo, giới tính, tuổi tác, khuyết tật về thể chất hoặc tinh thần, tình trạng sức khỏe, kinh nghiệm khiếu nại, tiền sử bệnh tật, thông tin di truyền, bằng chứng về bảo hiểm hoặc vị trí địa lý trong khu vực dịch vụ. Mọi tổ chức cung cấp các chương trình Medicare Advantage, như chương trình của chúng tôi, đều phải tuân hành luật Liên Bang chống kỳ thị, bao gồm Tiêu đề VI của Đạo luật Dân Quyền năm 1964, Đạo luật Phục hồi năm 1973, Đạo luật Không kỳ thị Tuổi tác năm 1975, Đạo luật người Mỹ Khuyết tật, Phần 1557 Đạo luật Chăm sóc Y Tế với Giá Cả Phải Chăng, tất cả các luật khác áp dụng cho các tổ chức nhận ngân quỹ chính quyền Liên Bang, và bất cứ luật và quy định gì khác, áp dụng cho bất cứ lý do gì.

Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin hoặc quan tâm đến phân biệt đối xử hoặc đối xử bất công, xin gọi cho **Phòng Dân Quyền** của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh theo số 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) hoặc Phòng Dân Quyền địa phương của quý vị.

Nếu quý vị bị tàn tật và cần giúp để được chăm sóc, vui lòng gọi cho chúng tôi tại Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên (các số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này). Nếu quý vị có khiếu nại, ví dụ như về vấn đề về lối ra vào cho xe lăn, Dịch Vụ Thành Viên có thể trợ giúp.

PHẦN 3 Thông báo về quyền thay thế của Người Phụ Trả Tiền cho Medicare

Chúng tôi có quyền hạn và trách nhiệm truy thu tiền cho các dịch vụ Medicare chi trả, do bởi Medicare không phải là phía chi trả chính yếu. Thể theo quy định của CMS, tham chiếu điều khoản 42 CFR 422.108 và 423.462 của Bộ luật Liên bang, chương trình của chúng tôi, trong vai trò một Tổ Chức Medicare Advantage, sẽ thực thi các quyền hạn tương đương khi truy thu chi phí, mà Bộ Trưởng thực thi qua luật quy định của CMS trong các phần phụ B tới D của phần 411 điều khoản 42 CFR, và luật quy định trong phần này thay thế bất cứ luật gì của Tiểu Bang.

PHẦN 4 Thu hồi phúc lợi chương trình của chúng tôi đã thanh toán theo chương trình Wellcare Premium Ultra (HMO) của quý vị

Khi quý vị bị thương
Nếu quý vị bị thương, bị ốm hoặc phát triển một bệnh lý do những hành động của một người khác, công ty hoặc bản thân quý vị (một "bên chịu trách nhiệm"), chương trình của chúng tôi sẽ cung cấp phúc lợi cho những dịch vụ được bao trả mà quý vị nhận được. Tuy nhiên, nếu quý vị nhận tiền hoặc có quyền nhận tiền vì quý vị bị thương, bị ốm hoặc mắc bệnh dù thông qua một thỏa thuận, phán quyết hoặc bất kỳ khoản thanh toán nào liên qua đến thương tích, bệnh hoăc bệnh lý của quý vị, chương trình của chúng tôi và/hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc điều trị cho quý vị sẽ giữ quyền thu hồi giá trị của bất kỳ dịch vụ nào đã được cung cấp cho quý vị thông qua Chương Trình này theo luật áp dụng của Tiểu Bang.

Khi được sử dụng trong toàn bộ điều khoản này, thuật ngữ "bên chịu trách nhiệm" nghĩa là bất kỳ người nào hoặc tổ chức nào có khả năng hoặc thực sự chịu trách nhiệm về thương tích, bệnh hoặc bệnh lý của quý vị. Thuật ngữ bên chịu trách nhiêm bao gồm trách nhiệm pháp lý hoặc công ty bảo hiểm khác của người hoặc tổ chức chịu trách nhiệm đó.

Một số ví dụ về việc quý vị có thể bị thương, bị ốm hoặc phát triển bệnh lý do hành động của một bên chịu trách nhiệm là:

- Quý vị bị tai nạn xe ô tô;
- Quý vị bị vấp và ngã trong một cửa hàng; hoặc
- Quý vị tiếp xúc với một chất hóa học nguy hiểm tại nơi làm viêc.

Quyền thu hồi của chương trình chúng tôi áp dụng cho mọi và tất cả các khoản tiền quý vị nhận được từ bên chịu trách nhiệm, bao gồm nhưng không giới hạn ở:

- Các khoản thanh toán được thực hiện bởi một bên thứ ba hoặc bất kỳ công ty bảo hiểm nào thay mặt cho một bên thứ ba;
- Bảo hiểm cho người lái xe ô tô không có bảo hiểm hoặc bảo hiểm không đủ;
- Bảo vệ thương tích cá nhân, bảo hiểm bất kể do lỗi bên nào hoặc bất kỳ bảo hiểm nào khác của bên mua bảo hiểm;
- Bồi thường cho người lao động hoặc cung cấp hoặc giải quyết phúc lợi cho người khuyết tật;
- Bao trả các khoản thanh toán y tế theo bất kỳ hợp đồng bảo hiểm ô tô nào, bao trả bảo hiểm của chủ nhà hoặc cơ sở hoặc bao trả bảo hiểm vượt mức quy định;
- Mọi khoản thanh toán nhận được một vụ kiện hoặc một hành động pháp lý khác;
- Mọi phán quyết nhận được một vụ kiện hoặc một hành động pháp lý khác; hoặc
- Bất kỳ khoản thanh toán nào khác từ bất kỳ một nguồn nào khác nhận được như một khoản bồi thường cho sai sót hoặc hành động của bên chịu trách nhiệm.

Khi chấp nhận phúc lợi theo Chương Trình này, quý vị đồng ý rằng chương trình của chúng tôi có quyền ưu tiên thay thế và hoàn trả đầu tiên đi kèm khi Chương Trình này đã thanh toán cho các phúc lợi cho các dịch vụ được bao trả àm quý vị đã nhận đươc do hành động hoặc sai sót của một bên chịu trách nhiệm, và quý vị hoặc người đại diện của quý vị thu hồi, hoặc được quyền thu hồi, mọi khoản tiền từ bên chịu trách nhiệm.

Khi chấp nhận các phúc lợi của Chương Trình này, quý vị (cũng) chỉ định cho chương trình của chúng tôi quyền thu hồi các chi phí y tế của quý vị từ bất kỳ bảo hiểm nào đang có sẵn, tối đa là toàn bộ chi phí của tất cả các Dịch Vụ Được Bao Trả do Chương Trình cung cấp liên quan đến thương tích, bệnh hoặc bệnh lý của quý vị, và (ii) quý vị đồng ý hướng dẫn một cách rõ ràng cho bên chịu trách nhiệm trực tiếp hoàn trả cho Chương Trình thay mặt quý vị.

Khi chấp nhận các phúc lợi của Chương Trình này, quý vị cũng cho chương trình của chúng tôi quyền ưu tiên đầu tiên được giữ lại bất kỳ khoản thu hồi, thỏa thuận hay phán quyết nào, hoặc một nguồn bồi thường khác và tất cả các khoản bồi hoàn cho tổng chi phí phúc lợi cho các Dịch Vụ Được Bao Trả đã

được thanh toán theo Chương Trình của chúng tôi liên quan đến thương tích, bệnh hoặc bệnh lý của quý vị do những hành động hoặc sai sót của một bên chịu trách nhiệm. Quyền ưu tiên này sẽ áp dụng bất kể số tiền được xác định cụ thể là khoản thu hồi chi phí y tế và bất kể quý vị có được bồi thường toàn bộ cho tổn thất của mình hay không. Chương trình của chúng tôi có thể thu hồi toàn bộ chi phí của tất cả các phúc lợi được Chương Trình này cung cấp mà không tính đến bất kỳ khiếu nại nào về lỗi của quý vị, cho dù được gây ra do sơ suất tương đối hay cách khác. Không có phí luật sư nào được khấu trừ từ số tiền thu hồi của chương trình chúng tôi và chương trình của chúng tôi không bắt buộc phải trả hoặc đóng góp vào việc thanh toán chi phí tòa án hoặc phí luật sư cho luật sư được thuê để theo đuổi yêu cầu bồi thường hoặc vụ kiện chống lại bất kỳ bên chịu trách nhiệm nào.

Các bước quý vị cần thực hiện

Nếu quý vị bị thương, bị ốm hoặc phát triển một bệnh lý do một bên chịu trách nhiệm, quý vị phải hợp tác với chương trình của chúng tôi và/hoặc những nỗ lực của nhà cung cấp dịch vụ điều trị để thu hồi chi phí cho nhà cung cấp, bao gồm:

- Cho chương trình của chúng tôi hoặc nhà cung cấp dịch vụ điều trị biết, khi có thể, tên và địa chỉ của bên chịu trách nhiệm và/hoặc luật sư của họ nếu quý vị biết, tên và địa chỉ của luật sư của quý vị nếu quý vị đang sử dụng một luật sư, tên và địa chỉ của bất kỳ công ty bảo hiểm nào liên quan, bao gồm mô tả nguyên nhân gây ra thương tích, bệnh hoặc bệnh lý đó.
- Điền các giấy tờ mà chương trình của chúng tôi hoặc nhà cung cấp dịch vụ điều trị có thể yêu cầu hợp lý để hỗ trợ thực thi quyền giữ lại hoặc quyền thu hồi.
- Phản hồi nhanh chóng các yêu cầu từ chương trình của chúng tôi hoặc nhà cung cấp dịch vụ điều trị về tình trạng hoặc hồ sơ hoặc yêu cầu bồi thường và bất kỳ thảo luận nào về việc thanh toán.
- Thông báo ngay lập tức cho chương trình sau khi quý vị hoặc luật sư của quý vi nhận được bất kỳ khoản tiền nào từ (các) bên chịu trách nhiệm hoặc bất kỳ nguồn nào khác.
- Thanh toán số tiền thu hồi của Chương Trình hoặc quyền thu giữ chi phí chăm sóc sức khỏe từ bất kỳ khoản thu hồi, thanh toán hoặc phán quyết nào, hoặc từ một nguồn bồi thường khác, bao gồm thanh toán tất cả tiền bồi hoàn đến hạn cho chương trình của chúng tôi cho toàn bộ chi phí phúc lợi đã được thanh toán theo Chương Trình liên quan đến thương tích,

bệnh hoặc bệnh lý của quý vị do một bên chịu trách nhiệm gây ra bất kể có được xác định rõ ràng là thu hồi chi phí y tế hay bất kể quý vị cs thể thanh toán hoặc bồi thường toàn bộ cho tổn thất của quý vị hay không;

- Không làm gì phương hại đến các quyền của chương trình của chúng tôi như đã nêu ở trên. Quy định này bao gồm, nhưng không giới hạn ở việc ngăn cản bất kỳ nỗ lực nào làm giảm hoặc loại trừ khỏi việc thanh toán hoặc thu hồi toàn bộ chi phí của tất cả các phúc lợi đã được Chương Trình thanh toán hoặc bất kỳ nỗ lực từ chối quyền được ưu tiên thu giữ hoặc thu hồi trước tiên.
- Giữ bất kỳ khoản tiền nào quý vị hoặc luật sư của quý vị nhận được từ (các) bên chịu trách nhiệm hoặc từ bất kỳ một nguồn nào khác, với sự tin cậy và hoàn trả chương trình của chúng tôi hoặc nhà cung cấp dịch vụ điều trị, nếu có, cho số tiền thu hồi cho Chương Trình của chúng tôi ngay khi quý vị được thanh toán và trước khoản thanh toán của bất kỳ người nào có khả năng nắm quyền giữ lại hoặc các bên thứ ba yêu cầu quyền thu hồi.
- Quý vị được yêu cầu hợp tác với chúng tôi để thực hiện việc thu hồi tiền trả dư.

PHẦN 5 Thẻ thành viên

Thẻ thành viên do chương trình của chúng tôi phát hành theo *Chứng Thực Bảo Hiểm* này chỉ dùng cho mục đích nhận dạng. Sở hữu một thẻ thành viên không mang lại bất kỳ quyền nào đối với các dịch vụ và phúc lợi nằm trong *Chứng Thực Bảo Hiểm* này. Để được hưởng các dịch vụ và phúc lợi trong *Chứng Thực Bảo Hiểm* này, chủ thẻ phải đủ điều kiện được bảo hiểm và được ghi danh là thành viên theo *Chứng Thực Bảo Hiểm* này. Bất kỳ người nào nhận dịch vụ mà họ không đủ điều kiện được hưởng theo *Chứng Thực Bảo Hiểm* này sẽ phải chịu trách nhiệm thanh toán cho những dịch vụ này. Thành Viên phải xuất trình thẻ thành viên của chương trình, không phải thẻ Medicare khi nhân dịch vụ. Vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại ở mặt sau tập sách này nếu quý vị cần thay thẻ thành viên.

Lưu ý: Bất kỳ thành viên nào cố ý cho phép lạm dụng hoặc sử dụng sai mục đích thẻ thành viên có thể bị rút tên vì lý do đó. Chương trình của chúng tôi phải báo cáo việc rút tên do lạm dụng hoặc sử dụng sai mục đích thẻ thành viên cho Văn Phòng Tổng Thanh Tra, việc này có thể dẫn đến bị truy cứu trách nhiệm hình sự.

PHẦN 6 Nhà thầu độc lập

Mối quan hệ giữa chương trình của chúng tôi và mỗi nhà cung cấp tham gia là một mối quan hệ với nhà thầu độc lập. Các nhà cung cấp tham gia chương trình không phải là nhân viên hoặc đại lý của chương trình chúng tôi cũng như không chương trình hay nhân viên nào của chương trình là nhân viên hay đại lý của một nhà cung cấp tham gia. Trong mọi trường hợp, chương trình của chúng tôi sẽ không chịu trách nhiệm về sự sơ suất, hành động sai trái, hoặc thiếu sót của bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nhà cung cấp tham gia chương trình nào. Các bác sĩ tham gia chương trình, và không phải là chương trình của chúng tôi, duy trì mỗi quan hệ bác sĩ-bệnh nhân với Thành Viên. Chương trình của chúng tôi không phải là một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

PHẦN 7 Gian lận trong chương trình chăm sóc sức khỏe

Gian lận trong chương trình chăm sóc sức khỏe được định nghĩa là sự lừa dối hoặc khai báo sai với chương trình của một nhà cung cấp, Thành Viên, chủ sử dụng lao động hoặc bất kỳ người nào khác thay mặt cho những người này. Đây là một trọng tội có thể bị truy tố. Bất kỳ người nào sẵn sàng và cố ý tham gia vào một hoạt động nhằm lừa dối chương trình chăm sóc sức khỏe bằng cách, ví dụ, nộp đơn yêu cầu bồi thường có tuyên bố sai hoặc lừa dối đều phạm tội gian lận chương trình chăm sóc sức khỏe.

Nếu quý vị lo ngại về bất kỳ khoản phí nào xuất hiện trên hóa đơn hay Bản Giải Thích Phúc Lợi, hoặc nếu quý vị biết hay nghi ngờ bất kỳ hoạt động bất hợp pháp nào, hãy gọi cho Đường Dây Nóng Về Gian Lận miễn phí của chương trình của chúng tôi theo số 1-866-685-8664 (TTY: 711). Đường Dây Nóng Về Gian Lận hoạt động 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần. Tất cả các cuộc gọi đều được bảo mật nghiêm ngặt.

PHẦN 8 Các trường hợp nằm ngoài kiểm soát của chương trình

Trong trường hợp thiên tai, chiến tranh, bạo loạn, nổi dậy dân sự, dịch bệnh, phá hủy hoàn toàn hoặc một phần cơ sở vật chất, vụ nổ nguyên tử hoặc rò rỉ năng lượng hạt nhân khác, tình trạng khuyết tật của nhân viên nhóm y tế quan trọng, tình trạng khẩn cấp hoặc các sự kiện tương tự không nằm trong tầm kiểm soát của chương trình chúng tôi, dẫn đến việc cơ sở vật chất hoặc nhân sự của chương trình của chúng tôi không thể cung cấp hoặc thu xếp cho các dịch vụ hoặc phúc lợi theo *Chứng Thực Bảo Hiểm* này, nghĩa vụ cung cấp các dịch vụ hoặc phúc lợi đó của chương trình sẽ giới hạn ở yêu cầu rằng chương trình của chúng tôi phải thực hiện nỗ lực thiện chí để cung cấp hoặc thu xếp việc cung cấp các dịch vụ hoặc phúc lợi đó trong khả năng cung cấp hiện thời của cơ sở vật chất hoặc nhân sự của mình.

CHƯƠNG 12

Định nghĩa các từ quan trọng

Chương 12. Định nghĩa các từ quan trọng

Trung Tâm Giải Phẫu Cấp Cứu – Trung Tâm Giải Phẫu Cấp Cứu là một cơ sở hoạt động chuyên biệt, có mục tiêu cung cấp các dịch vụ giải phẫu cho bệnh nhân ngoại trú không bắt buộc nằm bệnh viện và họ sẽ không ở lại trung tâm y tế quá 24 giờ.

Thời Hạn Ghi Danh Hàng Năm – Là một thời hạn ấn định vào mỗi mùa thu khi thành viên có thể thay đổi các chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc thuốc, hoặc trở lại Original Medicare. Thời hạn ghi danh hàng năm là từ 15 tháng 10 đến 7 tháng 12.

Kháng cáo – Đệ đơn kháng cáo là điều quý vị làm, khi không đồng ý với quyết định của chúng tôi từ chối một yêu cầu bảo hiểm cho các dịch vụ y tế, hay thuốc mua theo toa bác sĩ, hoặc bao trả các dịch vụ, hoặc những thuốc quý vị nhận được. Quý vị cũng có thể lập đơn kháng cáo, nếu quý vị không đồng ý về quyết định của chúng tôi chấm dứt các dịch vụ mình đang nhận. ví dụ, quý vị có thể hỏi xin một đơn kháng cáo, nếu chúng tôi không trả tiền một loại thuốc, món đồ, hoặc dịch vụ mà quý vị nghĩ rằng mình có thể tiếp nhận. Chương 9 giải thích về các kháng cáo, kể cả thủ tục đệ đơn kháng cáo.

Gửi Hóa Đơn Thu Tiền Tồn Đọng – Khi một nhà cung cấp dịch vụ (như bác sĩ hay bệnh viện) tính tiền bệnh nhân cao hơn con số chia sẻ chi phí mà chương trình bảo hiểm cho phép. Là thành viên của chương trình Wellcare Premium Ultra (HMO), quý vị chỉ phải trả chia sẻ chi phí của chương trình khi nhận các dịch vụ được chương trình bao trả. Chương trình của chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe gởi giấy đòi “tiền tồn đọng” cho quý vị, hay mặt khác tính tiền quý vị nhiều hơn phần chia sẻ chi phí của quý vị, theo ấn định của chương trình.

Giai Đoạn Phúc Lợi – Là phương thức mà chương trình của chúng tôi và Original Medicare đo lường việc quý vị sử dụng các dịch vụ từ cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF). Một giai đoạn phúc lợi sẽ bắt đầu vào ngày quý vị bước vào một cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Giai đoạn phúc lợi chấm dứt, khi quý vị chưa nhận được bất cứ dịch vụ chăm sóc chuyên môn nào tại một cơ sở SNF trong liên tiếp 60 ngày. Nếu quý vị bước vào một cơ sở điều dưỡng chuyên nghiệp sau khi một giai đoạn phúc lợi kết thúc thì một giai đoạn phúc lợi mới sẽ bắt đầu. Không hạn chế con số giai đoạn phúc lợi.

Thuốc Chính Hiệu – Là một loại thuốc mua theo toa bác sĩ, được bào chế và bán ra bởi công ty dược phẩm đã nghiên cứu và phát triển thuốc này từ khởi đầu. Các loại thuốc chính hiệu có cùng hoạt chất trong công thức bào chế thuốc như phiên bản thuốc gốc. Tuy nhiên, thuốc gốc được sản xuất và bán bởi các

nhà sản xuất thuốc khác và thường không sẵn có cho đến khi bằng sáng chế của thuốc chính hiệu hết hạn.

Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương – Giai đoạn trong Phúc Lợi Thuốc Part D mà quý vị trả khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm thấp cho thuốc của quý vị sau khi quý vị hoặc các bên hội đủ điều kiện khác đại diện cho quý vị đã chi trả $7,050 cho thuốc được bao trả trong năm được bao trả.

Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) – Là cơ quan chính quyền Liên bang điều hành Medicare. Chương 2 giải thích cách nào liên lạc văn phòng CMS.

Khoản Đồng Bảo Hiểm – Số tiền quý vị có thể phải trả dưới dạng chia sẻ chi phí cho dịch vụ hoặc thuốc theo toa. Tiền đồng bảo hiểm thông thường tính theo tỷ lệ phần trăm (ví dụ 20%).

Khiếu nại – Tên chính thức của “nộp đơn khiếu nại” là “nộp đơn than phiền”. Thủ tục khiếu nại *chỉ* được dùng cho một số loại vấn đề nhất định. Những loại vấn đề này gồm vấn đề về phẩm chất của sự chăm sóc, thời gian chờ đợi, dịch vụ khách hàng quý vị được cung cấp. Hãy xem thêm mục "Đơn Than Phiền" trong danh sách định nghĩa này.

Cơ Sở Phục Hồi Ngoại Trú Toàn Diện (CORF) – Một cơ sở chủ yếu cung cấp các dịch vụ phục hồi chức năng sau khi bị ốm hoặc chấn thương và cung cấp nhiều dịch vụ bao gồm vật lý trị liệu, dịch vụ xã hội hoặc tâm lý, trị liệu hô hấp, trị liệu chức năng hoạt động và dịch vụ bệnh lý ngôn ngữ-lời nói và dịch vụ đánh giá môi trường tại nhà.

Đồng Thanh Toán (hoặc “đồng chi trả”) – Khoản quý vị có thể được yêu cầu thanh toán như khoản chia sẻ chi phí của quý vị cho dịch vụ hoặc tiếp liệu y tế, như thăm khám bác sĩ, thăm khám bệnh viện ngoại trú hoặc thuốc theo toa. Khoản tiền đồng thanh toán thường là một số tiền cố định, không phải là tỷ lệ phần trăm. ví dụ, quý vị có thể trả $10 hay $20 khi khám tại văn phòng bác sĩ hoặc mua thuốc theo toa.

Chia Sẻ Chi Phí – Chia sẻ chi phí là số tiền một thành viên phải trả khi nhận các dịch vụ hoặc thuốc. (Đây là khoản bổ sung cho phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình.) Chia sẻ chi phí bao gồm sự kết hợp bất kỳ của ba cách thanh toán sau: (1) bất kỳ khoản khấu trừ nào mà một chương trình có thể áp dụng trước khi các dịch vụ hoặc thuốc được bao trả; (2) bất kỳ khoản "đồng thanh toán" cố định nào mà một chương trình yêu cầu khi nhận được một dịch vụ hoặc thuốc cụ thể; hoặc (3) bất kỳ khoản “đồng bảo hiểm” nào, tức là số phần trăm của tổng khoản phải thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc, mà chương trình yêu cầu khi nhận được một dịch vụ hoặc thuốc cụ thể. Có thể áp dụng một "mức

chia sẻ chi phí mỗi ngày" khi bác sĩ của quý vị cho toa cung cấp thuốc ít hơn một tháng cho mình và quý vị bị bắt buộc trả một khoản đồng thanh toán.

Bậc Chia Sẻ Chi Phí –Mỗi loại thuốc trên danh sách thuốc được bao trả, là một trong 6 bậc chia sẻ chi phí. Nói chung, bậc chia sẻ chi phí càng cao, thì giá tiền thuốc càng cao.

Quyết Định Bảo Hiểm – Là một quyết định rằng bảo hiểm có bao trả cho loại thuốc cho toa đó không, nếu có, là bao nhiêu, mà quý vị được yêu cầu phải trả cho toa thuốc này. Nói chung, nếu quý vị mang toa thuốc tới một nhà thuốc, và họ nói với quý vị rằng toa thuốc này không được bảo hiểm bao trả, theo chương trình của quý vị, thì đây không phải là quyết định bảo hiểm. Quý vị cần gọi điện thoại hoặc viết thư cho chương trình của mình, để hỏi xin một quyết định chính thức về mức bảo hiểm. Quyết định bảo hiểm được gọi là "quyết định về mức bảo hiểm", trong tập sách này. Chương 9 giải thích cách nào yêu cầu chúng tôi có một quyết định về mức bảo hiểm.

Thuốc Được Bao Trả – Là từ ngữ chúng tôi sử dụng, có nghĩa là mọi thuốc theo toa được chương trình bảo hiểm bao trả.

Dịch Vụ Được Bao Trả – Là từ ngữ chúng tôi sử dụng, có nghĩa là mọi dịch vụ y tế và tiếp liệu được chương trình bao trả.

Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa Có Uy Tín – Là mức bảo hiểm cho thuốc theo toa (ví dụ: từ một chủ lao động hay công đoàn) được kỳ vọng thanh toán, trung bình ít nhất là bằng bảo hiểm thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare. Những ai có loại bảo hiểm này, khi họ trở thành đủ điều kiện hưởng Medicare, nói chung là có thể duy trì bảo hiểm đó, không cần trả tiền phạt, nếu họ quyết định sau này ghi danh vào chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare.

Chăm Sóc Đời Sống Thường Nhật – Chăm sóc đời sống thường nhật là việc chăm sóc cá nhân trong một viện dưỡng lão, nơi chăm sóc cuối đời, hoặc bối cảnh cơ sở khác, khi quý vị không cần y tế chuyên môn, hoặc dịch vụ điều dưỡng chuyên môn. Chăm sóc đời sống thường nhật là chăm sóc cá nhân, có thể được cung cấp bởi những ai không có khả năng chuyên môn, hay không được đào tạo chuyên môn. chẳng hạn như giúp đỡ các sinh hoạt trong cuộc sống hàng ngày như tắm rửa, mặc quần áo, ăn uống, lên xuống giường hay ghế, di chuyển tới lui, và sử dụng phòng tắm. Cũng có thể bao gồm loại y tế mà hầu hết mọi người có thể tự lo cho chính mình, như dùng thuốc nhỏ mắt. Medicare không chi trả cho dịch vụ chăm sóc đời sống thường nhật.

Mức chia sẻ chi phí mỗi ngày – Có thể áp dụng một "mức chia sẻ chi phí mỗi ngày", khi bác sĩ của quý vị cho toa cung cấp thuốc ít hơn một tháng cho mình, và quý vị bị bắt buộc trả khoản đồng thanh toán. Mức chia sẻ chi phí mỗi ngày là

khoản đồng thanh toán được chia ra theo số ngày trong một tháng dùng thuốc. Ví dụ như sau: nếu khoản đồng thanh toán của quý vị cho lượng thuốc dùng trong một tháng đối với một loại thuốc là $30 và lượng thuốc cho một tháng trong chương trình của quý vị là 30 ngày thì "tỷ lệ chia sẻ chi phí hàng ngày" của quý vị là $1 mỗi ngày. Điều này có nghĩa là quý vị trả $1 cho tiếp liệu y tế mỗi ngày, khi quý vị lấy thuốc mua theo toa.

Khoản khấu trừ – Là số tiền quý vị phải trả cho y tế hoặc thuốc theo toa, trước khi chương trình của chúng tôi bắt đầu bao trả.

Rút Tên hoặc Rút Khỏi Chương Trình – Là quá trình chấm dứt tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi. Việc rút khỏi chương trình có thể là tự nguyện (quý vị tự chọn), hoặc không tự nguyện (không là chọn lựa của quý vị).

Phí Cấp Bán Thuốc – Là một khoản phí được tính mỗi lần phân phát thuốc được bao trả, để bao trả lấy thuốc theo toa. Phí cấp bán thuốc thì bao trả phí tổn như thời giờ dược sĩ chuẩn bị và đóng gói, theo toa thuốc.

Thiết bị Y tế Lâu bền (DME) – Một số trang thiết bị y tế nhất định được bác sĩ đặt mua vì các lý do y tế. Các ví dụ về thiết bị bao gồm khung tập đi, xe lăn, nạng, hệ thống chăn đệm chạy điện, tiếp liệu cho bệnh tiểu đường, máy bơm thuốc vào tĩnh mạch được truyền qua nước biển IV, thiết bị phát âm, thiết bị cung cấp oxy, máy xông khí dung, giường bệnh viện do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe yêu cầu chương trình cung cấp cho quý vị để sử dụng tại nhà.

Cấp Cứu – Một trường hợp cấp cứu y tế là khi nào quý vị, hay một thường dân thận trọng nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và thuốc men, mà tin là quý vị có các triệu chứng về y khoa, đòi hỏi sự chú ý chăm sóc y tế ngay lập tức, để ngăn ngừa sự vong mạng, mất chân tay, hay chân tay không hoạt động được. Các triệu chứng y khoa có thể là bệnh tật, thương tích, đau nặng hoặc tình trạng bệnh lý nhanh chóng trở nên tồi tệ hơn.

Chăm Sóc Cấp Cứu – Các dịch vụ được bao trả: 1) được cung cấp bởi một nhà cung cấp hội đủ điều kiện cho các dịch vụ cấp cứu; và 2) cần thiết để điều trị, đánh giá hoặc ổn định tình trạng bệnh lý cấp cứu.

Chứng Thực Bảo Hiểm (EOC) và Bản Điều Lệ Chương Trình – Văn bản này, kèm theo đơn ghi danh và mọi giấy tờ khác đính kèm, các điều khoản phụ trội, hay mức bảo hiểm tuỳ chọn khác, giải thích mức bảo hiểm của quý vị, những gì chúng tôi phải làm, quyền hạn của quý vị, và quý vị phải làm gì trong tư cách thành viên chương trình của chúng tôi.

Trường Hợp Ngoại Lệ – Là một loại quyết định bảo hiểm, nếu được chấp thuận, sẽ cho quý vị lấy một loại thuốc không thuộc danh mục thuốc (ngoại lệ

trong danh mục thuốc), hay một loại thuốc mà hãng bảo hiểm không cho ưu tiên ở bậc chia sẻ chi phí thấp hơn (ngoại lệ về bậc thuốc). Quý vị cũng có thể yêu cầu một trường hợp ngoại lệ, nếu chương trình bảo trợ đòi hỏi quý vị dùng thử một loại thuốc khác, trước khi nhận loại thuốc mình yêu cầu, hoặc, bảo hiểm hạn chế số lượng hoặc liều lượng thuốc mà quý vị yêu cầu (một ngoại lệ trong danh mục thuốc).

Trợ Giúp Bổ Sung – Là một chương trình Medicare để giúp những ai có mức thu nhập thấp và phương tiện hạn chế, để bao trả phí tổn Medicare cho thuốc theo toa, như lệ phí bảo hiểm đóng hàng tháng, tiền khấu trừ trả trước, và tiền đồng bảo hiểm.

Thuốc Gốc – Là một loại thuốc mua theo toa, được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (FDA) chấp thuận, cũng có cùng (những) hoạt chất giống như thuốc chính hiệu. Tổng quát, loại thuốc "gốc" cũng có tác dụng y như thuốc chính hiệu và thường có giá rẻ hơn.

Đơn Than Phiền – Là một loại đơn khiếu nại mà quý vị làm, về chúng tôi, hoặc các nhà thuốc, kể cả khiếu nại về chất lượng của dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Loại khiếu nại này không dính líu tới mức bảo hiểm hay tranh tụng về số tiền chi trả.

Người Trợ Giúp Chăm Sóc Sức Khỏe Tại Nhà – Một người trợ giúp chăm sóc sức khỏe tại nhà thì không cần khả năng chuyên môn của một y tá hay chuyên viên trị liệu có giấy phép hành nghề, chẳng hạn như giúp đỡ chăm sóc cá nhân (ví dụ tắm rửa, sử dụng nhà vệ sinh, mặc quần áo, hoặc thực hiện các bài tập thể dục như được kê toa). Những người trợ giúp chăm sóc sức khỏe tại nhà thì không có giấy phép hành nghề y tá, hoặc trị liệu phục hồi thể lực.

Chăm Sóc Cuối Đời – Một thành viên còn sống thêm được 6 tháng hay ít hơn, thì có quyền chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời. Chúng tôi, chương trình của quý vị, phải cung cấp một danh sách chăm sóc cuối đời trong khu vực địa lý của quý vị. Nếu quý vị chọn chăm sóc cuối đời là dịch vụ chăm sóc cuối đời và tiếp tục đóng lệ phí bảo hiểm hàng tháng, thì quý vị vẫn là thành viên chương trình của chúng tôi. Quý vị vẫn có thể lấy các dịch vụ cần thiết về mặt y tế, cũng như các quyền lợi phụ trội mà chúng tôi cung ứng. Dịch vụ chăm sóc cuối đời sẽ cung cấp sự chăm sóc đặc biệt cho tiểu bang quý vị.

Điều Trị Nội Trú tại Bệnh Viện – Là nằm bệnh viện là khi quý vị được chính thức nhập viện, để có các dịch vụ y tế chuyên môn. Kể cả nếu quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị có thể được coi là “bệnh nhân ngoại trú.”

Khoản Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập (IRMAA) – Nếu thu nhập điều chỉnh chưa trừ thuế của quý vị như được ghi trên giấy khai

thuế mà quý vị nộp cho IRS từ 2 năm trước vượt quá một mức nhất định, quý vị sẽ phải đóng một khoản phí bảo hiểm tiêu chuẩn và Khoản Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập, được gọi tắt là IRMAA. IRMAA là chi phí phụ trội cộng thêm vào phí bảo hiểm của quý vị. Dưới 5% số người thụ hưởng Medicare chịu ảnh hưởng, nên hầu hết sẽ không đóng lệ phí bảo hiểm cao hơn là lệ phí bảo hiểm hàng tháng.

Hiệp Hội Bác Sĩ Hành Nghề Độc Lập (IPA) – Là hiệp hội gồm có các bác sĩ, kể cả bác sĩ gia đình PCP và các bác sĩ chuyên khoa, và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, kể cả các bệnh viện, ký hợp đồng với chương trình để cung cấp các dịch vụ cho thành viên. Xem Chương 1, Phần 3.2.1.

Giới Hạn Bảo Hiểm Ban Đầu – Mức bảo hiểm tối đa trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu.

Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu – Đây là giai đoạn trước khi tổng các chi phí thuốc của quý vị bao gồm các khoản quý vị đã thanh toán và những gì chương trình của quý vị đã thanh toán thay mặt cho quý vị cho năm phải thanh toán đạt đến $4,430.

Thời Hạn Ghi Danh Ban Đầu – Khi quý vị bắt đầu hội đủ điều kiện tham gia Medicare, giai đoạn khi quý vị có thể đăng ký cho bảo hiểm Medicare Part A và Part B. Ví dụ, nếu quý vị hội đủ điều kiện tham gia Medicare khi quý vị đủ 65 tuổi, Thời Hạn Ghi Danh Ban Đầu của quý vị là giai đoạn bảy tháng bắt đầu từ ba tháng trước tháng quý vị đủ 65 tuổi, gồm cả tháng quý vị đủ 65 tuổi và ba tháng sau tháng quý vị đủ 65 tuổi.

Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Mục Thuốc hay "Danh Sách Thuốc") – Một danh sách thuốc theo toa được chương trình này bao trả. Các thứ thuốc trên danh sách này được tuyển chọn bởi chương trình bảo hiểm, với sự trợ giúp của các bác sĩ và dược sĩ. Danh sách này bao gồm các loại thuốc chính hiệu và thuốc gốc.

Chương Trình Trợ Cấp Cho Người Có Thu Nhập Thấp (LIS) – Xem "Trợ Giúp Bổ Sung".

Số Tiền Tự Trả Tối Đa – Số tiền tối đa mà quý vị tự trả trong năm theo lịch cho các dịch vụ Part A và Part B được bao trả trong mạng lưới. Đó là khoản tiền mà quý vị phải trả cho phí bảo hiểm chương trình của quý vị và phí bảo hiểm Medicare Part A và Part B, và tiền mua thuốc không được tính vào số tiền tự trả tối đa. Xem Chương 4, Phần 1.2 để có thêm thông tin về số tiền tự trả tối đa của quý vị.

Medicaid (hoặc Chương Trình Hỗ Trợ Y Tế) – Là một chương trình kết hợp của chính quyền Liên bang và tiểu bang để giúp trả phí tổn y tế cho một số người có mức thu nhập thấp và các nguồn phương tiện hạn chế. Các chương trình Medicaid đổi khác từ tiểu bang này sang tiểu bang kia, nhưng hầu hết phí tổn y tế đều được chi trả, nếu quý vị hợp lệ hưởng cả hai Medicare và Medicaid. Xem Chương 2, Phần 6 để biết chi tiết về cách liên lạc với Medicaid ở tiểu bang của quý vị.

Nhóm Y Khoa – Là một nhóm các bác sĩ, kể cả bác sĩ gia đình PCP, bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp dịch vụ y tế, kể cả các bệnh viện có ký hợp đồng với chương trình để cung cấp dịch vụ cho thành viên. Xem Chương 1, Phần 3.2.

Chỉ Định Được Chấp Nhận Về Mặt Y Tế – Là việc sử dụng thuốc được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm chấp thuận hoặc được một số sách tham khảo hỗ trợ. Xem Chương 5, Phần 3 để biết chi tiết về một chỉ định được chấp nhận về mặt y tế.

Cần Thiết Về Mặt Y Tế – Là các dịch vụ, tiếp liệu y tế, hoặc thuốc cần thiết cho việc ngừa bệnh, chẩn bệnh, hoặc chữa trị bệnh lý quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn thực hành về y khoa.

Medicare – Là chương trình bảo hiểm y tế của chính quyền Liên bang, dành cho những người từ 65 tuổi trở lên, những người dưới 65 tuổi bị vài khuyết tật, và những người mắc Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (thường thì những ai suy thận lâu dài cần lọc máu hoặc cấy ghép thận). Những ai có Medicare thì có thể lấy bảo hiểm Medicare qua Original Medicare, một chương trình PACE hay một chương trình Medicare Advantage.

Thời Hạn Ghi Danh Mở của Medicare Advantage – Là một thời điểm cố định mỗi năm, khi các thành viên trong chương trình Medicare Advantage có thể hủy bỏ tham gia chương trình của họ và đổi qua chương trình Medicare Advantage khác hoặc được bảo hiểm thông qua Original Medicare. Nếu quý vị chọn đổi qua Original Medicare trong thời hạn này, quý vị cũng có thể tham gia một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng vào thời điểm đó. Thời Hạn Ghi Danh Mở của Medicare Advantage là từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 và được mở trong khoảng thời gian 3 tháng sau khi cá nhân lần đầu hội đủ điều kiện ghi danh Medicare.

Medicare Advantage (MA) Plan – Đôi khi còn được gọi là Medicare Part C. Chương trình được cung cấp bởi một công ty tư nhân ký kết hợp đồng với Medicare để cung cấp cho quý vị tất cả các phúc lợi của Bảo Hiểm Medicare

Part A và Part B. Chương trình Medicare Advantage có thể là HMO, PPO, chương trình Trả Tiền Theo Dịch Vụ Cá Nhân (PFFS) hoặc chương trình Tài Khoản Tiết Kiệm Y Tế Medicare (MSA). Khi quý vị ghi tên vào chương trình Medicare Advantage, thì các dịch vụ của Medicare được chi trả qua chương trình và không phải qua Original Medicare. Trong đa số các trường hợp, các chương trình Medicare Advantage cũng có chương trình Medicare Part D (bảo hiểm cho thuốc theo toa). Các chương trình này được gọi là **Chương trình Medicare Advantage kèm theo Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa.** Tất cả những người có Medicare Part A và Part B đều đủ điều kiện tham gia vào mọi chương trình sức khỏe Medicare Advantage được cung cấp trong khu vực của họ.

Chương Trình Giảm Giá Trong Giai Đoạn Khoảng Trống Bảo Hiểm Của Medicare – Một chương trình cung cấp giảm giá cho hầu hết các thuốc chính hiệu được Part D bao trả cho những người ghi danh Part D đã đạt tới Giai Đoạn Khoảng Trống Bảo Hiểm và chưa nhận được "Trợ Giúp Bổ Sung". Các khoản giám giá được dựa trên thỏa thuận giữa chính phủ Liên Bang và một số nhà sản xuất thuốc nhất định. Vì lý do này, hầu hết, nhưng không toàn bộ, các thuốc chính hiệu đều được hạ giá.

Các Dịch Vụ Được Medicare Bao Trả – Các dịch vụ được Medicare Part A và Part B bao trả. Tất cả các chương trình sức khỏe của Medicare, trong đó có chương trình của chúng tôi, phải bao trả mọi dịch vụ mà Medicare Part A hoặc Part B bao trả.

Chương Trình Sức Khỏe Medicare – Một chương trình sức khỏe Medicare được đưa ra bởi một công ty tư nhân ký hợp đồng với Medicare để cung cấp mọi phúc lợi Medicare Part A và Part B cho những người ghi danh vào chương trình. Từ ngữ này bao gồm tất cả các Chương trình Medicare Advantage, Chương trình Medicare Cost Plan, Chương trình Mẫu/Thí điểm và Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người cao niên (PACE).

Chương Trình Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa Medicare (Medicare Part D) – Là bảo hiểm giúp bao trả thuốc theo toa cho bệnh nhân ngoại trú, thuốc tiêm ngừa, các sản phẩm sinh học, và một số tiếp liệu y tế không được bao trả bởi Medicare Part A và Part B.

Chính Sách "Medigap" (Bảo Hiểm Medicare Bổ Sung) – Các công ty bảo hiểm tư nhân bán bảo hiểm Medicare bổ sung, để lấp "những khoảng trống" trong Original Medicare. Các hợp đồng của Medigap chỉ hoạt động chung với Original Medicare. (Chương trình Medicare Advantage không phải là một hợp đồng Medigap.)

Thành viên (Thành viên của Chương trình chúng tôi, hay "Thành Viên Chương Trình") – Một người có Medicare đủ điều kiện nhận các dịch vụ được

bao trả, là người đã ghi danh vào chương trình của chúng tôi và việc ghi danh đã được xác nhận bởi các Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS).

Dịch Vụ Thành Viên – Một bộ phận trong chương trình của chúng tôi chịu trách nhiệm về trả lời các thắc mắc của quý vị về tư cách thành viên, phúc lợi, than phiền và kháng cáo. Xem Chương 2 để biết thông tin về cách liên lạc với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.

Nhà Thuốc Trong Mạng Lưới – Nhà thuốc trong mạng lưới là nhà thuốc nơi thành viên chương trình của chúng tôi có thể nhận các quyền lợi bảo hiểm cho thuốc theo toa. Chúng tôi gọi họ là “nhà thuốc trong mạng lưới”, bởi vì họ có ký hợp đồng với chương trình của chúng tôi. Trong hầu hết các trường hợp, thuốc theo toa của quý vị chỉ được bao trả nếu lấy thuốc tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.

Nhà Cung Cấp Trong Mạng Lưới – “Nhà cung cấp dịch vụ” là thuật ngữ tổng quát mà chúng tôi sử dụng cho các bác sĩ, các chuyên gia chăm sóc sức khỏe, y viện, và các cơ sở y tế khác có giấy phép hoặc được chứng nhận bởi Medicare hoặc Tiểu Bang, để cung cấp các dịch vụ y tế. Chúng tôi gọi họ là **"các nhà cung cấp trong mạng lưới"** khi họ ký hợp đồng thoả thuận với chương trình của chúng tôi, để nhận tiền chúng tôi trả như là toàn bộ số tiền chi trả, và trong vài trường hợp, là phối hợp cũng như cung cấp các dịch vụ được bao trả cho các thành viên chương trình của chúng tôi. Chương trình của chúng tôi chi trả phí tổn cho các nhà cung cấp trong mạng lưới, căn cứ theo các thỏa thuận ký kết với họ là các nhà cung cấp dịch vụ hoặc nếu các nhà cung cấp dịch vụ đồng ý cung cấp cho quý vị những dịch vụ được bao trả. Các nhà cung cấp trong mạng lưới cũng có thể được gọi là "các nhà cung cấp trong chương trình".

Phúc Lợi Bổ Sung Tùy Chọn – Các phúc lợi không được Medicare bao trả có thể mua dưới dạng bảo hiểm bổ sung và không được bao gồm trong gói phúc lợi của quý vị. Nếu quý vị chọn nhận các phúc lợi bổ sung tùy chọn, quý vị có thể phải trả thêm phí bảo hiểm. Quý vị phải tự nguyện chọn các Phúc Lợi Bổ Sung Tùy Chọn để được nhận.

Quyết Định Cấp Tổ Chức – Chương trình Medicare Advantage thực hiện một quyết định cấp tổ chức, khi quyết định là liệu các món đồ hay dịch vụ có được bao trả hay không, hoặc quý vị phải trả bao nhiêu, cho các món đồ hay dịch vụ được bao trả. Các quyết định tổ chức cũng được gọi là “các quyết định bảo hiểm” trong tập sách này. Chương 9 giải thích cách nào yêu cầu chúng tôi có một quyết định về mức bảo hiểm.

Original Medicare ("Medicare Thuần túy" hoặc Medicare "Trả phí cho dịch vụ") – Original Medicare là do chính quyền cung cấp, và không phải là bảo hiểm

y tế tư nhân, như các Chương trình Medicare Advantage và bảo hiểm cho thuốc theo toa. Theo Original Medicare, các dịch vụ Medicare được chi trả bằng cách trả tiền cho các bác sĩ , y viện, các nhà cung cấp khác, với những số tiền do Quốc hội Hoa Kỳ ấn định. Quý vị có thể tới gặp bất cứ bác sĩ, bệnh viện, hay các nhà cung cấp dịch vụ y tế nào khác đồng ý nhận Medicare. Quý vị phải trả trước tiền khấu trừ. Medicare chia sẻ phí tổn với số tiền Medicare chấp thuận, và quý vị chia sẻ phí tổn phần mình. Original Medicare có 2 phần: Part A (Bảo Hiểm Cho Bệnh Viện) và Part B (Bảo Hiểm Y Tế), và có thể sử dụng mọi nơi tại Hoa Kỳ.

Nhà Thuốc Ngoài Mạng Lưới – Là một nhà thuốc không có hợp đồng với chương trình của chúng tôi, để phối hợp hoặc cung cấp thuốc được bao trả cho thành viên chương trình của chúng tôi. Theo giải thích trong Chứng Thực Bảo Hiểm này, hầu hết thuốc quý vị lấy từ các nhà thuốc ngoài-mạng-lưới thì không được bảo hiểm chi trả, trừ một số trường hợp.

Nhà Cung Cấp Ngoài Mạng Lưới hoặc Cơ Sở Ngoài Mạng Lưới – Là một bác sĩ hoặc cơ sở y tế mà chúng tôi chưa sắp xếp để phối hợp hoặc cung cấp các dịch vụ được bao trả cho các thành viên chương trình của chúng tôi. Các nhà cung cấp ngoài mạng lưới là những nhà cung cấp không được thuê mướn, không thuộc quyền sở hữu hoặc điều hành bởi chương trình của chúng tôi, và không có ký hợp đồng cung cấp các dịch vụ được bao trả cho quý vị. Việc sử dụng nhà cung cấp hay cơ sở ngoài mạng lưới được giải thích trong Chương 3 của tập sách này.

Chi Phí Tự Trả – Xem định nghĩa về “chia sẻ chi phí” ở trên. Một thành viên được yêu cầu trả chia sẻ chi phí để trả một Part Dịch vụ hoặc thuốc nhận được, còn gọi là chi phí mà thành viên phải tự trả.

Chương Trình PACE – Chương trình PACE (Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện Cho Người Cao Niên) kết hợp các dịch vụ y tế, xã hội, và chăm sóc dài hạn (LTC) cho những người già yếu, để giúp họ độc lập và sinh sống trong cộng đồng của họ (thay vì chuyển tới một viện dưỡng lão) lâu nhất có thể, trong khi vẫn nhận sự chăm sóc chất lượng cao mà họ cần. Những ai ghi danh vào các chương trình PACE, thì được nhận quyền lợi bảo hiểm từ cả hai Medicare và Medicaid, qua chương trình này.

Part C – xem “Chương Trình Medicare Advantage (MA)”.

Part D – Là Chương Trình Phúc Lợi Medicare Cho Thuốc Toa Tự Nguyện. (Để dễ dàng tham khảo, chúng tôi sẽ giới thiệu tới xem chương trình quyền lợi thuốc theo toa như Part D.)

Thuốc Part D – Các thuốc có thể được bao trả theo Part D. Chúng tôi có thể hoặc không cung cấp tất cả thuốc trong Part D. (Xin hãy xem danh mục thuốc

của quý vị để biết danh sách cụ thể các thuốc được bao trả). Một số loại thuốc nhất định đã được Quốc Hội loại trừ rõ ràng khỏi các thuốc được bao trả như các thuốc Part D.

Tiền Phạt Ghi Danh Muộn Part D – Là một số tiền cộng thêm vào phí bảo hiểm hàng tháng cho bảo hiểm thuốc Medicare của quý vị nếu quý vị rời chương trình mà không có bảo hiểm có uy tín (mức bảo hiểm dự kiến được trả trung bình, ít nhất là tương đương với mức bảo hiểm thuốc theo toa Medicare tiêu chuẩn), cho một giai đoạn liên tục 63 ngày hoặc hơn sau khi quý vị lần đầu hội đủ điều kiện tham gia một chương trình Part D. Quý vị trả số tiền này cao hơn, miễn là quý vị có một chương trình bảo hiểm thuốc của Medicare. Có một số trường hợp ngoại lệ. ví dụ, nếu quý vị đang được "Trợ Giúp Bổ Sung" từ Medicare để trả chi phí cho thuốc theo toa, quý vị không phải trả tiền phạt vì ghi danh trễ.

Chia sẻ chi phí ưu tiên – Chia sẻ chi phí ưu tiên có nghĩa là chia sẻ chi phí thấp hơn cho một số thuốc Part D nhất định được bao trả tại một số nhà thuốc trong mạng lưới.

Phí Bảo Hiểm – Là một số tiền định kỳ trả cho Medicare, một công ty bảo hiểm, một chương trình bảo hiểm y tế, hoặc chương trình bảo hiểm cho thuốc theo toa.

Bác Sĩ Chăm Sóc Chính (PCP) – Bác sĩ chăm sóc chính của quý vị là bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác mà quý vị đi khám trước tiên cho hầu hết các vấn đề sức khỏe. Ông hay bà này biết chắc là quý vị được chăm sóc khi cần, để giữ sức khỏe tốt cho quý vị. Ông hay bà này cũng có thể trò chuyện với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác về việc chăm sóc quý vị, và giới thiệu quý vị tới gặp họ. Trong các chương trình sức khỏe của Medicare, quý vị phải tới khám tại nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính trước khi gặp bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác. Xem Chương 3, Phần 2.1 để có chi tiết về Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính.

Sự Chấp Thuận Trước – Là giấy phép chấp thuận trước để nhận các dịch vụ hoặc một số thuốc có thể thuộc hay không thuộc danh mục thuốc của chúng tôi. Một số các dịch vụ y tế trong mạng lưới (in-network) chỉ được chi trả, chỉ khi nào bác sĩ của quý vị hay nhà cung cấp dịch vụ khác trong mạng lưới nhận được "sự chấp thuận trước" từ chương trình của chúng tôi. Các dịch vụ được bao trả, nếu cần sự chấp thuận trước, sẽ được đánh dấu trong Bảng Phúc Lợi ở Chương 4. Một số thuốc chỉ được bao trả khi nào bác sĩ của quý vị hay nhà cung cấp khác trong mạng lưới nhận được "sự chấp thuận trước" từ chúng tôi. Các thuốc được bao trả cần sự chấp thuận trước, thì được đánh dấu trong danh mục thuốc.

Bộ Phận Cơ Thể Giả và Dụng Cụ Chỉnh Hình – Đây là những thiết bị y tế theo yêu cầu của bác sĩ hoặc nhà chăm sóc sức khỏe khác. Vật dụng được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn bởi, gồm nẹp tay lưng và cổ; chân, tay và mắt

giả; và các thiết bị cần thiết để thay thế bộ phận cơ thể nội tạng hoặc chức năng, trong đó có vật dụng dùng cho hậu môn nhân tạo và liệu pháp nuôi dưỡng ngoài đường tiêu hoá và qua đường ruột.

Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (QIO) – Là một nhóm bác sĩ và chuyên gia y tế đang hành nghề, được chính quyền Liên bang trả lương để kiểm tra và cải tiến việc chăm sóc y tế cho các bệnh nhân có Medicare. Xem Chương 2, Phần 4 để biết chi tiết cách nào liên lạc tổ chức QIO trong tiểu bang của quý vị.

Giới Hạn Số Lượng – Là một công cụ điều hành được thiết kế để hạn chế dùng một số loại thuốc, vì lý do chất lượng, an toàn hoặc sử dụng. Các giới hạn có thể là trên số lượng thuốc mà chúng tôi chi trả cho mỗi toa thuốc, hoặc cho một thời hạn ấn định.

Dịch Vụ Phục Hồi Chức Năng – Là các dịch vụ bao gồm: trị liệu về thể lực, còn gọi là vật lý trị liệu, trị liệu về ngữ âm và ngôn ngữ, trị liệu về chức năng hoạt động.

Khu Vực Dịch Vụ – Là một khu vực địa lý nơi một chương trình bảo hiểm y tế thu nhận thành viên, nếu việc hạn chế thành viên căn cứ trên địa điểm họ cư trú. Đối với các chương trình có giới hạn về bác sĩ và bệnh viện mà quý vị có thể sử dụng, các chương trình này nói chung cũng hạn chế các khu vực quý vị có thể nhận các dịch vụ định kỳ (không phải cấp cứu). Quý vị có thể bị rút tên khỏi bảo hiểm, nếu thường trực ra khỏi khu vực dịch vụ.

Chăm Sóc Tại Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Môn (SNF) – Là các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và dịch vụ phục hồi chức năng, được cung cấp liên tục hàng ngày tại một cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Các ví dụ về y tế tại các cơ sở điều dưỡng chuyên môn, bao gồm trị liệu để phục hồi thể lực, hoặc chích thuốc vào tĩnh mạch, mà chỉ có một y tá cao cấp hoặc bác sĩ có thể làm được.

Thời Hạn Ghi Danh Đặc Biệt – Là một thời hạn ấn định, khi các thành viên có thể thay đổi các chương trình bảo hiểm y tế hoặc thuốc hoặc quay trở lại Original Medicare. Các trường hợp quý vị có thể hợp lệ cho Thời Hạn Ghi Danh Đặc Biệt bao gồm: nếu quý vị dời nhà ra khỏi khu vực dịch vụ, nếu quý vị nhận được "Trợ Giúp Bổ Sung" kèm theo chi phí thuốc theo toa, nếu quý vị dời vào một viện dưỡng lão, hoặc nếu chúng tôi vi phạm hợp đồng với quý vị.

Chia Sẻ Chi Phí Tiêu Chuẩn – Chia sẻ chi phí tiêu chuẩn là chia sẻ chi phí khác ngoài chia sẻ chi phí ưu tiên do một nhà thuốc mua qua đường bưu điện trong mạng lưới cung ứng.

Phương Pháp Trị Liệu Từng Bước – Là một công cụ yêu cầu quý vị trước hết phải dùng thử một thuốc khác để điều trị bệnh lý, trước khi chúng tôi sẽ bao trả cho thuốc mà bác sĩ của quý vị có thể đã kê toa ban đầu.

Trợ Cấp An Sinh Bổ Sung (SSI) – Là quyền lợi hàng tháng từ văn phòng An Sinh Xã Hội, cho những ai có mức thu nhập thấp và các phương tiện hạn chế, bị khuyết tật, mù lòa hoặc tuổi 65 trở lên. Quyền lợi SSI không giống quyền lợi An Sinh Xã Hội.

Các Dịch Vụ Cần Thiết Khẩn Cấp – Các dịch vụ cần thiết khẩn cấp được cung cấp để điều trị cho một chứng bệnh, thương tích hoặc bệnh lý không cấp cứu, không biết trước hoặc một tình trạng cần được chăm sóc y tế ngay lập tức. Các dịch vụ cần thiết khẩn cấp có thể được cung cấp bởi các nhà cung cấp trong hoặc ngoài mạng lưới, khi tạm thời không có các nhà cung cấp trong mạng lưới bảo hiểm.

Trang này được cố ý để trống

Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên Wellcare Premium Ultra (HMO)

Phương thức	Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên – Thông Tin Liên Lạc
GỌI	1-800-275-4737 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Chủ Nhật, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Tuy nhiên, xin lưu ý là trong ngày nghỉ cuối tuần và ngày lễ từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, hệ thống trả lời điện thoại tự động của chúng tôi có thể trả lời cuộc gọi của quý vị. Vui lòng để lại tên và số điện thoại, chúng tôi sẽ gọi lại cho quý vị trong một (1) ngày làm việc. Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên cũng có các dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí.
VIẾT THƯ	Wellcare by Health Net 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105
TRANG MẠNG	www.wellcare.com/healthnetca

Chương Trình Bảo Vệ Quyền Lợi & Tư Vấn Bảo Hiểm Y Tế California (HICAP)
Chương Trình Bảo Vệ Quyền Lợi & Tư Vấn Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Counseling and Advocacy Program - HICAP) California là một chương trình của tiểu bang nhận tiền từ chính quyền Liên Bang để cố vấn miễn phí tại địa phương về bảo hiểm sức khỏe cho những ai có Medicare.

Phương thức	Thông tin liên lạc
GỌI	1-800-434-0222
TTY	711
VIẾT THƯ	California Department of Aging 1300 National Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
TRANG MẠNG	https://www.aging.ca.gov/hicap/

Báo Cáo Công Khai PRA *Theo Đạo luật Đạo Luật Giảm Công Việc Giấy Tờ năm 1995, không một ai phải hồi đáp việc thu thập thông tin trừ khi chúng có số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ để thu thập thông tin là 0938-1051. Nếu quý vị có ý kiến hoặc đề xuất cải tiến mẫu này, vui lòng gửi thư về CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*