



Ngày 1 tháng 1 – Ngày 31 tháng 12 năm 2024

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 Dual Liberty (HMO D-SNP)

Tài liệu này trình bày chi tiết về bảo hiểm sức khỏe và bảo hiểm thuốc theo toa Medicare của quý vị từ ngày 1 tháng 1 – ngày 31 tháng 12 năm 2024. **Đây là một tài liệu pháp lý quan trọng. Vui lòng giữ tài liệu này ở nơi an toàn.**

Nếu có câu hỏi về tài liệu này, vui lòng liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007. (Người dùng TTY nên gọi 711). Giờ làm việc: Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai–Chủ Nhật, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai–Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Cuộc gọi này miễn phí.

Chương trình Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) này được cung cấp bởi Health Net Community Solutions, Inc. (Khi *Chứng Thực Bảo Hiểm* này đề cập đến “chúng tôi” hoặc “của chúng tôi”, có nghĩa là Health Net Community Solutions, Inc. Khi đề cập đến “chương trình” hoặc “chương trình của chúng tôi”, có nghĩa là Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)).

Tài liệu này hiện có các bản miễn phí bằng tiếng Tây Ban Nha, Tiếng Trung, Tiếng Việt, Tiếng Tagalog và Tiếng Nga. Chúng tôi phải cung cấp thông tin cho quý vị bằng cách phù hợp với quý vị (bằng âm thanh, chữ nổi Braille, bản in khổ chữ lớn hoặc các định dạng thay thế khác, v.v.). Vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên nếu quý vị cần thông tin chương trình ở định dạng khác.

Phúc lợi và/hoặc khoản đồng thanh toán/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 năm 2025.

Danh mục thuốc, mạng lưới nhà thuốc và/hoặc mạng lưới nhà cung cấp có thể thay đổi bất cứ lúc nào. Quý vị sẽ nhận được thông báo khi cần thiết. Chúng tôi sẽ thông báo cho người ghi danh bị ảnh hưởng về những thay đổi ít nhất trước 30 ngày.

Tài liệu này sẽ giải thích các phúc lợi và quyền của quý vị. Sử dụng tài liệu này để tìm hiểu về:

- Phí bảo hiểm và mức chia sẻ chi phí cho chương trình của quý vị;
- Các phúc lợi y tế và thuốc theo toa của quý vị;

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

CA4CNCEOC35811V_0001

H3561_001_2024_CA_EOC_DSNP_126982V_C

H3561001000

- Cách nộp đơn khiếu nại nếu quý vị không hài lòng với dịch vụ hoặc cách điều trị;
- Cách liên hệ với chúng tôi nếu quý vị cần hỗ trợ thêm; và,
- Các biện pháp bảo vệ khác theo yêu cầu của luật Medicare.

Dựa trên đánh giá Mô Hình Chăm Sóc, Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) đã được Ủy Ban Bảo Đảm Chất Lượng Quốc Gia (NCQA) phê duyệt để thực hiện Special Needs Plan (SNP) trong suốt năm 2024.

Thông Báo Không Phân Biệt Đối Xử

Phân biệt đối xử là vi phạm pháp luật. Wellcare By Health Net tuân theo các luật của Tiểu bang và Liên bang về dân quyền. Wellcare By Health Net không phân biệt đối xử bất hợp pháp, loại trừ mọi người hoặc đối xử khác biệt với họ vì giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc dân tộc, nhận dạng dân tộc, tuổi tác, khuyết tật tâm thần, khuyết tật thể chất, bệnh lý, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới tính, bản dạng giới, hoặc khuynh hướng tính dục.

Wellcare By Health Net cung cấp:

- Các dịch vụ và trợ giúp miễn phí cho người khuyết tật để giúp họ giao tiếp hiệu quả, chẳng hạn như:
 - Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đủ tiêu chuẩn
 - Thông tin bằng văn bản ở các định dạng khác (bản in cỡ chữ lớn, âm thanh, định dạng điện tử dễ truy cập, các định dạng khác)
- Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, chẳng hạn như:
 - Phiên dịch viên đủ tiêu chuẩn
 - Thông tin được viết bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần những dịch vụ này, hãy liên hệ với Wellcare By Health Net bằng cách gọi số **1-800-431-9007**. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, quý vị có thể gọi cho chúng tôi 7 ngày trong tuần, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, quý vị có thể gọi cho chúng tôi từ thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Hệ thống nhắn tin được sử dụng sau giờ làm việc, ngày cuối tuần và ngày nghỉ lễ liên bang. Nếu quý vị không thể nghe hoặc nói tốt, vui lòng gọi **TTY 711**. Khi có yêu cầu, tài liệu này có thể được thực hiện bằng chữ nổi, bản in cỡ chữ lớn, băng cát-xét hoặc biểu mẫu điện tử. Để lấy bản sao bằng một trong các định dạng thay thế này, vui lòng gọi hoặc viết thư gửi đến:

Wellcare By Health Net
21281 Burbank Blvd.
Woodland Hills, CA 91367
1-800-431-9007 (TTY: 711)

Cách Nộp Đơn Khiếu Nại

Nếu quý vị tin rằng Wellcare By Health Net đã không cung cấp các dịch vụ này hoặc bị phân biệt đối xử không hợp pháp dựa trên giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc dân tộc, nhận dạng dân tộc, tuổi tác, khuyết tật tâm thần, khuyết tật thể chất, tình trạng y tế, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới tính, bản dạng giới hoặc khuynh hướng tính dục, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Quý vị có thể gửi khiếu nại qua điện thoại, bằng văn bản, trực tiếp hoặc bằng phương thức điện tử:

- **Bằng điện thoại:** Liên hệ Điều Phối Viên Dân Quyền của Wellcare By Health Net bằng cách gọi số **1-866-458-2208**. Từ 8 a.m. đến 5 p.m., thứ Hai đến thứ Sáu. Hoặc, nếu quý vị không thể nghe hoặc nói tốt, vui lòng gọi TTY 711.
- Bằng văn bản: Điền vào mẫu đơn khiếu nại hoặc viết thư và gửi đến:
Wellcare Civil Rights Coordinator
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103

- **Trực tiếp:** Đến văn phòng của bác sĩ hoặc Wellcare By Health Net và nói rằng quý vị muốn gửi đơn khiếu nại.
- **Bằng phương thức điện tử:** Truy cập trang web của Wellcare By Health Net tại wellcare.com/healthnetCA.

Phòng Dân Quyền – Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe California

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về dân quyền với Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe California, Phòng Dân Quyền qua điện thoại, bằng văn bản hoặc bằng phương thức điện tử:

- **Bằng điện thoại:** Gọi số **1-916-440-7370**. Nếu quý vị không thể nói hay nghe rõ, vui lòng gọi **TTY 711 (Dịch Vụ Chuyển Tiếp Viễn Thông)**.
- **Bằng văn bản:** Điền vào mẫu đơn khiếu nại hoặc gửi thư đến:
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
Mẫu đơn khiếu nại có tại http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- **Bằng phương thức điện tử:** Gửi email đến CivilRights@dhcs.ca.gov.

Phòng Dân Quyền – Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ

Nếu quý vị cho rằng mình bị phân biệt đối xử dựa trên cơ sở chủng tộc, màu da, nguồn gốc dân tộc, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính, quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại dân quyền với Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ, Phòng Dân Quyền qua điện thoại, bằng văn bản hoặc bằng phương thức điện tử:

- **Bằng điện thoại:** Gọi số **1-800-368-1019**. Nếu quý vị không thể nói hoặc nghe rõ, vui lòng gọi **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- **Bằng văn bản:** Điền vào mẫu đơn khiếu nại hoặc gửi thư đến:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Mẫu khiếu nại sẵn có tại <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- **Bằng phương thức điện tử:** Truy cập Cổng Thông Tin Khiếu Nại của Phòng Dân Quyền tại <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

English: ATTENTION: If you need help in your language call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). These services are free of charge.

Arabic (العربية): انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**). وهذه الخدمات مجانية.

Armenian (Հայերեն): Ուժեղ հայերենով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ քրայյան և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Չանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

Cambodian (ភាសាខ្មែរ): ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាបស់អ្នក សូម ទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY:**711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរផ្សេងៗសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ ទូរសព្ទទៅកាន់លេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Chinese Mandarin (普通话): 注意：如果您需要语言支持，请致电 **1-800-431-9007** (TTY：**711**)。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 **1-800-431-9007** (TTY：**711**)。这些服务均免费提供。

Chinese Cantonese (廣東話): 注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 **1-800-431-9007** (TTY：**711**)。我們也為殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 **1-800-431-9007** (TTY：**711**)。這些服務為免費服務。

Farsi (فارسی): توجه: اگر به زبان خود نیاز به کمک دارید با **1-800-431-9007** تماس بگیرید (رایگان: **711**). پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با **1-800-431-9007** (رایگان: **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

Hindi (हिंदी): ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ जैसी सहायता और सेवाएं उपलब्ध हैं. **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. ये सेवाएं नि:शुल्क हैं.

Hmong (Lus Hmoob): THOV PAUB TXOG: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus thov hu rau **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no tsis muaj nqi dab tsi ntxiv lawm.

Japanese (日本語): 注意：言語のヘルプが必要な場合は **1-800-431-9007**

(TTY: **711**) までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。 **1-800-431-9007** (TTY: **711**) までお電話ください。これらのサービスは無料です。

Korean (한국어): 주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 **1-800-431-9007** (TTY: **711**) 번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. **1-800-431-9007** (TTY: **711**) 번으로 연락해 주십시오. 해당 서비스는 무료로 제공됩니다.

Laotian (ພາສາລາວ): ສໍາຄັນ: ຖ້າທ່ານກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການ ສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

Mien (Mienh): Liouh Eix: Oix se meih oix nongc zuqc gorngv mienh wac daih taengx meih, cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Yie mbuo hac haih nongc mienh wac daih taengx waic fangx nyei mienh, hnangv zing mangc mv buatc lamh nyei mienh nongc nyei nzangc caux domh nzangc wenh jienx. Cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Naiv deix bong zouc gong se maiv siou zinh nyanh nyei.

Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ): ਧਿਆਨ ਦਿਉ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵੱਲੋਂ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-431-9007** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵੱਲੋਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-431-9007** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਲਿਕੁਲ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Russian (Русский): ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Spanish (Español): ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Tagalog): ATENSYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Walang bayad ang mga serbisyong ito.

Thai (ภาษาไทย): โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร **1-800-431-9007** (TTY: **711**) นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โทร **1-800-431-9007** (TTY: **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Ukrainian (Українська): УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Ці послуги є безкоштовними.

Vietnamese (Tiếng Việt): CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và bản in cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Gọi số **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.

Mục lục

Chứng Thực Bảo Hiểm năm 2024

Mục lục

CHƯƠNG 1:	<i>Bắt đầu với tư cách thành viên</i>	13
PHẦN 1	Giới thiệu	13
PHẦN 2	Điều gì giúp quý vị hội đủ điều kiện là thành viên chương trình?	15
PHẦN 3	Tài liệu quan trọng dành cho thành viên mà quý vị sẽ nhận được	16
PHẦN 4	Chi phí hàng tháng quý vị trả cho Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)	19
PHẦN 5	Thông tin bổ sung về phí bảo hiểm hàng tháng	22
PHẦN 6	Luôn cập nhật hồ sơ thành viên chương trình của quý vị	22
PHẦN 7	Cách thức các chương trình bảo hiểm khác kết hợp với chương trình chúng tôi	23
CHƯƠNG 2:	<i>Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng</i>	26
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)	26
PHẦN 2	Medicare (cách nhận trợ giúp và thông tin trực tiếp từ chương trình Medicare Liên Bang)	31
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)	33
PHẦN 4	Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng	34
PHẦN 5	Sở An Sinh Xã Hội	35
PHẦN 6	Medicaid	35
PHẦN 7	Thông tin về các chương trình giúp mọi người chi trả tiền thuốc theo toa	37
PHẦN 8	Cách liên hệ với Ủy Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt	41
PHẦN 9	Quý vị có bảo hiểm theo nhóm hoặc bảo hiểm y tế nào khác từ chủ lao động không?	41
CHƯƠNG 3:	<i>Sử dụng chương trình cho dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị</i>	44
PHẦN 1	Những điều quý vị cần biết để được nhận dịch vụ chăm sóc y tế và các dịch vụ khác với tư cách là thành viên trong chương trình của chúng tôi	44
PHẦN 2	Sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình để nhận dịch vụ chăm sóc y tế và các dịch vụ khác	46
PHẦN 3	Cách nhận dịch vụ khi quý vị trong tình trạng cấp cứu hoặc cần được chăm sóc khẩn cấp hoặc trong trường hợp có thảm họa	51

Mục lục

PHẦN 4	Nếu quý vị bị tính hóa đơn trực tiếp cho toàn bộ chi phí của các dịch vụ thì sao?	54
PHẦN 5	Các dịch vụ y tế của quý vị sẽ được bao trả như thế nào khi quý vị tham gia nghiên cứu lâm sàng?	55
PHẦN 6	Các quy tắc về việc nhận dịch vụ chăm sóc tại cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế	57
PHẦN 7	Quy tắc về việc sở hữu các thiết bị y tế lâu bền	58
CHƯƠNG 4:	<i>Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)</i>	61
PHẦN 1	Hiểu rõ về những dịch vụ được bao trả	61
PHẦN 2	Sử dụng <i>Bảng Phúc Lợi Y Tế</i> để tìm hiểu những gì được bao trả	61
PHẦN 3	Những dịch vụ nào được bao trả bên ngoài chương trình?	118
PHẦN 4	Dịch vụ nào không được chương trình bao trả?	118
CHƯƠNG 5:	<i>Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho thuốc theo toa Part D</i>	123
PHẦN 1	Giới thiệu	123
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	124
PHẦN 3	Thuốc của quý vị cần nằm trong “Danh Sách Thuốc” của chương trình	129
PHẦN 4	Có giới hạn bảo hiểm cho một số loại thuốc	131
PHẦN 5	Nếu một trong các loại thuốc của quý vị không được bao trả theo đúng cách quý vị mong muốn thì sao?	132
PHẦN 6	Nếu bảo hiểm thay đổi liên quan đến một trong các loại thuốc của quý vị thì sao?	135
PHẦN 7	Những loại thuốc nào <i>không</i> được chương trình bao trả?	137
PHẦN 8	Lấy thuốc theo toa	138
PHẦN 9	Bảo hiểm thuốc Part D trong một số trường hợp đặc biệt	139
PHẦN 10	Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc	141
PHẦN 11	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	143
CHƯƠNG 6:	<i>Số tiền quý vị phải trả cho thuốc theo toa Part D</i>	147

CHƯƠNG 7:	<i>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</i>	149
PHẦN 1	Những trường hợp nào quý vị nên yêu cầu chúng tôi thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc được bao trả của quý vị	149
PHẦN 2	Cách yêu cầu chúng tôi trả tiền lại cho quý vị hoặc thanh toán một hóa đơn quý vị đã nhận được	152
PHẦN 3	Chúng tôi sẽ cân nhắc yêu cầu thanh toán của quý vị và tuyên bố đồng ý hoặc từ chối	153
CHƯƠNG 8:	<i>Quyền và trách nhiệm của quý vị</i>	156
PHẦN 1	Chương trình của chúng tôi phải tôn trọng các quyền và sự khác biệt về văn hóa của quý vị với tư cách là thành viên của chương trình	156
PHẦN 2	Quý vị có một số trách nhiệm khi là thành viên của chương trình	166
CHƯƠNG 9:	<i>Việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)</i>	169
PHẦN 1	Giới thiệu	169
PHẦN 2	Nơi lấy thêm thông tin và trợ giúp cá nhân	170
PHẦN 3	Để giải quyết vấn đề của mình, quý vị cần sử dụng quy trình nào?	171
PHẦN 4	Xử lý các vấn đề về phúc lợi Medicare của quý vị	171
PHẦN 5	Hướng dẫn thông tin cơ bản đối với các quyết định về bảo hiểm và kháng cáo	172
PHẦN 6	Dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc nộp đơn kháng cáo một quyết định bảo hiểm	176
PHẦN 7	Thuốc theo toa Part D của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc nộp đơn kháng cáo	185
PHẦN 8	Cách yêu cầu chúng tôi bao trả cho thời gian nằm viện điều trị nội trú kéo dài nếu quý vị cho rằng quý vị được cho xuất viện quá sớm	195
PHẦN 9	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	202
PHẦN 10	Tiếp tục chuyển đơn kháng cáo của quý vị lên Cấp 3 và các cấp cao hơn	209
PHẦN 11	Cách nộp đơn khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ, dịch vụ khách hàng hoặc các lo ngại khác	212
PHẦN 12	Xử lý các vấn đề về phúc lợi Medicaid của quý vị	216

CHƯƠNG 10:	<i>Kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi</i>	218
PHẦN 1	Giới thiệu về chấm dứt tham gia chương trình của chúng tôi với tư cách thành viên	218
PHẦN 2	Khi nào quý vị có thể chấm dứt là thành viên chương trình của chúng tôi?	218
PHẦN 3	Quý vị có thể chấm dứt tham gia chương trình của chúng tôi với tư cách thành viên bằng cách nào?.....	222
PHẦN 4	Cho tới khi ngưng là thành viên, quý vị phải tiếp tục nhận các vật phẩm y tế, dịch vụ và thuốc qua chương trình của chúng tôi.....	223
PHẦN 5	Chúng tôi phải chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình trong một số trường hợp nhất định.....	224
CHƯƠNG 11:	<i>Thông báo pháp lý</i>	227
PHẦN 1	Thông báo về luật quy định	227
PHẦN 2	Thông báo về việc không phân biệt đối xử	227
PHẦN 3	Thông báo về quyền thay thế của Chương Trình Trả Tiền Phụ cho Medicare	227
PHẦN 4	Thu hồi phúc lợi chương trình của chúng tôi đã thanh toán theo chương trình Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) của quý vị.....	228
PHẦN 5	Thẻ thành viên	230
PHẦN 6	Nhà thầu độc lập	231
PHẦN 7	Gian lận trong chương trình chăm sóc sức khỏe	231
PHẦN 8	Các trường hợp nằm ngoài kiểm soát của chương trình.....	231
CHƯƠNG 12:	<i>Định nghĩa về các từ quan trọng</i>	233

CHƯƠNG 1:

Bắt đầu với tư cách thành viên

Chương 1 Bắt đầu với tư cách thành viên**PHẦN 1****Giới thiệu****Phần 1.1**

Quý vị đã ghi danh vào chương trình Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP), đây là một chương trình Medicare Advantage chuyên biệt (Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt)

Quý vị được cả Medicare và Medicaid bao trả:

- **Medicare** là một chương trình bảo hiểm y tế Liên Bang dành cho những người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi bị khuyết tật và những người mắc bệnh thận giai đoạn cuối (chứng suy thận).
- **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. Bảo hiểm Medicaid khác nhau tùy theo tiểu bang và loại Medicaid quý vị có. Một số người có Medicaid được nhận hỗ trợ thanh toán cho phí bảo hiểm Medicare và các chi phí khác. Những người khác cũng được nhận bảo hiểm cho các dịch vụ và thuốc bổ sung không được Medicare bao trả.

Quý vị đã lựa chọn nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của Medicare và bảo hiểm thuốc theo toa của mình thông qua chương trình của chúng tôi, Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). Chúng tôi bắt buộc phải bao trả tất cả các dịch vụ của Part A và Part B. Tuy nhiên, việc chia sẻ chi phí và tiếp cận nhà cung cấp trong chương trình này khác với Original Medicare.

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) là một Chương Trình Medicare Advantage chuyên biệt (Special Needs Plan của Medicare), nghĩa là các phúc lợi của chương trình này được thiết kế cho những người có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt. Chương trình của chúng tôi được thiết kế cho những người có Medicare đồng thời là những người có quyền nhận hỗ trợ từ California Medi-Cal (Medicaid).

Vì quý vị được hỗ trợ từ Medicaid với chia sẻ chi phí Medicare Part A và B (các khoản khấu trừ, đồng thanh toán và đồng bảo hiểm), quý vị có thể không phải thanh toán gì cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe Medicare của mình. California Medi-Cal (Medicaid) cũng có thể cung cấp các phúc lợi khác cho quý vị bằng cách bao trả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe thường không được Medicare bao trả. Quý vị cũng sẽ nhận “Extra Help” từ Medicare để chi trả cho các chi phí thuốc theo toa Medicare. Chương trình của chúng tôi sẽ giúp quản lý tất cả các phúc lợi này cho quý vị để quý vị có thể nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và hỗ trợ thanh toán mà quý vị được quyền nhận.

Chương trình của chúng tôi được điều hành bởi một công ty tư nhân. Giống như tất cả các chương trình Medicare Advantage, Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt của Medicare này do Medicare phê duyệt. Chương trình cũng có hợp đồng với chương trình California Medicaid để điều phối các phúc lợi California Medi-Cal (Medicaid) của quý vị. Chúng tôi rất hân hạnh cung cấp bảo hiểm chăm sóc sức khỏe Medicare cho quý vị, bao gồm cả bảo hiểm thuốc theo toa.

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.

Chương 1 Bắt đầu với tư cách thành viên**Phần 1.2 Tài liệu Chứng Thực Bảo Hiểm này trình bày những gì?**

Tài liệu *Chứng Thực Bảo Hiểm* này trình bày những việc cần làm để nhận các dịch vụ chăm sóc y tế và thuốc theo toa Medicare. Tài liệu này giải thích các quyền và trách nhiệm của quý vị, những khoản được bao trả, những khoản quý vị trả với tư cách là thành viên của chương trình và cách nộp đơn khiếu nại nếu quý vị không hài lòng với một quyết định hoặc cách điều trị.

Từ *bao trả* và *dịch vụ được bao trả* nói đến 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 Dual Liberty (HMO D-SNP).

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 tài liệu *Chứng Thực Bảo Hiểm* này.

Nếu quý vị chưa rõ, lo ngại hoặc chỉ là có thắc mắc, vui lòng liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.

Phần 1.3 Thông tin pháp lý về Chứng Thực Bảo Hiểm

Tài liệu *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 Lục* 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 2024 đến ngày 31 tháng 12 năm 2024.

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 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) sau ngày 31 tháng 12 năm 2024. Chúng tôi cũng có thể quyết định ngừng cung cấp chương trình này trong khu vực dịch vụ của quý vị, hoặc cung cấp chương trình này tại một khu vực dịch vụ khác sau ngày 31 tháng 12 năm 2024.

Mỗi năm, Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) phải được sự chấp thuận của Medicare (Trung Tâm Dịch Vụ Medicare và Medicaid). Mỗi năm, quý vị có thể tiếp tục được hưởng bảo hiểm 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.

Chương 1 Bắt đầu với tư cách thành viên

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 Medicare Part A và Medicare 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). Các cá nhân bị giam giữ không được xem là sống trong khu vực dịch vụ địa lý ngay cả khi họ đang ở trong khu vực đó.
- -- và -- quý vị là công dân Hoa Kỳ hoặc sinh sống hợp pháp tại Hoa Kỳ
- -- và -- Quý vị đáp ứng các yêu cầu đủ điều kiện đặc biệt được mô tả dưới đây.

Các yêu cầu đủ điều kiện đặc biệt cho chương trình của chúng tôi

Chương trình của chúng tôi được thiết kế để đáp ứng các nhu cầu của những người nhận các phúc lợi Medicaid nhất định. (Medicaid là một chương trình kết hợp của chính phủ Liên Bang và tiểu bang hỗ trợ chi phí y tế cho một số người nhất định có thu nhập và nguồn lực hạn chế). Để đủ điều kiện tham gia vào chương trình của chúng tôi, quý vị phải đủ điều kiện được hỗ trợ phần chia sẻ chi phí của Medicare và Toàn Bộ Phúc Lợi Medicaid theo Medicaid.

Xin lưu ý: Nếu quý vị mất tình trạng hội đủ điều kiện nhưng có thể dự kiến hợp lý lấy lại được tình trạng hội đủ điều kiện trong vòng 6 tháng thì quý vị vẫn đủ điều kiện trở thành thành viên trong chương trình của chúng tôi (Chương 4, Phần 2.1 cho quý vị biết về bảo hiểm và chia sẻ chi phí trong giai đoạn tình trạng hội đủ điều kiện được coi là vẫn tiếp tục).

Phần 2.2 Medicaid là gì?

Medicaid là một là chương trình kết hợp giữa tiểu bang và Liên Bang để giúp trả chi phí y tế cho một số người có thu nhập và nguồn lực giới hạn. Mỗi tiểu bang quyết định những gì được tính làm thu nhập và nguồn lực, đối tượng nào đủ điều kiện, các dịch vụ nào được bao trả và chi phí cho các dịch vụ đó. Tiểu bang cũng có thể quyết định cách điều hành các chương trình của họ miễn là họ tuân theo các quy tắc của Liên Bang.

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. 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 Bổ Sung (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). Những người thụ hưởng đủ điều kiện cũng nhận toàn bộ phúc lợi Medicaid.

Chương 1 Bắt đầu với tư cách thành viên

- **Chương Trình Người Thụ Hưởng Medicare Có Thu Nhập Thấp Được Chỉ Định Bổ Sung (SLMB+):** Giúp trả phí bảo hiểm Part B. Những người thụ hưởng đủ điều kiện cũng nhận toàn bộ phúc lợi Medicaid.
- **Hội Đủ Điều Kiện Kép Nhận Toàn Bộ Phúc Lợi Bảo Hiểm (FBDE):** 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). Những người thụ hưởng đủ điều kiện cũng nhận toàn bộ phúc lợi Medicaid.

Phần 2.3 Đây là khu vực dịch vụ của Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) chỉ được cung cấp cho những cá nhân sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi. Để giữ tư cách thành viên trong chương trình chúng tôi, quý vị phải tiếp tục sống trong khu vực dịch vụ này. Khu vực dịch vụ được trình bày dưới đây.

Khu vực dịch vụ của chúng tôi bao gồm các hạt sau đây trong tiểu bang California: Amador, Imperial, Kern, Placer, San Francisco, San Joaquin, và Stanislaus.

Nếu quý vị dự định chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ, quý vị không thể tiếp tục là thành viên của chương trình này. Vui lòng liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để xem liệu chúng tôi có cung cấp chương trình trong khu vực mới của quý vị không. 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 theo toa thuộc Medicare tại nơi cư ngụ mới của quý vị.

Ngoài ra, cần gọi cho Sở An Sinh Xã Hội nếu quý vị chuyển chỗ ở hoặc đổi địa chỉ gửi thư. Quý vị có thể tìm số điện thoại và thông tin liên hệ của Sở 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 và Medicaid) sẽ thông báo cho Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) nếu quý vị không hội đủ điều kiện duy trì tư cách thành viên trên cơ sở này. Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) phải hủy ghi danh quý vị nếu quý vị không đáp ứng yêu cầu này.

PHẦN 3 Tài liệu quan trọng dành cho thành viên mà quý vị sẽ nhận được**Phần 3.1 Thẻ thành viên chương trình của quý vị**

Trong lúc quý vị là thành viên của chương trình chúng tôi, quý vị phải dùng thẻ thành viên bất cứ khi nào quý vị cần được cấp những dịch vụ mà chương trình này bao trả và để mua thuốc

Chương 1 Bắt đầu với tư cách thành viên

theo toa tại các nhà thuốc trong mạng lưới. Quý vị phải trình thẻ thành viên California Medi-Cal (Medicaid) cho nhà cung cấp. Đây là mẫu thẻ thành viên để quý vị biết thẻ thành viên như thế nào:

[Health Plan Logo] [Wellcare By Health Plan Name] [Plan_Contract_PBP] CMS#: [XXXX-XXX-XXX] Effective Date: [MM/DD/YYYY]		[www.wellcare.com/HP URL]	
MEMBER INFORMATION Name: [First MI Last Name] Member ID#: [XXXXXXXX-XXX] Issuer ID: [[80840]] [9151014609]		PHARMACY INFORMATION MedicareRx Prescription Drug Coverage	
PROVIDER INFORMATION [[PPG Name:]] [[Provider Group Name]] [[PPG Phone:]] [[X-XXX-XXX-XXXX]] [PCP Name: [Last, First Name]] [PCP Phone: [X-XXX-XXX-XXXX]] [PCP Office Visit:]] [[SX]]		Rx Claims Processor: [Express Scripts®] RXBIN: [XXXXXX] RXPCN: [XXXXXX] RXGRP: [XXXXXX]	
FOR MEMBERS [Member Services] X-XXX-XXX-XXXX (TTY: XXXX)] [[Mental Health Benefits] X-XXX-XXX-XXXX (TTY: XXXX)] [[Nurse Advice Line] X-XXX-XXX-XXXX (TTY: XXXX)] [[Transportation] X-XXX-XXX-XXXX (TTY: XXXX)] [[Enroll Dental (For Members and Providers)] X-XXX-XXX-XXXX (TTY: XXXX)] [[Enroll Vision (For Members and Providers)] X-XXX-XXX-XXXX (TTY: XXXX)]			
FOR PROVIDERS [For Member eligibility and Medical prior auth/referrals : X-XXX-XXX-XXXX] [[Medical Claims: [Wellcare By Health Plan Name] [Attn: Claims] [Payor ID: 68069] [P.O. Box XXXX Farmington, MO 63640-9030] [Pharmacy prior auth: X-XXX-XXX-XXXX] [For help: (PHARMACY USE ONLY) X-XXX-XXX-XXXX] Submit Part D Drug Claims to:[Wellcare By Health Plan Name] [Attn: Member Reimbursement Dept] [P.O. Box 31577, Tampa, FL 33631-3577]			
FOR EMERGENCIES: Dial 911 or go to the nearest Emergency Room (ER)			

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 Dual Liberty (HMO D-SNP) 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 thẻ nếu quý vị cần dịch vụ bệnh viện, dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc tham gia các nghiên cứu lâm sàng hay còn gọi là thử nghiệm lâm sàng được Medicare phê duyệt.

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.

Phần 3.2 Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc

Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc liệt kê các nhà cung cấp và nhà thuốc hiện có trong mạng lưới của chúng tôi. **Nhà cung cấp trong mạng lưới** là các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, các nhóm y tế, 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.

Nhóm Y Tế là một nhóm các bác sĩ, bao gồm Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (PCP), bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác, bao gồm các bệnh viện có ký hợp đồng với chương trình để cung cấp dịch vụ cho thành viên.

Quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới để được nhận dịch vụ và chăm sóc y tế.

Quý vị có thể cũng phải sử dụng các nhà cung cấp trong Nhóm Y Tế/IPA của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (PCP). Nếu quý vị muốn khám với một nhà cung cấp không có trong Nhóm Y tế/IPA của PCP, quý vị có thể phải thay 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 Tế. Điều này có nghĩa là PCP và/hoặc Nhóm Y Tế mà quý vị chọn có thể quyết định các bác sĩ chuyên khoa và bệnh viện mà quý vị có thể chọn. IPA là một hiệp hội của bác sĩ, bao gồm các PCP, bác sĩ chuyên khoa, cũng như các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức

Chương 1 Bắt đầu với tư cách thành viên

khỏe khác, bao gồm các bệnh viện, ký hợp đồng với chương trình để cung cấp các dịch vụ cho thành viên. Nếu quý vị đi nơi khác mà không có sự chấp thuận thích hợp, quý vị sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí. Trường hợp ngoại lệ duy nhất là những tình huống cấp cứu, các dịch vụ cần thiết khẩn cấp khi mạng lưới không cung cấp được dịch vụ (nghĩa là trong tình huống bất thường hoặc không thể sử dụng dịch vụ trong mạng lưới), các dịch vụ thăm tách ngoài khu vực và các trường hợp mà Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) cho phép sử dụng các nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

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

Nếu quý vị không có một bản *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*, quý vị có thể yêu cầu bản sao (ở dạng điện tử hoặc bản cứng) từ Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Bản sao *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* sẽ được gửi cho quý vị trong vòng ba ngày làm việc. Quý vị có thể yêu cầu Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên cung cấp thêm thông tin về các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi, bao gồm trình độ học vấn, trường y khoa họ đã theo học, hoàn thành chương trình nội trú và chứng nhận của hội đồng chuyên khoa. 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.

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

Nhà thuốc trong mạng lưới là tất cả các nhà thuốc đồng ý bán thuốc theo toa được bao trả cho thành viên chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể sử dụng *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* để tìm kiếm nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị muốn sử dụng. Xem Chương 5, Phần 2.5 để biết thông tin về thời điểm quý vị có thể sử dụng các nhà thuốc không có trong mạng lưới của chương trình.

Nếu quý vị không có *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*, quý vị có thể lấy bản sao từ Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. 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 (<i>Danh Mục Thuốc</i>) 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 Part D trong Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). 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 này phải đáp ứng các yêu cầu của Medicare. Medicare đã phê duyệt “Danh Sách Thuốc” của Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).

“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 cung cấp cho quý vị một bản “Danh Sách Thuốc”. Để có được thông tin đầy đủ nhất và cập nhật nhất về các loại thuốc nào được bao trả, quý vị có thể truy cập trang web của chương trình (www.wellcare.com/healthnetCA) hoặc gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.

Chương 1 Bắt đầu với tư cách thành viên**PHẦN 4 Chi phí hàng tháng quý vị trả cho Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)**

Chi phí của quý vị có thể bao gồm như sau:

- Phí Bảo Hiểm Chương Trình (Phần 4.1)
- Phí Bảo Hiểm Hàng Tháng Medicare Part B (Phần 4.2)
- Tiền Phạt Ghi Danh Muộn Part D (Phần 4.3)
- Số Tiền Điều chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập (Phần 4.4)

Phần 4.1 Phí bảo hiểm chương trình

Quý vị không phải trả riêng phí bảo hiểm chương trình hàng tháng cho chương trình của chúng tôi.

Phần 4.2 Phí Bảo Hiểm Hàng Tháng Medicare Part B**Nhiều thành viên bị buộc phải trả phí bảo hiểm Medicare khác**

Nhiều thành viên bị buộc phải trả phí bảo hiểm Medicare khác. Như đã giải thích trong Phần 2 bên trên, để đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị phải duy trì khả năng đủ điều kiện cho California Medi-Cal (Medicaid) cũng như phải có cả Medicare Part A và Part B. Đối với hầu hết thành viên của Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP), California Medi-Cal (Medicaid) trả phí bảo hiểm Part A (nếu quý vị không tự động hội đủ điều kiện) và phí bảo hiểm Part B của quý vị.

Nếu Medicaid không trả phí bảo hiểm Medicare cho quý vị, quý vị phải tiếp tục trả phí bảo hiểm Medicare để duy trì tư cách thành viên của chương trình. Chi phí này bao gồm phí bảo hiểm của quý vị cho Part B. Chi phí này cũng có thể bao gồm phí bảo hiểm cho Part A, đối với các thành viên không đủ điều kiện miễn phí bảo hiểm Part A.

Phần 4.3 Tiền Phạt Ghi Danh Muộn Part D

Vì quý vị đủ điều kiện kép, LEP không áp dụng cho quý vị miễn là quý vị duy trì trạng thái đủ điều kiện kép, nhưng nếu quý vị mất trạng thái đủ điều kiện kép, quý vị có thể phải chịu LEP. Tiền phạt ghi danh muộn Part D là phí bảo hiểm bổ sung phải trả cho bảo hiểm Part D nếu vào 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 chương trình bảo hiểm mà theo dự kiến sẽ bao trả trung bình ít nhất là tương đương với bảo hiểm thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare và vì thế đáp ứng các tiêu chuẩn tối thiểu 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.

Chương 1 Bắt đầu với tư cách thành viên

Quý vị sẽ **không** phải trả khoản này nếu:

- Quý vị được nhận “Extra Help” từ Medicare để trả tiền thuốc theo toa.
- Quý vị không có bảo hiểm có uy tín dưới 63 ngày liên tiếp.
- Quý vị đã có bảo hiểm thuốc có uy tín thông qua một nguồn khác như chủ lao động cũ, công đoàn, 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.
 - **Lưu ý:** Mọi loại thông báo phải khẳng định rõ ràng bảo hiểm thuốc theo toa của quý vị là có uy tín, tức là dự kiến chi trả tương đương với mức bảo hiểm thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare.
 - **Lưu ý:** 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 web mua thuốc giảm giá.

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

- Trước hết, hãy đếm số 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 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 phí bảo hiểm trung bình hàng tháng của các chương trình bảo hiểm thuốc của Medicare trên toàn quốc vào năm trước. Trong năm 2023, phí bảo hiểm trung bình là \$32.74. Số tiền này có thể thay đổi trong năm 2024.
- Để tính phí phạt hàng tháng, quý vị cần lấy tỷ lệ phần trăm tiền phạt và nhân với 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 \$32.74, cho kết quả là \$4.58. Được làm tròn thành \$4.60. 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 vì ghi danh muộn Part D đóng 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.
- 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.

Chương 1 Bắt đầu với tư cách thành viên

- Thứ ba, nếu quý vị dưới 65 tuổi và hiện đang hưởng phúc lợi Medicare thì tiền phạt ghi danh muộn dưới 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.

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 xem xét lại. Nhìn chung, quý vị phải yêu cầu xem xét lại khoản phạt này **trong vòng 60 ngày** từ ngày ghi trên bức thư đầu tiên được gửi để thông báo quý vị phải trả tiền phạt ghi danh muộn. Tuy nhiên, 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 xét lại việc phạt ghi danh muộn đó.

Phần 4.4 Số Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập

Một số thành viên có thể phải trả thêm phí, được gọi là Số Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập Part D, còn được gọi là IRMAA. Phí bổ sung được tính bằng cách sử dụng tổng thu nhập được điều chỉnh đã sửa đổi của quý vị như được báo cáo trên hồ sơ hoàn thuế IRS của quý vị từ 2 năm trước. Nếu số tiền này lớn hơn một con số nhất định, quý vị sẽ thanh toán số tiền phí bảo hiểm tiêu chuẩn và IRMAA bổ sung. Để biết thêm thông tin về khoản tiền đóng thêm mà quý vị có thể phải trả dựa trên mức thu nhập, vui lòng truy cập <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Nếu quý vị phải đóng thêm 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. Cho dù quý vị thường đóng phí bảo hiểm hàng tháng của mình bằng cách nào đi nữa, số tiền thêm này sẽ luôn được khấu trừ từ tiền phúc lợi hàng tháng mà quý vị nhận được từ Sở An Sinh Xã Hội, Ủy Ban Hưu Trĩ Ngành Đường Sắt hoặc Văn Phòng Quản Lý Nhân Sự, chỉ trừ trường hợp số tiền phúc lợi hàng tháng không đủ để trả số tiền thêm đó. Nếu số tiền phúc 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 phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị. Nếu không đóng thêm khoản tiền này, quý vị sẽ bị hủy ghi danh khỏi chương trình bảo hiểm và sẽ mất bảo hiểm thuốc theo toa.**

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

Chương 1 Bắt đầu với tư cách thành viên

PHẦN 5 Thông tin bổ sung về phí bảo hiểm hàng tháng

Phần 5.1 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 phí bảo hiểm hàng tháng cho năm sau sẽ đổi, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị trong tháng 9 và thay đổi sẽ có hiệu lực vào tháng 1 năm sau.

Tuy nhiên, trong một số trường hợp, quý vị có thể ngừng thanh toán khoản phạt ghi danh muộn nếu có. Hoặc cần bắt đầu trả khoản phạt ghi danh muộn. Điều này có thể xảy ra nếu quý vị hội đủ điều kiện cho chương trình “Extra Help” hoặc nếu quý vị không còn đủ điều kiện cho chương trình “Extra Help” trong năm:

- Nếu quý vị đang trả tiền phạt vì ghi danh muộn Part D và trong năm quý vị đủ điều kiện hưởng “Extra Help”, quý vị sẽ có thể ngừng đóng tiền phạt.
- Nếu mất Extra Help, quý vị có thể bị phạt ghi danh muộn nếu quý vị không có bảo hiểm thuốc theo toa Part D hoặc bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín khác từ 63 ngày trở lên liên tiếp.

Quý vị có thể xem thông tin chi tiết về chương trình “Extra Help” trong Chương 2, Phần 7.

PHẦN 6 Luôn cập nhật hồ sơ thành viên chương trình của 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 Tế/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 của quý vị 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.

Vui lòng cho chúng tôi biết về những thay đổi sau:

- Thay đổi tên, địa chỉ, hoặc số điện thoại của quý vị
- Thay đổi trong bất cứ 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/chồng hoặc bạn đời của quý vị, bồi thường lao động hoặc California Medi-Cal (Medicaid))

Chương 1 Bắt đầu với tư cách thành viên

- Nếu quý vị có nộp đơn yêu cầu bồi thường, ví dụ như đơn yêu cầu bồi thường vì tai 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
- Bên được chỉ định có trách nhiệm đối với quý vị (ví dụ như người chăm sóc cho quý vị) thay đổi
- Nếu quý vị đang tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng (**Lưu ý:** Quý vị không bắt buộc phải thông báo cho chương trình của mình về các nghiên cứu lâm sàng mà quý vị dự định tham gia, nhưng chúng tôi khuyến khích quý vị làm như vậy)

Nếu có thay đổi bất kỳ thông tin nào trong số này, vui lòng cho chúng tôi biết bằng cách gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.

Ngoài ra, quý vị cần gọi cho Sở 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 hệ của Sở An Sinh Xã Hội trong Chương 2, Phần 5.

PHẦN 7 Cách thức các chương trình bảo hiểm khác kết hợp với chương trình chúng tôi

Bảo hiểm khác

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 phúc lợi của quý vị trong chương trình của chúng tôi. Điều này được gọi là **Phối Hợp Phúc Lợi**.

Mỗi năm một lần, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị 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 không chính xác hoặc nếu quý vị có bảo hiểm khác không được liệt kê, vui lòng gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. 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 chính xác và đúng hạn.

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 chính chưa trả hết.

Chương 1 Bắt đầu với tư cách thành viên

Chương trình trả tiền phụ có thể sẽ không trả hết tất cả các chi phí không được bao trả. Nếu quý vị có bảo hiểm khác, vui lòng cho bác sĩ, bệnh viện và nhà thuốc biết.

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

- Nếu quý vị có bảo hiểm hưu trí, Medicare trả tiền đầu tiên.
- Nếu chương trình bảo hiểm sức khỏe nhóm là dựa trên công việc hiện tại của quý vị hoặc công việc của một thành viên trong gia đình, chương trình nào trả tiền đầu tiên tùy thuộc vào tuổi của quý vị, số nhân viên của 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 chủ lao động có từ 100 nhân viên trở lên hoặc ít nhất một chủ lao động trong chương trình gồm nhiều chủ lao động có nhiều hơn 100 nhân viên.
 - Nếu quý vị trên 65 tuổi và quý vị hoặc vợ/chồng hay bạn đời 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 bảo hiểm này thường trả đầu tiên cho những dịch vụ liên quan đến mỗi loại sau:

- 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)
- Phúc lợi vì chứng phôi đen
- Bồi thường lao động

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

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)

Cách liên hệ 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 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). Chúng tôi rất hân hạnh giúp đỡ quý vị.

Phương thức	Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-800-431-9007 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai–Chủ Nhật, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai–Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Tuy nhiên, xin lưu ý 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 sẽ làm việc từ Thứ Hai–Chủ Nhật, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai–Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 8 p.m.
VIẾT THƯ	Wellcare by Health Net 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105
TRANG WEB	www.wellcare.com/healthnetCA

Cách liên hệ với chúng tôi khi quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị

Quyết định bảo hiểm là quyết định mà chúng tôi đưa ra về các phúc lợi và mức bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền chúng tôi sẽ trả cho thuốc theo toa Part D hoặc các dịch vụ y tế của quý vị. Kháng cáo là cách chính thức yêu cầu chúng tôi xem xét và thay đổi quyết định bảo hiểm mà

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

chúng tôi đã đưa ra. Để biết thêm thông tin về yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo liên quan đến dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc theo toa Part D, quý vị hãy xem Chương 9 (*Việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)*).

Phương thức	Quyết Định Bảo Hiểm cho Chăm Sóc Y Tế – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-800-431-9007 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai–Chủ Nhật, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai–Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 8 p.m.
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 sẽ làm việc từ Thứ Hai–Chủ Nhật, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai–Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 8 p.m.
VIẾT THƯ	Medical Management 4191 E. Commerce Way Sacramento, CA 95834

Phương thức	Quyết Định Bảo Hiểm cho Thuốc Theo Toa Part D – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-800-431-9007 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai–Chủ Nhật, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai–Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 8 p.m.
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 sẽ làm việc từ Thứ Hai–Chủ Nhật, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai–Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 8 p.m.
FAX	1-866-226-1093

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

Phương thức	Quyết Định Bảo Hiểm cho Thuốc Theo Toa Part D – Thông Tin Liên Hệ
VIẾT THƯ	Attn: Medicare Part D Prior Authorization Department P.O. Box 31397 Tampa, FL 33631-3397
TRANG WEB	www.wellcare.com/healthnetCA

Phương thức	Kháng Cáo về Chăm Sóc Y Tế – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-800-431-9007 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai–Chủ Nhật, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai–Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 8 p.m.
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 sẽ làm việc từ Thứ Hai–Chủ Nhật, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai–Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 8 p.m.
VIẾT THƯ	Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450

Phương thức	Kháng Cáo về Thuốc Theo Toa Part D – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-800-431-9007 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai–Chủ Nhật, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai–Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 8 p.m.

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

Phương thức	Kháng Cáo về Thuốc Theo Toa Part D – Thông Tin Liên Hệ
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 sẽ làm việc từ Thứ Hai–Chủ Nhật, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai–Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 8 p.m.
FAX	1-866-388-1766
VIẾT THƯ	Medicare Part D Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383
TRANG WEB	www.wellcare.com/healthnetCA

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

Quý vị có thể nộp đơn nêu khiếu nại về chúng tôi hoặc về một trong các nhà thuốc hoặc 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 liên quan đến mức bảo hiểm hay bất đồng về số tiền chi trả. Để biết thêm thông tin về việc nộp đơn khiếu nại liên quan đến dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, xin xem Chương 9 (*Việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)*).

Phương thức	Khiếu Nại về Chăm Sóc Y Tế – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-800-431-9007 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai–Chủ Nhật, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai–Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 8 p.m.
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 sẽ làm việc từ Thứ Hai–Chủ Nhật, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai–Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 8 p.m.
FAX	1-844-273-2671

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

Phương thức	Khiếu Nại về Chăm Sóc Y Tế – Thông Tin Liên Hệ
VIẾT THƯ	Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450
TRANG WEB MEDICARE	Quý vị có thể gửi khiếu nại về Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) trực tiếp tới Medicare. Để nộp đơn khiếu nại trực tuyến cho Medicare, hãy truy cập www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Phương thức	Khiếu nại về thuốc theo toa Part D – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-800-431-9007 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai–Chủ Nhật, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai–Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 8 p.m.
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, 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai–Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m.
FAX	1-844-273-2671
VIẾT THƯ	Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450
TRANG WEB MEDICARE	Quý vị có thể gửi khiếu nại về Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) trực tiếp tới Medicare. Để nộp đơn khiếu nại trực tuyến cho Medicare, hãy truy cập www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Địa chỉ để gửi thư yêu cầu chúng tôi thanh toán chi phí cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc một loại thuốc quý vị đã nhận

Nếu quý vị đã nhận hóa đơn hoặc thanh toán các dịch vụ (chẳng hạn như hóa đơn của nhà cung cấp) mà quý vị cho rằng lẽ ra chúng tôi nên thanh toán, quý vị có thể cần yêu cầu chúng tôi bồi hoàn hoặc thanh toán hóa đơn của nhà cung cấp. Vui lòng xem Chương 7 (*Yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho các loại thuốc hoặc dịch vụ y tế được bao trả*).

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

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 (*Việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)*) để biết thêm thông tin.

Phương thức	Yêu Cầu Chi Trả – Thông Tin Liên Hệ
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 WEB	www.wellcare.com/healthnetCA

PHẦN 2 Medicare (cách nhận trợ giúp và thông tin trực tiếp từ chương trình Medicare Liên Bang)

Medicare là chương trình bảo hiểm y tế của Liên Bang dành cho người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi bị khuyết tật và những người mắc Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (chứng suy thận mạn tính cần được điều trị thẩm tách hoặc ghép thận).

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

Phương thức	Medicare – Thông Tin Liên Hệ
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 yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số này được miễn phí.

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

Phương thức	Medicare – Thông Tin Liên Hệ
TRANG WEB	www.Medicare.gov Đây là trang web chính thức của chính phủ dành cho chương trình Medicare. Trang web này cung cấp thông tin cập nhật về Medicare và các vấn đề hiện tại của Medicare. Trang web này cũng cung cấp thông tin về các bệnh viện, viện dưỡng lão, bác sĩ, cơ sở chăm sóc tại nhà và các cơ sở điều trị thẩm tách. Trang web này có những tài liệu để quý vị có thể in ra trực tiếp bằng máy vi tính. Quý vị cũng có thể tìm được thông tin liên hệ của văn phòng Medicare trong tiểu bang của quý vị. Trang web 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 công cụ 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 chính sách Medigap (Bảo Hiểm Medicare Bổ Sung) có trong khu vực của quý vị. Các công cụ này đưa ra <i>ước tính</i> 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 web này để cho Medicare biết nếu quý vị có bất kỳ khiếu nại nào 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 lên Medicare, hãy truy cập 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 web 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. Họ sẽ tìm thông tin trên trang web và đọc lại thông tin cho quý vị. (Quý vị có thể gọi cho 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).

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

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 tư vấn chuyên nghiệp trên khắp các tiểu bang. Tại California, SHIP được gọi là Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) California.

Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) California là một chương trình độc lập (không liên kết với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình sức khỏe nào) của tiểu bang nhận tiền từ chính quyền Liên Bang để tư vấn miễn phí tại địa phương về bảo hiểm sức khỏe cho những ai có Medicare.

Các cố vấn của Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) California có thể giúp quý vị nắm được các quyền lợi Medicare, giúp quý vị khiếu nại về điều trị hoặc chăm sóc y tế và giải quyết các vấn đề với hóa đơn Medicare. Các cố vấn của Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) California còn có thể giúp trả lời các câu hỏi hoặc các vấn đề về Medicare và 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 về việc chuyển đổi chương trình.

PHƯƠNG PHÁP TIẾP CẬN SHIP và CÁC NGUỒN LỰC KHÁC:

- Truy cập <https://www.shiphelp.org> (Nhấp vào CÔNG CỤ TÌM SHIP ở giữa trang)
- Chọn **TIỂU BANG** của quý vị từ danh sách. 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 Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) California – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-800-434-0222
TTY	711
VIẾT THƯ	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
TRANG WEB	https://www.aging.ca.gov/hicap/

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

PHẦN 4 Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng

Mỗi tiểu bang có một Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng 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 bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác mà Medicare trả tiền để kiểm tra và giúp cải tiến chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare. Livanta - Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng của California là một tổ chức độc lập. Tổ chức này 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 bảo hiểm cho chương trình chăm sóc sức khỏe tại nhà, 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 – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-877-588-1123 9 a.m. - 5 p.m. giờ địa phương, Thứ Hai - Thứ Sáu; 11 a.m. - 3 p.m. giờ địa phương, Thứ Bảy - Chủ Nhật
TTY	1-855-887-6668 Số điện thoại này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói.
VIẾT THƯ	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
TRANG WEB	https://www.livantaqio.com

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng**PHẦN 5 Sở 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 tham gia Medicare. U.S. 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 nhất định, sẽ đủ điều kiện được hưởng chương trình Medicare. Nếu quý vị đã bắt đầu hưởng phúc lợi An Sinh Xã Hội, việc ghi danh vào Medicare là tự động. Nếu quý vị chưa hưởng phúc 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 phòng An Sinh Xã Hội địa phương.

Sở An Sinh Xã Hội cũng có trách nhiệm xác định những người nào phải trả thêm phí bảo hiểm cho chương trình bảo hiểm thuốc Part D vì mức thu nhập của họ cao hơn. Khi 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 vì một sự kiện lớn trong 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, quý vị cần thông báo cho Sở An Sinh Xã Hội biết.

Phương thức	Sở 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 8:00 am đến 7:00 pm, 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 yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Nhân viên thường trực từ 8:00 am đến 7:00 pm, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu.
TRANG WEB	www.ssa.gov

PHẦN 6 Medicaid

Là thành viên chương trình của chúng tôi, quý vị đủ điều kiện hưởng Medicare và Medicaid. 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.

Ngoài ra, có những chương trình được cung cấp qua chương trình California Medi-Cal (Medicaid) để trợ giúp người có Medicare trả chi phí Medicare của họ, chẳng hạn như phí bảo hiểm Medicare. 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 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

- **Chương Trình Người Thụ Hưởng Medicare Hội Đủ Điều Kiện Bổ Sung (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). Những người thụ hưởng đủ điều kiện cũng nhận toàn bộ phúc lợi Medicaid.
- **Chương Trình Người Thụ Hưởng Medicare Có Thu Nhập Thấp Được Chỉ Định Bổ Sung (SLMB+):** Giúp trả phí bảo hiểm Part B. Những người thụ hưởng đủ điều kiện cũng nhận toàn bộ phúc lợi Medicaid.
- **Hội Đủ Điều Kiện Kép Nhận Toàn Bộ Phúc Lợi Bảo Hiểm (FBDE):** 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). Những người thụ hưởng đủ điều kiện cũng nhận toàn bộ phúc lợi Medicaid.

Để trở thành thành viên chương trình của chúng tôi, quý vị phải ghi danh kép vào cả Medicare và California Medi-Cal (Medicaid) và đáp ứng tất cả các yêu cầu về tính đủ điều kiện của chương trình tại thời điểm ghi danh. Nếu quý vị có câu hỏi về dịch vụ hỗ trợ mà quý vị nhận được từ Medicaid, hãy liên hệ California Medi-Cal (Medicaid).

Phương thức	California Medi-Cal (Medicaid) – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-800-541-5555 1-916-552-9200 1-916-449-5000 8 a.m. - 5 p.m. PT, Thứ Hai - Thứ Sáu
TTY	1-800-430-7077 Số điện thoại này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói.
VIẾT THƯ	Medi-Cal P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
TRANG WEB	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/default.aspx

Chương Trình Thanh Tra Dịch Vụ Chăm Sóc Dài Hạn California giúp những người ghi danh Medicaid gặp vấn đề về dịch vụ hoặc thanh toán. Họ có thể giúp quý vị nộp đơn khiếu nại hoặc kháng cáo với chương trình của chúng tôi.

Phương thức	Chương Trình Thanh Tra Dịch Vụ Chăm Sóc Dài Hạn California - Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-916-419-7510 1-800-510-2020 8 a.m. - 5 p.m. giờ địa phương, Thứ Hai - Thứ Sáu

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

Phương thức	Chương Trình Thanh Tra Dịch Vụ Chăm Sóc Dài Hạn California - Thông Tin Liên Hệ
TTY	1-800-735-2929 Số điện thoại này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói.
VIẾT THƯ	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
TRANG WEB	https://www.aging.ca.gov/

Thanh Tra Dịch Vụ Chăm Sóc Dài Hạn hỗ trợ mọi người nhận thông tin về các viện dưỡng lão và giải quyết các vấn đề giữa viện dưỡng lão và những người sống trong viện hoặc gia đình của họ.

Phương thức	Thanh Tra Dịch Vụ Chăm Sóc Dài Hạn – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-800-510-2020 1-916-419-7510 8 a.m. - 4 p.m. giờ địa phương, Thứ Hai - Thứ Sáu
TTY	711
VIẾT THƯ	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
TRANG WEB	https://www.aging.ca.gov/programs/ltcop/

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

Trang web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) cung cấp thông tin về cách giảm chi phí thuốc theo toa. Đối với những người có thu nhập hạn chế, cũng có các chương trình khác để hỗ trợ, như được mô tả dưới đây.

Chương trình “Extra Help” của Medicare

Vì quý vị đủ điều kiện tham gia Medicaid, quý vị đủ điều kiện và đang nhận “Extra Help” từ Medicare để thanh toán cho các chi phí thuốc chương trình thuốc theo toa của quý vị. Quý vị sẽ không cần làm gì thêm để được nhận “Extra Help”.

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

Nếu quý vị có câu hỏi về “Extra Help”, vui lòng gọi:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048 (nộp đơn), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần;
- Sở An Sinh Xã Hội theo số 1-800-772-1213, từ 8 am đến 7 pm, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-800-325-0778; hoặc
- Văn Phòng Medicaid Tiểu Bang của quý vị (nộp đơn) (Xem Phần 6 của chương này để biết thông tin liên hệ).

Nếu quý vị nghĩ rằng quý vị đang thanh toán khoản chia sẻ chi phí không chính xác khi mua thuốc theo toa tại nhà thuốc, chương trình của chúng tôi có một quy trình để quý vị yêu cầu trợ giúp để lấy bằng chứng về mức đồng thanh toán chính xác hoặc nếu quý vị đã có bằng chứng, vui lòng cung cấp bằng chứng này cho chúng tôi.

- Hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên và nói với nhân viên đại diện rằng quý vị cho rằng mình đủ điều kiện để nhận “Extra Help”. Quý vị có thể cần cung cấp một trong những loại giấy tờ sau (Bằng Chứng Có Sẵn Tốt Nhất):
 - Bản sao thẻ California Medi-Cal (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 trạng thái bảo hiểm California Medi-Cal (Medicaid) hiện hoạt trong suốt một tháng sau tháng 6 của năm dương lịch trước đó
 - Bản in ra từ tập tin ghi danh điện tử của Tiểu Bang cho biết tình trạng đủ điều kiện California Medi-Cal (Medicaid) trong suốt một tháng sau tháng 6 của năm dương lịch trước đó
 - Ảnh chụp màn hình từ hệ thống California Medi-Cal (Medicaid) của Tiểu Bang cho biết tình trạng đủ điều kiện Medicaid trong suốt một tháng sau tháng 6 của năm dương lịch trước đó
 - Giấy tờ khác do Tiểu Bang cung cấp cho biết tình trạng đủ điều kiện California Medi-Cal (Medicaid) trong 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 Đăng Ký Gửi bởi Người Được Coi Là Đủ Điều Kiện xác nhận rằng người thụ hưởng “...tự động đủ điều kiện để 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 và cho nhân viên đại diện biết quý vị cho rằng mình đủ điều kiện nhận “Extra Help”. 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 theo lịch trong suốt một tháng sau tháng 6 của năm dương lịch trước đó;

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

- 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 theo 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 nằm viện của quý vị dựa trên ít nhất một tháng theo lịch nằm viện 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 “Extra Help”, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên 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 đồng thanh toán 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 thắc mắc.

Nếu quý vị được Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Tiểu Bang (SPAP) bao trả thì sao?

Nhiều bang và Quần đảo Virgin của Hoa Kỳ giúp thanh toán cho toa thuốc, phí bảo hiểm của chương trình thuốc và/hoặc các chi phí khác cho thuốc. Nếu quý vị được ghi danh vào Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Tiểu Bang (SPAP), hoặc bất kỳ chương trình nào khác cung cấp bảo hiểm cho thuốc Part D (ngoài “Extra Help”), quý vị vẫn được giảm 70% cho thuốc chính hiệu được bao trả. Ngoài ra, chương trình trả 5% chi phí cho thuốc chính hiệu trong giai đoạn khoảng trống bảo hiểm. Cả khoản chiết khấu 70% và 5% mà chương trình trả đều áp dụng cho giá của thuốc trước khi được trả bởi bất kỳ chương trình SPAP hoặc chương trình bảo hiểm nào khác.

Nếu quý vị có bảo hiểm từ Chương Trình Trợ Giúp Thuốc AIDS (ADAP) thì sao?

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

Chương Trình Trợ Giúp Thuốc AIDS (ADAP) giúp các cá nhân đủ điều kiện của ADAP mắc HIV/AIDS được tiếp cận thuốc HIV duy trì mạng sống. Thuốc theo toa Medicare Part D cũng thuộc danh mục thuốc ADAP sẽ đủ điều kiện được hỗ trợ phần chia sẻ chi phí thông qua Chương Trình Trợ Giúp Thuốc AIDS (ADAP) California.

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

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

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

Phương thức	Chương Trình Trợ Giúp Thuốc AIDS (ADAP) California — Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-916-558-1784 1-844-421-7050 8 a.m. - 5 p.m. giờ địa phương, Thứ Hai - Thứ Sáu
TTY	711
VIẾT THƯ	Office of AIDS, Center for Infectious Diseases, California Department of Public Health MS 7700 P.O. Box 997426 Sacramento, CA 95899-7377
TRANG WEB	https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAadap.aspx

Lưu ý: Để đủ tiêu chuẩn được trợ giúp qua ADAP hoạt động trong Tiểu Bang của quý vị, quý vị phải đáp ứng được một số tiêu chuẩn, bao gồm 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 quý vị thay đổi chương trình, vui lòng thông báo cho nhân viên đăng ký ADAP tại địa phương để có thể tiếp tục nhận hỗ trợ. 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) California.

Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Tiểu Bang

Nhiều tiểu bang có Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Tiểu Bang giúp một số người thanh toán cho thuốc theo toa dựa trên nhu cầu tài chính, tuổi tác, bệnh lý hoặc khuyết tật. Mỗi tiểu bang có các quy định khác nhau để cung cấp bảo hiểm thuốc cho các thành viên của mình.

Tại California, Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Tiểu Bang là Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng MediCal Rx.

Phương thức	Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng MediCal Rx California – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-800-977-2273 1-916-518-3100 711 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ
TTY	711
VIẾT THƯ	MediCal Rx Customer Service Center P.O. Box 730 Rancho Cordova, CA 95741
TRANG WEB	www.medi-calrx.dhcs.ca.gov

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

PHẦN 8 Cách liên hệ với Ủy Ban Hưu Trí Ngành 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 hưởng phúc lợi Medicare qua Ủy Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt, quý vị cần báo cho ủy ban này biết mỗi khi quý vị đổi chỗ ở hoặc đổi địa chỉ gửi thư. Nếu có thắc mắc gì liên quan đến phúc lợi của quý vị từ Ủy Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt, vui lòng liên hệ với cơ quan này.

Phương thức	Ủy Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-877-772-5772 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Nếu nhấn “0”, quý vị có thể nói chuyện với nhân viên đại diện của RRB từ 9:00 am đến 3:30 pm, Thứ Hai, Thứ Ba, Thứ Năm và Thứ Sáu và từ 9:00 am đến 12:00 pm vào Thứ Tư. Nếu nhấn “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 yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Số điện thoại này <i>không</i> phải là số điện thoại miễn phí.
TRANG WEB	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/chồng hay bạn đời của quý vị) có bảo hiểm từ chủ lao động hay bảo hiểm nhóm của nhân viên hưu trí của quý vị (hoặc của vợ/chồng hay bạn đời của quý vị) là một phần của chương trình bảo hiểm này, vui lòng gọi cho nhân viên 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 phúc lợi sức khỏe của chủ lao động hoặc phúc lợi sức khỏe cho người về hưu của quý vị (hoặc của vợ/chồng hay bạn đời quý vị), phí bảo hiểm hoặc thời gian ghi danh. (Số điện thoại Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên được in trên bìa sau của tài liệu 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 y tế của quý vị theo chương trình này.

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

Nếu quý vị có bảo hiểm thuốc theo toa khác qua chủ lao động hoặc nhóm hưu trí của quý vị (hoặc của vợ/chồng hay bạn đời của quý vị), vui lòng liên hệ với **nhân viên quản trị phúc lợi của nhóm đó**. Nhân viên quản trị về phúc 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 chương trình cho
dịch vụ y tế và các dịch vụ
được bao trả khác của quý vị*

Chương 3 Sử dụng chương trình cho dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

PHẦN 1 Những điều quý vị cần biết để được nhận dịch vụ chăm sóc y tế và các dịch vụ khác 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 và các dịch vụ khác 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, thiết bị, thuốc theo toa và những dịch vụ chăm sóc y tế khác được chương trình bao trả.

Để biết chi tiết về các dịch vụ chăm sóc y tế và các dịch vụ khác được chương trình của chúng tôi bao trả, hãy sử dụng bảng phúc lợi ở chương sau, Chương 4 (*Bảng Phúc Lợi Y Tế, những gì được bao trả*).

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

- **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 gia chăm sóc sức khỏe khác, các nhóm y tế, bệnh viện và các cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác đang có hợp đồng với chúng tôi để chấp nhận khoản thanh toán của chúng tôi là khoản thanh toán đầy đủ. Chúng tôi đã thu xếp với những nhà cung cấp này để họ cung cấp các dịch vụ được bao trả cho thành viên của chương trình chúng tôi. Các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi 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 tại nhà cung cấp trong mạng lưới, quý không phải thanh toán cho các dịch vụ được bao trả.
- **Dịch vụ được bao trả** gồm tất cả các dịch vụ y tế, dịch vụ chăm sóc sức khỏe, vật tư, thiết bị và Thuốc Theo Toa 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 Y Tế trong Chương 4. Dịch vụ được bao trả cho thuốc theo toa của quý vị được đề cập trong Chương 5.

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

Là một chương trình bảo hiểm sức khỏe của Medicare, chương trình của chúng tôi phải bao trả tất cả các dịch vụ được bao trả của Original Medicare và có thể cung cấp các dịch vụ khác ngoài những dịch vụ được bao trả theo Original Medicare. Vui lòng tham khảo Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những khoản được bao trả) để biết các dịch vụ được bao trả trong chương trình.

Chương 3 Sử dụng chương trình cho dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

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 tài liệu 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 tư, thiết bị 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 hầu hết 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 khác trong mạng lưới của chương trình, như bác sĩ chuyên khoa, bệnh viện, cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc các cơ sở chăm sóc sức khỏe tại nhà. Điều này được gọi là cấp giấy giới thiệu cho quý vị. Để biết thêm thông tin về điều này, vui lòng 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. Điều này có nghĩa là quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí cho nhà cung cấp đó đối với dịch vụ được cung cấp. *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 hoặc 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 nhưng không có bác sĩ chuyên khoa nào trong mạng lưới của chúng tôi cung cấp dịch vụ chăm sóc này, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc này từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới (phải được sự chấp thuận trước) với mức chia sẻ chi phí mà quý vị thường trả trong mạng lưới. Vui lòng 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, chúng tôi sẽ bao trả những dịch vụ này giống như khi 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 3 Sử dụng chương trình cho dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

- Chương trình này bao trả cho các dịch vụ thăm tách mà quý vị nhận được tại một cơ sở thăm tách được Medicare chứng nhận khi quý vị đang tạm thời ra khỏi khu vực dịch vụ của chương trình hoặc khi nhà cung cấp dịch vụ này cho quý vị tạm thời không có sẵn hoặc không thể tiếp cận được. Mức chia sẻ chi phí mà quý vị trả cho chương trình cho việc thăm tách không bao giờ vượt quá mức chia sẻ chi phí trong Original Medicare. Nếu quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình và được điều trị thăm tách từ một nhà cung cấp nằm ngoài mạng lưới của chương trình, mức chia sẻ chi phí của quý vị không thể vượt quá mức chia sẻ chi phí mà quý vị trả trong mạng lưới. Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp dịch vụ thăm tách thông thường của quý vị trong mạng lưới tạm thời không có sẵn và quý vị chọn sử dụng dịch vụ bên trong khu vực dịch vụ từ nhà cung cấp bên ngoài mạng lưới của chương trình thì mức chia sẻ chi phí cho điều trị thăm tách có thể cao hơn.

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

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 hầu hết các dịch vụ chăm sóc định kỳ 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. Điều này bao gồm:

- sức khỏe hành vi,
- x-quang,
- xét nghiệm,
- trị liệu,
- sự chăm sóc của các bác sĩ chuyên khoa,
- nhập viện và
- chăm sóc theo dõi.

Chương 3 Sử dụng chương trình cho dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

“Điều phối” 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 vật tư 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 điều phối dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, quý vị cần gửi tất cả các hồ sơ y tế trước đây của mình tới phòng khám của PCP. Thường thì quý vị sẽ đến khám 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 vật phẩm nhất định được bao trả. Xem Chương 4 của tài liệu này để biết những dịch vụ và vật phẩm nào 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 cấp cứu, 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 Tế đang tham gia trong mạng lưới Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). Quý vị cũng sẽ chọn một PCP từ Nhóm Y Tế 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, 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 Tế 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 tiên 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 Tế.

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

Đổi PCP

Quý vị có thể đổi PCP vì bất cứ lý do gì vào bất cứ lúc nào. Ngoài ra, có thể PCP của quý vị đã rời mạng lưới 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

Chương 3 Sử dụng chương trình cho dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

vị sau khi rời khỏi mạng lưới của chúng tôi. Để biết thông tin chi tiết cụ thể, hãy liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.

Nếu quý vị muốn thay đổi Nhóm Y Tế hoặc PCP, vui lòng gọi đến Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Mỗi Nhóm Y Tế 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 Tế 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 Tế 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 cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. 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 loại chăm sóc y tế và dịch vụ khác nào mà không cần sự giới thiệu của PCP?

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

- Chăm sóc sức khỏe phụ nữ định kỳ, gồm có khám vú, chụp quang tuyến vú để sàng lọc bệnh (chụp x-quang vú), làm xét nghiệm Pap và khám vùng chậu miễn là quý vị dùng những nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Chích ngừa bệnh cúm, tiêm vắc-xin COVID-19 và tiêm vắc-xin viêm phổi miễn là 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 là các dịch vụ được bao trả và không phải là dịch vụ cấp cứu, được cung cấp khi các nhà cung cấp trong mạng lưới tạm thời không phục vụ hoặc không thể tiếp cận được, hoặc khi thành viên ở ngoài khu vực dịch vụ. Ví dụ, quý vị cần được chăm sóc ngay lập tức vào cuối tuần. Các dịch vụ phải là cần ngay lập tức và cần thiết về mặt y tế.
- Dịch vụ thẩm tách 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. Nếu có thể, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên trước khi quý vị rời khu vực dịch vụ để chúng tôi có thể thu xếp cho quý vị được duy trì thẩm tách trong lúc quý vị đi xa.

Phần 2.3 Cách nhận 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 hoặc một bộ phận cơ thể cụ thể. Có nhiều loại bác sĩ chuyên khoa. Sau đây là một vài ví dụ:

Chương 3 Sử dụng chương trình cho dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

- 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 cơ

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 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. Trong một số trường hợp, quý vị, người đại diện của quý vị hoặc PCP/nhà cung cấp của quý vị có thể cần được chương trình chấp thuận trước. Vui lòng xem Chương 4, Phần 2.1 để biết thông tin về các dịch vụ nào cần được chấp thuận trước.

Mỗi Nhóm Y Tế 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 Tế và PCP mà quý vị chọn có thể quyết định các bác sĩ chuyên khoa và bệnh viện mà quý vị có thể sử dụng. Nếu có các bác sĩ chuyên khoa hoặc bệnh viện cụ thể mà quý vị muốn sử dụng, hãy tìm hiểu xem Nhóm Y Tế hoặc PCP của quý vị có sử dụng các bác sĩ chuyên khoa hoặc bệnh viện này hay không. Thông thường quý vị có thể thay đổi PCP của mình bất cứ lúc nào nếu quý vị muốn đến khám với bác sĩ chuyên khoa trong chương trình hoặc tới bệnh viện mà PCP hiện tại của quý vị không thể giới thiệu quý vị tới đó. Trong Phần 2.1 trong mục “Đổi PCP”, chúng tôi 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.

Nếu một bác sĩ chuyên khoa hoặc một nhà cung cấp khác 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. Nếu bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa của quý vị rời chương trình, quý vị có một số quyền và biện pháp bảo vệ được tóm tắt dưới đây:

- Mặc dù mạng lưới của nhà cung cấp có thể thay đổi trong năm, Medicare yêu cầu chúng tôi cung cấp cho quý vị khả năng tiếp cận không bị gián đoạn với bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa đủ điều kiện.

Chương 3 Sử dụng chương trình cho dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

- Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị rằng nhà cung cấp sắp rời chương trình của chúng tôi để quý vị có thời gian chọn một nhà cung cấp mới.
 - Nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi hoặc chăm sóc chính của quý vị rời chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị nếu quý vị khám với nhà cung cấp đó trong vòng ba năm qua.
 - Nếu có bất kỳ nhà cung cấp nào khác của quý vị rời chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ thông báo nếu quý vị được chỉ định nhà cung cấp đó, hiện đang được họ chăm sóc hoặc đã khám với họ trong vòng ba tháng qua.
- Chúng tôi sẽ hỗ trợ quý vị lựa chọn một nhà cung cấp mới trong mạng lưới đủ điều kiện mà quý vị có thể tiếp cận để tiếp tục được chăm sóc.
- Nếu quý vị hiện đang được điều trị y tế hoặc trị liệu với nhà cung cấp hiện tại, quý vị có quyền yêu cầu và chúng tôi sẽ làm việc với quý vị để đảm bảo rằng việc điều trị hoặc trị liệu cần thiết về mặt y tế mà quý vị đang nhận được tiếp tục.
- Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về các giai đoạn ghi danh khác nhau có sẵn và các lựa chọn để quý vị thay đổi chương trình.
- Chúng tôi sẽ sắp xếp mọi phúc lợi được bao trả cần thiết về mặt y tế ngoài mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi, nhưng ở mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới, khi nhà cung cấp hoặc phúc lợi trong mạng lưới không có sẵn hoặc không đủ để đáp ứng nhu cầu y tế của quý vị. Chương trình của chúng tôi phải xác nhận là không có nhà cung cấp trong mạng lưới và nhà cung cấp ngoài mạng lưới phải liên hệ với chương trình để xin phép cho quý vị được nhận dịch vụ. 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 cấp cứu hoặc các dịch vụ cần thiết khẩn cấp ngoài khu vực dịch vụ.
- 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 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 dịch vụ chăm sóc của quý vị không được quản lý một cách thích hợp, quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại về chất lượng chăm sóc cho QIO, đơn than phiền về chất lượng chăm sóc tới chương trình, hoặc cả hai. Vui lòng xem Chương 9.

Phần 2.4 Cách nhận dịch vụ chăm sóc của các nhà cung cấp ngoài mạng lưới

Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc y tế được Medicare bao trả và nhà cung cấp trong 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 là không có nhà cung cấp trong mạng lưới và nhà cung cấp ngoài mạng lưới phải liên hệ với chương trình để xin phép cho quý

Chương 3 Sử dụng chương trình cho dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

Quý vị được nhận dịch vụ. 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 cấp cứu hoặc các dịch vụ cần thiết khẩn cấp ngoài khu vực dịch vụ. Ngoài ra, chương trình của chúng tôi phải bao trả cho các dịch vụ thẩm tách 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 thẩm tách được Medicare chứng nhận.

PHẦN 3 Cách nhận dịch vụ khi quý vị trong tình trạng cấp cứu hoặc cần được chăm sóc khẩn cấp hoặc trong trường hợp có thảm họa

Phần 3.1 Nhận dịch vụ 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 người không hành nghề y có trí tuệ minh mẫn nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và thuốc cho rằng quý vị có các triệu chứng y khoa cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để ngăn ngừa tử vong (và thai nhi tử vong nếu quý vị là phụ nữ mang thai), mất chân tay, hay chân tay không hoạt động được, hoặc mất hoặc suy giảm nghiêm trọng chức năng cơ thể. 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 cần cấp cứu y tế:

- **Quý vị phải được chăm sóc càng nhanh càng tốt.** Gọi số 911 để được giúp đỡ hoặc phải đi đến phòng cấp cứu hoặc đến bệnh viện gần nhất. Gọi cho xe cứu thương nếu cần. Quý vị *không* cần có chấp thuận hoặc giới thiệu trước từ PCP. Quý vị không cần sử dụng bác sĩ trong mạng lưới. Quý vị có thể được bao trả chăm sóc y tế cấp cứu bất cứ khi nào quý vị cần, ở bất kỳ đâu ở Hoa Kỳ hoặc các lãnh thổ của Hoa Kỳ và từ bất kỳ nhà cung cấp nào có giấy phép thích hợp của tiểu bang ngay cả khi họ không thuộc mạng lưới của chúng tôi. Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) bảo hiểm các trường hợp khẩn cấp/cấp cứu toàn cầu.
- **Hãy báo cho chương trình của chúng tôi biết về tình trạng cấp cứu 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 cần gọi điện để cho chúng tôi biết về dịch vụ chăm sóc cấp cứu của quý vị, thông thường là trong vòng 48 giờ. Quý vị có thể gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc số điện thoại ở mặt sau thẻ thành viên của quý vị.

Chương 3 Sử dụng chương trình cho dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

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

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. Chúng tôi cũng bao trả dịch vụ y tế trong trường hợp cấp cứu.

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 tế không còn nữa.

Sau khi tình trạng cấp cứu đã qua, quý vị có quyền được tiếp tục chăm sóc để bảo đảm là tình trạng của quý vị vẫn luôn ổn định. Quý vị cần khám theo dõi với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của mình trong vòng 5 đến 7 ngày sau khi được chăm sóc cấp cứu. Quý vị sẽ nhận được một cuộc gọi từ đội ngũ chăm sóc của chúng tôi để giúp quý vị sắp xếp lịch khám theo dõi cần thiết và nhận được những phúc lợi hữu ích khác cho quá trình phục hồi. Bác sĩ sẽ tiếp tục điều trị cho quý vị cho đến khi bác sĩ của quý vị liên hệ với chúng tôi và lên kế hoạch chăm sóc thêm. Chương trình chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc theo dõi của quý vị. 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.

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

Đôi 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 thực 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 tin 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 sung cho quý vị nếu quý vị được chăm sóc thêm bằng một trong hai cách này:

- Quý vị đến một nhà cung cấp trong mạng lưới để được chăm sóc thêm.
- – 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 Nhận dịch vụ chăm sóc khi quý vị cần được chăm sóc khẩn cấp

Các dịch vụ cần thiết khẩn cấp là gì?

Dịch vụ cần thiết khẩn cấp là một tình huống không cấp cứu đòi hỏi phải được chăm sóc y tế ngay lập tức nhưng trong trường hợp của quý vị, việc nhận các dịch vụ này từ một nhà cung cấp trong mạng lưới là không thể hoặc không hợp lý. Chương trình phải bao trả các dịch vụ cần thiết khẩn cấp được cung cấp ngoài mạng lưới. Một số ví dụ về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp là i)

Chương 3 Sử dụng chương trình cho dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

đau họng nghiêm trọng xảy ra vào cuối tuần hoặc ii) cơn bùng phát bất ngờ của một bệnh lý đã biết khi quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ.

Vui lòng liên hệ phòng khám 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 danh sách các trung tâm chăm sóc khẩn cấp trong mạng lưới trong *Danh Mục Nhà Cung Cấp và 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 được bao 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 khẩn cấp 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)*), hoặc gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.

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, xem phần “Chăm Sóc Cấp Cứu” và “Các Dịch Vụ Cần Thiết Khẩn Cấp” trong Bảng Phúc Lợi Y Tế trong Chương 4 của tài liệu này hoặc gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.

Chương 3 Sử dụng chương trình cho dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

Phần 3.3 Nhận dịch vụ 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 ban 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 được chăm sóc cần thiết trong trường hợp có thảm họa.

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. Vui lòng 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 thì sao?

Phần 4.1 Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ được bao trả

Nếu quý vị đã trả tiền cho những dịch vụ được bao trả hoặc quý vị nhận được hóa đơn cho những dịch vụ y tế được bao trả, vui lòng xem Chương 7 (*Yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho các loại thuốc hoặc dịch vụ y tế được bao trả*) để biết thông tin về những gì cần làm.

Phần 4.2 Quý vị cần làm gì nếu dịch vụ không được chương trình bao trả?

Chương trình của chúng tôi bao trả tất cả các dịch vụ cần thiết về mặt y tế như được liệt kê trong Bảng Phúc Lợi Y Tế trong Chương 4 của tài liệu này. Nếu quý vị nhận các dịch vụ không được chương trình của chúng tôi bao trả hoặc dịch vụ nhận được từ bên ngoài mạng lưới và không được chấp thuận, quý vị có trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí dịch vụ. Trước khi thanh toán chi phí dịch vụ, quý vị nên kiểm tra xem dịch vụ đó có được California Medi-Cal (Medicaid) bao trả hay không.

Đối với những dịch vụ được bao trả nhưng có giới hạn về phúc lợi, quý vị cũng phải trả toàn phần chi phí của những dịch vụ này sau khi quý vị đã sử dụng hết mức phúc lợi 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

Chương 3 Sử dụng chương trình cho dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

trình chúng tôi đạt đến giới hạn phúc lợi. Sau khi quý vị đã dùng hết giới hạn phúc lợi, các khoản thanh toán thêm mà quý vị trả cho các dịch vụ của quý vị sẽ không được tính vào số tiền tự trả tối đa hàng năm.

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

Phần 5.1 Nghiên cứu lâm sàng là gì?

Nghiên cứu 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. Một số nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt. Nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt thường yêu cầu các tình nguyện viên tham gia nghiên cứu.

Một khi Medicare chấp thuận nghiên cứu, và quý vị thể hiện sự quan tâm đến việc tham gia nghiên cứu, nhân viên trong ban nghiên cứu sẽ liên hệ với quý vị để giải thích rõ ràng hơn về nghiên cứu và để xem quý vị có đủ các điều kiện mà các nhà khoa học thực hiện nghiên cứu đã đề ra hay không. Quý vị có thể tham gia nghiên cứu này nếu quý vị đáp ứng các yêu cầu của 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 phê duyệt, Original Medicare sẽ trả hầu hết các chi phí đối với những dịch vụ được bao trả mà quý vị được cung cấp trong quá trình nghiên cứu. Nếu quý vị cho chúng tôi biết rằng quý vị đang tham gia một thử nghiệm lâm sàng đủ điều kiện, thì quý vị chỉ phải chi trả phần chia sẻ chi phí trong mạng lưới cho các dịch vụ trong thử nghiệm đó. Nếu quý vị trả nhiều tiền hơn, ví dụ như quý vị đã thanh toán số tiền chia sẻ chi phí của Original Medicare, chúng tôi sẽ hoàn trả phần chênh lệch giữa số tiền quý vị đã thanh toán và khoản chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị cần cung cấp giấy tờ để cho chúng tôi biết quý vị đã thanh toán bao nhiêu tiền. Khi quý vị tham gia nghiên cứu 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 nghiên cứu) qua chương trình của chúng tôi.

Nếu quý vị muốn tham gia bất kỳ nghiên cứu lâm sàng nào được Medicare chấp thuận, quý vị *không* cần cho chúng tôi biết hoặc 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 lâm sàng *không* cần phải là các nhà cung cấp trong mạng lưới chương trình của chúng tôi. Xin lưu ý rằng điều này không bao gồm những phúc lợi mà chương trình của chúng tôi chịu trách nhiệm bao gồm thử nghiệm lâm sàng hoặc đăng ký để đánh giá phúc lợi. Những phúc lợi này bao gồm một số phúc lợi được xác định theo quy định quyết định bảo hiểm quốc gia (NCD) và thử nghiệm thiết bị nghiên cứu (IDE) và có thể cần phải xin chấp thuận trước và tuân thủ các quy tắc khác của chương trình.

Mặc dù quý vị không cần xin phép chương trình của chúng tôi để tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng, được Original Medicare bao trả cho những thành viên Medicare Advantage, chúng tôi

Chương 3 Sử dụng chương trình cho dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

khuyến khích quý vị thông báo trước cho chúng tôi khi quý vị chọn tham gia vào các thử nghiệm lâm sàng đủ điều kiện của Medicare.

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.*

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

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

- Phòng và giường bệnh trong lúc nằm viện mà Medicare sẽ bao trả ngay cả khi quý vị không tham gia nghiên cứu
- Phẫu thuật hoặc thủ thuật y khoa khác nếu những thủ thuật này là một phần của nghiên cứu
- Điều trị các tác dụng phụ và biến chứng liên quan đến phương thức chăm sóc sức khỏe mới

Sau khi Medicare thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình cho những dịch vụ này, chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán phần còn lại. Giống với tất cả các dịch vụ được bao trả, quý vị sẽ không phải trả khoản tiền nào cho các dịch vụ được bao trả mà quý vị nhận được khi tham gia một nghiên cứu lâm sàng.

Khi quý vị tham gia nghiên cứu lâm sàng, **cả chương trình của 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 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 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 việc chụp CT hàng tháng trong quá trình nghiên cứu nếu bệnh lý của quý vị thường chỉ đòi hỏi chụp CT một lần.

Quý vị muốn tìm hiểu thêm?

Quý vị có thể nhận thêm thông tin về việc tham gia nghiên cứu lâm sàng bằng cách truy cập Trang web của Medicare để đọc hoặc tải về ấn phẩm *Medicare and Clinical Research Research* (Medicare và Nghiên Cứu Lâm Sàng). (Ấn phẩm có sẵn tại: 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.

Chương 3 Sử dụng chương trình cho dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

PHẦN 6 Các quy tắc về việc nhận dịch vụ chăm sóc tại cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế

Phần 6.1 Cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế là gì?

Cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi 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 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, chúng tôi sẽ bao trả cho dịch vụ chăm sóc tại cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế. Phúc lợi này chỉ được cung cấp cho những dịch vụ điều trị nội trú thuộc Part A (dịch vụ chăm sóc sức khỏe phi y tế).

Phần 6.2 Nhận Sự Chăm Sóc từ Cơ Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Tôn Giáo Phi Y Tế

Để nhận dịch vụ chăm sóc từ cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi 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 ngoại lệ**.

- Điều trị hoặc chăm sóc y tế **không 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 **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 tôn giáo phi 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 những dịch vụ được bao trả cho chăm sóc nội trú tại bệnh viện 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 tôn giáo phi 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 với chăm sóc nội trú hoặc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn quý vị lẽ ra sẽ được nhận. Vui lòng xem Bảng Phúc Lợi Y

Chương 3 Sử dụng chương trình cho dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

Tế ở Chương 4 để biết các quy tắc bảo hiểm và thông tin bổ sung về chia sẻ chi phí và giới hạn đối với bảo hiểm 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 vật phẩm như thiết bị oxy và vật tư, xe lăn, khung tập đi, hệ thống đệm điện, nạng, vật tư cho bệnh tiểu đường, thiết bị phát âm, máy truyền thuốc vào tĩnh mạch, máy xông khí dung và 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 DME mà quý vị phải thuê.

Theo chương trình Original Medicare, những người thuê một số loại 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 DME 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 DME 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 DME 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 DME 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. Gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để tìm hiểu về các yêu cầu để thuê và sở hữu DME và các tài liệu quý vị cần cung cấp.

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 DME trong thời gian 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 thiết bị này. Các khoản thanh toán được thực hiện khi ghi danh trong chương trình của quý vị sẽ không được tính.

Ví dụ 1: Quý vị đã thực hiện 12 khoản thanh toán liên tiếp trở xuống cho thiết bị đó khi đang tham gia Original Medicare rồi sau đó mới tham gia chương trình của chúng tôi. Các khoản thanh toán mà quý vị đã thực hiện trong Original Medicare sẽ không được tính. Quý vị sẽ phải thực hiện 13 khoản thanh toán cho chương trình của chúng tôi trước khi sở hữu thiết bị đó.

Ví dụ 2: Quý vị đã thực hiện 12 khoản thanh toán liên tiếp trở xuống cho thiết bị đó khi đang tham gia Original Medicare rồi sau đó mới tham gia chương trình của chúng tôi. Quý vị đã tham

Chương 3 Sử dụng chương trình cho dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

gia chương trình của chúng tôi nhưng không có quyền sở hữu trong khi tham gia chương trình của chúng tôi. Sau đó, quý vị quay lại Original Medicare. Quý vị sẽ phải thực hiện 13 khoản thanh toán mới liên tiếp để sở hữu thiết bị đó sau khi quý vị tham gia lại Original Medicare. Tất cả các khoản thanh toán trước đó (cho dù là trong chương trình của chúng tôi hay với Original Medicare) đều không được tính.

Phần 7.2 Quy định về thiết bị oxy, vật tư và bảo trì

Quý vị được hưởng những phúc lợi gì về oxy?

Nếu quý vị đủ điều kiện cho bảo hiểm thiết bị oxy Medicare, Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) sẽ bao trả:

- Tiền 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 Dual Liberty (HMO D-SNP) hoặc không còn cần thiết bị oxy nữa thì quý vị phải trả lại thiết bị oxy.

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

Original Medicare yêu cầu một nhà cung cấp oxy cung cấp dịch vụ cho quý vị trong năm năm. Trong 36 tháng đầu tiên, quý vị sẽ thuê thiết bị. 24 tháng còn lại, nhà cung cấp sẽ cung cấp thiết bị và bảo trì (quý vị vẫn chịu trách nhiệm đồng thanh toán cho oxy). Sau năm năm, quý vị có thể chọn sử dụng tiếp công ty đó hoặc sử dụng công ty khác. Vào thời điểm này, chu kỳ năm năm bắt đầu lại, ngay cả khi quý vị tiếp tục sử dụng công ty cũ, yêu cầu quý vị phải thanh toán khoản đồng thanh toán trong 36 tháng đầu tiên. Nếu quý vị tham gia hoặc rời chương trình của chúng tôi, chu kỳ năm năm sẽ bắt đầu lại.

CHƯƠNG 4:

*Bảng Phúc Lợi Y Tế
(những gì được bao trả)*

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)**PHẦN 1 Hiểu rõ về những dịch vụ được bao trả**

Chương này trình bày Bảng Phúc Lợi Y Tế nhằm liệt kê các dịch vụ mà quý vị được bao trả với tư cách là thành viên trong chương trình của chúng tôi. Ở phần sau của chương này, quý vị có thể tìm thấy thông tin về các dịch vụ y tế không được bao trả. Chương này cũng giải thích các mức giới hạn cho một số dịch vụ.

Phần 1.1 Quý vị không phải trả tiền cho các dịch vụ được bao trả

Vì quý vị nhận hỗ trợ từ California Medi-Cal (Medicaid) nên quý vị không phải trả tiền cho các dịch vụ được bao trả của mình miễn là quý vị tuân thủ các quy định của chương trình để nhận dịch vụ chăm sóc. (Xem Chương 3 để biết thêm thông tin về các quy định nhận dịch vụ chăm sóc của chương trình).

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?

Lưu ý: Do thành viên của chúng tôi cũng nhận được hỗ trợ từ Medicaid nên có rất ít thành viên từng đạt đến số tiền tự trả tối đa này. Quý vị không có trách nhiệm thanh toán bất kỳ chi phí tự trả nào vượt quá số tiền tự trả tối đa cho các dịch vụ được bao trả theo Part A và Part B.

Vì quý vị đã ghi danh vào Chương Trình Medicare Advantage, có một giới hạn về số tiền quý vị phải thanh toán chi phí tự trả mỗi năm cho các dịch vụ y tế được Medicare Part A và Part B bao trả. Mức giới hạn này được gọi là số tiền tự trả tối đa (MOOP) cho các dịch vụ y tế. Đối với năm dương lịch 2024, số tiền này là \$8,850.

Số tiền quý vị trả cho các khoản đồng thanh toán và đồng bảo hiểm cho các dịch vụ được bao trả được tính vào số tiền tự trả tối đa này. Số tiền mà quý vị trả cho thuốc theo toa Part D thì không được tính vào số tiền tự trả tối đa của quý vị. Ngoài ra, những khoản tiền quý vị trả cho một số dịch vụ sẽ 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 đến số tiền tự trả tối đa là \$8,850, quý vị sẽ không phải thanh toán bất kỳ chi phí tự trả 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 trả phí bảo hiểm Medicare Part B (trừ khi phí bảo hiểm Part B được trả bởi California Medi-Cal (Medicaid) hay một bên thứ ba khác).

PHẦN 2 Sử dụng Bảng Phúc Lợi Y Tế để tìm hiểu những gì được bao trả**Phần 2.1 Phúc lợi y tế đối với thành viên của chương trình**

Bảng Phúc Lợi Y Tế ở các trang kế tiếp sẽ liệt kê các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi bao trả. Bảo hiểm thuốc theo toa Part D nằm trong Chương 5. Các dịch vụ liệt kê trong Bảng Phúc Lợi Y Tế chỉ được bao trả khi đáp ứng các yêu cầu về bảo hiểm sau đây:

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

- Các dịch vụ được Medicare bao trả phải được cung cấp theo các hướng dẫn bao trả được ấn định bởi Medicare.
- Dịch vụ của quý vị (bao gồm dịch vụ chăm sóc y tế, dịch vụ, vật tư, thiết bị và thuốc theo toa Part B) *phải* cần thiết về mặt y tế. Cần thiết về mặt y tế có nghĩa là các dịch vụ, vật tư, 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, dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới sẽ không được bao trả trừ khi đó là dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp hoặc trừ khi chương trình của quý vị hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới đã cung cấp cho quý vị giấy giới thiệu. Điều này có nghĩa là quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí cho nhà cung cấp đó đối với dịch vụ được cung cấp.
- Quý vị có một nhà cung cấp dịch vụ 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 khám với nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình. Điều này được gọi là cấp giấy giới thiệu cho quý vị.
- 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 từ chúng tôi. Các dịch vụ được bao trả cần sự chấp thuận trước được in nghiêng trong Bảng Phúc Lợi Y Tế.

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

- Quý vị được cả Medicare và California Medi-Cal (Medicaid) bao trả. Medicare bao trả dịch vụ chăm sóc sức khỏe và thuốc theo toa. Medicaid bao trả phần chia sẽ chi phí của quý vị cho các dịch vụ Medicare, bao gồm các khoản tiền khấu trừ và đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm của Medicare cho các dịch vụ nội trú và ngoại trú trong bệnh viện và các lần thăm khám tại phòng khám bác sĩ. California Medi-Cal (Medicaid) cũng bao trả các dịch vụ mà Medicare không bao trả như chăm sóc dài hạn, một số loại thuốc không theo toa, và các dịch vụ tại nhà và trong cộng đồng.
- Cũng như tất cả các chương trình sức khỏe Medicare, chúng tôi bao trả cho mọi thứ mà Original Medicare bao trả. (Nếu quý vị muốn biết thêm về mức bảo hiểm và chi phí của Original Medicare, xin tìm xem sổ tay Medicare & Quý vị năm 2024. Xem sổ tay 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 số 1-877-486-2048).
- Đối với mọi dịch vụ phòng bệnh được bao trả miễn phí trong Original Medicare, chúng tôi cũng bao trả dịch vụ đó miễn phí cho quý vị.
- Nếu Medicare bổ sung bảo hiểm cho bất cứ các dịch vụ mới nào trong năm 2024, thì Medicare hoặc chương trình của chúng tôi sẽ bao trả cho các dịch vụ đó.
- Để biết các dịch vụ được Medicaid bao trả, vui lòng tham khảo Bản Tóm Tắt Phúc Lợi của chương trình để biết danh sách đầy đủ các phúc lợi Medicaid bao trả. Nếu quý vị không nhận được Bản Tóm Tắt Phúc Lợi, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên và

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

yêu cầu họ gửi cho quý vị một bản sao. Phần chia sẻ chi phí của quý vị cho dịch vụ được Medicaid bao trả, nếu có, dựa trên mức độ đủ điều kiện Medicaid của quý vị.

- Nếu quý vị đang ở trong giai đoạn sáu 6 tháng được coi là tiếp tục đủ điều kiện trong chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp tất cả các phúc lợi Medicare được chương trình Medicare Advantage bao trả. Tuy nhiên, trong giai đoạn này, chương trình Medicare Advantage không chịu trách nhiệm bao trả mọi phúc lợi California Medical (Medicaid) nằm trong chương trình Medicaid tiểu bang của quý vị. Các khoản chia sẻ chi phí Medicare cho các phúc lợi Medicare cơ bản và bổ sung không thay đổi trong giai đoạn này. Số tiền quý vị chi trả phụ thuộc vào mức độ phúc lợi Medicaid mà quý vị có.

Quý vị không phải thanh toán cho các dịch vụ nêu trong Bảng Phúc lợi, miễn là đáp ứng các yêu cầu về bao trả được mô tả bên dưới.

Thông Tin Phúc Lợi Quan Trọng cho tất cả Người Ghi Danh Tham Gia Dịch Vụ Lập Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Thể Chất và Tinh Thần (WHP)

- Vì chương trình của chúng tôi tham gia Chương Trình Thiết Kế Bảo Hiểm Dựa Trên Giá Trị, quý vị sẽ đủ điều kiện nhận các dịch vụ WHP sau, bao gồm các dịch vụ lập kế hoạch chăm sóc trước (ACP):
 - Nếu quý vị không thể đưa ra quyết định cho bản thân trong tương lai về việc chăm sóc sức khỏe của mình, các chuyên gia y tế có thể đảm bảo mong muốn của quý vị được tuân theo. Lập kế hoạch chăm sóc trước có nghĩa là trao đổi và đưa ra quyết định về dịch vụ chăm sóc mà quý vị mong muốn trong tương lai.
 - Chúng tôi sẽ hỗ trợ quý vị điền các biểu mẫu cần thiết để cung cấp cho một người nào đó quyền hợp pháp để đưa ra các quyết định y tế cho quý vị nếu quý vị không thể đưa ra quyết định cho chính mình.
- Quý vị có thể được hỗ trợ lập kế hoạch chăm sóc trước bất cứ lúc nào bằng cách liên hệ với chương trình của chúng tôi.
- WHP và ACP là tự nguyện và quý vị có quyền từ chối các dịch vụ này

Thông Tin Phúc Lợi Quan Trọng cho Người Ghi Danh Đủ Điều Kiện Để Nhận “Extra Help”:

- Nếu quý vị được nhận “Extra Help” để thanh toán chi phí chương trình thuốc theo toa Medicare, chẳng hạn như phí bảo hiểm, khoản tiền khấu trừ và đồng bảo hiểm, quý vị có thể đủ điều kiện nhận các phúc lợi bổ sung có mục tiêu khác và/hoặc chia sẻ chi phí giảm có mục tiêu.
- Vui lòng xem Bảng Phúc Lợi Y Tế trong Chương 4 để biết thêm chi tiết.
- Các thành viên đủ điều kiện để được miễn chia sẻ chi phí cho thuốc Part D. Xem Chương 6 để biết thêm chi tiết.

Medicare chấp thuận cho Health Net Community Solutions, Inc. cung cấp các phúc lợi này trong chương trình Thiết Kế Bảo Hiểm Dựa Trên Giá Trị. Chương trình này cho phép Medicare thử những cách mới để cải thiện các chương trình Medicare Advantage.

 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
Để biết các dịch vụ được Medicaid bao trả, vui lòng tham khảo Bản Tóm Tắt Phúc Lợi của chương trình để biết danh sách đầy đủ các phúc lợi Medicaid bao trả. Nếu quý vị không nhận được Bản Tóm Tắt Phúc Lợi, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên và yêu cầu họ gửi cho quý vị một bản sao. Phần chia sẻ chi phí của quý vị cho dịch vụ được Medicaid bao trả, nếu có, dựa trên mức độ đủ điều kiện Medicaid của quý vị. Vui lòng liên hệ với cơ quan Medicaid tiểu bang để xác định mức chia sẻ chi phí của quý vị.		
 Khám sàng lọc phình động mạch chủ bụng Siêu âm một lần sàng lọc bệnh, cho những ai có rủi ro mắc bệnh. Chương trình này chỉ bao trả dịch vụ khám sàng lọc này nếu quý vị có một số yếu tố nguy cơ và nếu quý vị nhận sự giới thiệu dịch vụ đó từ bác sĩ, trợ lý bác sĩ, chuyên viên điều dưỡng hoặc chuyên gia điều dưỡng lâm sàng của mình.		Không có khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm hoặc tiền khấu trừ cho những thành viên đủ điều kiện được khám sàng lọc phòng ngừa bệnh này.
Châm cứu điều trị đau thắt lưng mạn 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: Đối với mục đích của phúc lợi này, chứng đau thắt lưng mạn 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.		Đồng thanh toán \$0 cho Châm cứu do Medicare bao trả nhận tại văn phòng PCP. Đồng thanh toán \$0 cho Châm cứu do Medicare bao trả nhận tại văn phòng Bác sĩ chuyên khoa. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho Châm cứu do Medicare bao trả nhận tại văn phòng Chuyên Viên Nắn Xương Khớp. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i>

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Tám 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 trầm trọng hơn. 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. Các trợ lý bác sĩ (PA), chuyên viên điều dưỡng (NP)/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. Chương trình của chúng tôi cũng bao trả cho dịch vụ châm cứu bổ sung (Không được Medicare bao trả) tối đa tổng cộng 24 lần mỗi năm. Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải sử dụng một nhà cung cấp có ký hợp đồng để nhận các dịch vụ được bao trả. Vui lòng liên hệ với chương trình của chúng tôi nếu quý vị có thắc mắc về cách sử dụng phúc lợi này.	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám châm cứu bổ sung (Không được Medicare bao trả).* <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i>

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được 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 chăm cứu được bao trả gồm có: • Một lần khám cho bệnh nhân mới hoặc khám cho bệnh nhân chính thức để đánh giá lần đầu một vấn đề sức khỏe mới phát sinh hoặc một cơn bệnh mới phát • Khám cho bệnh nhân chính thức (trong vòng 3 năm sau lần khám mới) • Các lần khám theo dõi tại phòng khám - có thể cần dịch vụ chăm cứu hoặc tái khám • Ý kiến thứ hai từ một nhà cung cấp khác trong mạng lưới • Dịch vụ khẩn cấp và cấp cứu Để lấy mẫu đơn yêu cầu bảo hiểm, để biết thêm thông tin, hoặc để được trợ giúp tìm một nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị có thể gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại www.wellcare.com/healthnetCA.	
Dịch vụ xe cứu thương Dịch vụ chuyên chở cứu thương được bao trả, bất kể là cho tình huống cấp cứu hoặc không cấp cứu, gồm dịch vụ máy bay cấp cứu, trực thăng cấp cứu và xe cứu thương đường bộ, tới cơ sở thích hợp gần nhất có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc chỉ trong trường hợp dịch vụ đó được cung cấp cho thành viên có tình trạng y tế mà những phương tiện chuyên chở khác có thể sẽ nguy hiểm cho sức khỏe của người đó hoặc nếu được chương trình cho phép. Nếu dịch vụ xe cứu thương được bao trả không phải cho trường hợp cấp cứu, cần 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 \$0 cho mỗi chuyến đi một chiều cho các dịch vụ cứu thương đường bộ được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước đối với vận chuyển không cấp cứu bằng máy bay.</i> Đồng thanh toán \$0 cho mỗi chuyến đi một chiều cho các dịch vụ cứu thương đường hàng không được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước đối với vận chuyển không cấp cứu bằng máy bay.</i> Khoản chia sẻ chi phí sẽ không được miễn nếu quý vị nhập viện để chăm sóc Nội Trú.

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
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 (ở đầu, cổ và tứ chi) và tiền sử chi tiết về y tế/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 được khám sức khỏe hàng năm để phát triển hoặc cập nhật kế hoạch phòng ngừa cá nhân hóa dựa trên sức khỏe hiện tại và các yếu tố rủi ro của quý vị. 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 đến với Medicare. Tuy nhiên, quý vị không cần phải thăm khám vào dịp Chào mừng đến với Medicare để được bao trả cho các lần khám sức khỏe hàng năm sau khi quý vị đã có Part B lâu hơn 12 tháng.	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ cho thăm khám sức khỏe hàng năm.
 Đo mật độ xương Đối với những người đủ điều kiện (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 thuật xác định mật độ xương, phát hiện giảm khối lượng xương hoặc xác định chất lượng xương, bao gồm giải thích kết quả của bác sĩ.	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ đối với biện pháp đo mật độ xương được Medicare bao trả.

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
 Khám tầm soát 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 từ 35 đến 39 • Một lần chụp x-quang vú để tầm soát mỗi 12 tháng cho phụ nữ từ 40 tuổi trở lên • Khám vú lâm sàng, 24 tháng một lần • Một lần chụp x-quang vú để chẩn đoán bệnh khi cần thiết về mặt y tế	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ đối với chụp x-quang vú tầm soát được bao trả. Đồng thanh toán \$0 cho một lần chụp x-quang vú để chẩn đoán bệnh khi cần thiết về mặt y tế. Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.
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 thể dục, giáo dục và tư vấn được bao trả cho các thành viên đáp ứng một số điều kiện, với giấy yêu cầu của bác sĩ.	Đồng thanh toán \$0 cho dịch vụ phục hồi chức năng tim mạch được Medicare bao trả.
Chương trình này cũng bao trả cho các chương trình phục hồi chức năng chức năng tim mạch chuyên sâu, thường tập luyện nặng hơn các chương trình phục hồi chức năng tim mạch khác.	Đồng thanh toán \$0 cho Dịch vụ phục hồi chức năng tim mạch chuyên sâu được Medicare bao trả.

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
 Khám giảm thiểu rủi ro bệnh tim mạch (trị liệu cho bệnh tim mạch) Chúng tôi bao trả một lần khám bác sĩ chăm sóc chính hàng năm, để giúp giảm rủi ro mắc 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 tiền 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 chỉ số bất thường liên quan tới nguy cơ gia tăng về bệnh tim mạch), mỗi 5 năm (60 tháng) một lần.	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay tiền khấu trừ cho kiểm tra bệnh tim mạch được bao trả 5 năm một lần.
 Khám tầm soát 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 vùng chậu được bao trả 24 tháng một lần • Nếu quý vị có rủi ro cao bị ung thư cổ tử cung hoặc âm đạo 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 tiền khấu trừ cho xét nghiệm Pap và khám vùng chậu phòng ngừa được Medicare bao trả.
Dịch vụ nắn khớp xương Các dịch vụ được bao trả gồm có: • Dịch vụ nắn chỉnh cột sống bằng tay để chữa sai khớp	Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ nắn khớp xương được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i>

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Chương trình của chúng tôi cũng bao trả cho lần khám nắn khớp xương bổ sung (Không được Medicare bao trả) tối đa tổng cộng 24 lần mỗi năm. Các dịch vụ nắn khớp xương bổ sung (Không được Medicare bao trả) để hỗ trợ lưng, cổ hoặc khớp tay và chân chỉ khi cần thiết về mặt y tế. Các dịch vụ nắn khớp xương được bao trả gồm có: • Một lần khám đầu tiên (khám cho Bệnh Nhân Mới hoặc khám cho Bệnh Nhân Chính Thức để đánh giá lần đầu một vấn đề sức khỏe mới phát sinh hoặc một cơn bùng phát bệnh mới). • Các lần khám lại (Khám bệnh nhân chính thức, khi cần thiết để đánh giá tiến triển hoặc điều chỉnh điều trị), Nắn cột sống hoặc khớp và/hoặc các dịch vụ khác (những dịch vụ này có thể được cung cấp trong cùng một lần khám như một lần kiểm tra) • Chụp x-quang và các dịch vụ xét nghiệm khi được một bác sĩ chuyên khoa nắn khớp xương có hợp đồng cung cấp hoặc giới thiệu. Chụp x-quang và các dịch vụ xét nghiệm được thực hiện ngoài lần khám của một bệnh nhân mới hoặc chính thức sẽ đánh giá khoản đồng thanh toán cá nhân. Để lấy mẫu đơn yêu cầu bảo hiểm, để biết thêm thông tin, hoặc để được trợ giúp tìm một nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị có thể gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại www.wellcare.com/healthnetCA. Lưu ý: Bảo hiểm cho các dịch vụ nắn khớp xương định kỳ là một phúc lợi bổ sung do chương trình cung cấp. Cả Medicare hoặc Medicaid sẽ không thanh toán phần chia sẻ chi phí của quý vị cho những dịch vụ này.	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám bác sĩ chuyên khoa nắn khớp xương bổ sung (Không được Medicare bao trả).* <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
 Khám tầm soát ung thư đại trực tràng Các kiểm tra tầm soát sau được bao trả: - Nội soi đại tràng không có giới hạn độ tuổi tối thiểu hoặc tối đa và được bao trả mỗi 120 tháng (10 năm) một lần đối với bệnh nhân không có nguy cơ cao, hoặc 48 tháng sau khi nội soi đại tràng sigma bằng ống soi mềm trước đó đối với bệnh nhân không có nguy cơ cao bị ung thư đại trực tràng, và 24 tháng một lần đối với các bệnh nhân có nguy cơ cao sau khi sàng lọc nội soi đại tràng hoặc thực bari chụp X-quang đại tràng trước đó. - Nội soi đại tràng sigma bằng ống soi mềm cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. 120 tháng một lần đối với bệnh nhân không có nguy cơ cao sau khi bệnh nhân đã được sàng lọc nội soi đại tràng. 48 tháng một lần đối với các bệnh nhân có nguy cơ cao từ lần cuối cùng nội soi đại tràng sigma bằng ống soi mềm hoặc thực bari chụp X-quang đại tràng. - Xét nghiệm máu ẩn trong phân sàng lọc cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. 12 tháng một lần. - Xét nghiệm ADN trong phân nhiều mục tiêu cho bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng các tiêu chí nguy cơ cao. 3 năm một lần. - Xét nghiệm dấu ấn sinh học trong máu cho bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng các tiêu chí nguy cơ cao. 3 năm một lần.	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ cho dịch vụ khám tầm soát ung thư đại trực tràng được Medicare bao trả, ngoại trừ thực bari chụp X-quang đại tràng sẽ áp dụng khoản đồng bảo hiểm. Nếu bác sĩ tìm thấy và cắt polyp hoặc mô khác trong quá trình nội soi đại tràng hoặc nội soi đại tràng sigma bằng ống soi mềm, khám sàng lọc sẽ trở thành khám chẩn đoán và quý vị trả \$0 đồng thanh toán cho dịch vụ bác sĩ của quý vị. Trong trường hợp dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện, quý vị cũng trả \$0 đồng thanh toán cho bệnh viện. Tiền khấu trừ theo Part B không áp dụng.

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
- Thụt bari chụp X-quang đại tràng như một biện pháp thay thế nội soi đại tràng cho bệnh nhân có nguy cơ cao và vào 24 tháng kể từ lần thụt bari chụp X-quang đại tràng sàng lọc cuối cùng hoặc lần nội soi đại tràng sàng lọc cuối cùng. - Thụt bari chụp X-quang đại tràng như một biện pháp thay thế cho nội soi đại tràng sigma bằng ống soi mềm cho bệnh nhân không có nguy cơ cao và từ 45 tuổi trở lên. Một lần sau ít nhất 48 tháng kể từ lần thụt bari chụp X-quang đại tràng sàng lọc cuối cùng hoặc lần nội soi đại tràng sigma bằng ống soi mềm sàng lọc cuối cùng. - Các xét nghiệm tầm soát ung thư đại trực tràng bao gồm nội soi đại tràng sàng lọc tiếp theo sau khi xét nghiệm phân tầm soát ung thư đại trực tràng không xâm lấn được Medicare bao trả có kết quả dương tính.	Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ thụt bari chụp X-quang đại tràng được Medicare bao trả.
Dịch vụ nha khoa Nói chung, các dịch vụ nha khoa phòng ngừa (như vệ sinh, khám răng định kỳ, và chụp x-quang nha khoa) không được Original Medicare bao trả. Tuy nhiên, Medicare hiện trả tiền dịch vụ nha khoa trong một số ít trường hợp, cụ thể là khi dịch vụ đó là một phần không thể tách rời của việc điều trị cụ thể cho bệnh lý chính của người thụ hưởng. Một số ví dụ bao gồm tái tạo hàm sau chấn thương hoặc gãy xương, nhổ răng để chuẩn bị xạ trị điều trị ung thư liên quan đến hàm hoặc khám miệng trước khi ghép thận. Ngoài ra, chúng tôi còn bao trả: Các Dịch Vụ Bổ Sung Chăm Sóc Răng Toàn Diện (Các dịch vụ được bao trả bao gồm như sau. - Dịch vụ phục hình - Mão răng là phúc lợi được bao trả cho cùng một chiếc răng mỗi 5 năm theo lịch.	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi dịch vụ nha khoa được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i> Các Dịch Vụ Bổ Sung Chăm Sóc Nha Khoa Toàn Diện Đồng thanh toán \$0 cho mỗi dịch vụ phục hình.* <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i>

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
○ Phục hình răng miệng - Các dịch vụ được bao trả bao gồm đệm răng giả một lần mỗi hàm mỗi hai năm. Cầu răng là phúc lợi được bao trả cho cùng một chiếc răng mỗi 5 năm theo lịch. 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 (nghĩa là dịch vụ định kỳ Không Được Medicare bao trả) phải được nhận từ một nhà cung cấp tham gia chương trình để được chương trình bao trả. Đối với các câu hỏi về cách tìm nhà cung cấp, gửi yêu cầu bảo hiểm hoặc để biết thêm thông tin, hãy gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Thông tin về bảo hiểm nha khoa bổ sung bao gồm một danh sách chi tiết các thủ thuật được bao trả, các trường hợp loại trừ và giới hạn cũng có trên trang web của chúng tôi. Truy cập www.wellcare.com/healthnetCA, nhấp vào Shop for Plans (Mua Các Chương Trình) ở đầu trang web, sau đó chọn Plan Benefit Materials (Tài Liệu Về Phúc Lợi Của Chương Trình). Chọn Evidence of Coverage (Chứng Thực Bảo Hiểm, EOC). Tìm Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) trên danh sách để tìm các Chi Tiết Về Phúc Lợi Nha Khoa cho chương trình này. Lưu ý: Bảo hiểm cho các dịch vụ khám răng định kỳ là một phúc lợi bổ sung do chương trình cung cấp. Cả Medicare hoặc Medicaid sẽ không thanh toán phần chia sẻ chi phí của quý vị cho những dịch vụ này. Các thành viên cũng đăng ký Medicaid có thể đủ điều kiện hưởng bảo hiểm phụ của Tiểu Bang cho các dịch vụ nha khoa phụ trội này. Trước khi nhận dịch vụ nha khoa, hãy hỏi nhà cung cấp xem họ có thể gửi hóa đơn cho Medicaid với tư cách là chương trình trả tiền phụ hay không. Phải trình thẻ nhận dạng Medicaid của quý vị cho nhà cung cấp.	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi dịch vụ phục hình răng miệng.* <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i>

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được 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 bệnh trầm cảm Mỗi năm, chúng tôi bao trả cho một lần khám sàng lọc bệnh trầm cảm. Lần khám sàng lọc này phải được thực hiện tại một cơ sở chăm sóc chính có thể cung cấp việc điều trị tiếp theo và/hoặc đưa giấy giới thiệu.	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay tiền khấu trừ cho thăm khám sàng lọc trầm cảm hàng năm.
 Khám sàng lọc bệnh tiểu đường Chúng tôi bao trả cho lần khám này (bao gồm xét nghiệm glucose khi nhịn đói), nếu quý vị có bất cứ yếu tố rủi ro gì sau đây: huyết áp cao (tăng huyết áp), tiền sử bất thường về nồng độ cholesterol và triglyceride (rối loạn lipid trong máu), béo phì hoặc tiền sử đường (glucose) trong máu cao. Các xét nghiệm có thể được bao trả nếu quý vị đáp ứng các yêu cầu khác, như tình trạng thừa cân và tiền sử gia đình có bệnh tiểu đường. Dựa vào kết quả xét nghiệm này, quý vị có thể đủ điều kiện cho tối đa hai lần khám sàng lọc bệnh tiểu đường 12 tháng một lần.	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay tiền khấu trừ cho các xét nghiệm sàng lọc bệnh tiểu đường được Medicare bao trả.
 Chương trình đào tạo giúp tự kiểm soát 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 để theo dõi đường huyết: Máy theo dõi đường huyết, que thử đường huyết, thiết bị chích và kim chích và dung dịch glucose đối chứng để kiểm tra độ chính xác của các que thử và máy theo dõi. • Đối với những người mắc bệnh tiểu đường bị bệnh chân nặng do tiểu đường: Một đôi giày trị liệu được đúc tùy chỉnh cho một năm dương 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 thanh toán \$0 cho vật dụng theo dõi bệnh tiểu đường được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho giày trị liệu hoặc miếng lót được Medicare bao trả cho những người bị tiểu đường và bị bệnh chân nặng do tiểu đường. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i>

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Chương trình đào tạo giúp tự kiểm soát bệnh tiểu đường được bao trả 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 và 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. Nếu quý vị dùng các vật dụng xét nghiệm 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 đào tạo tự quản lý bệnh tiểu đường được Medicare bao trả.
Thiết bị y tế lâu bền (DME) và vật tư liên quan (Để biết định nghĩa về thiết bị y tế lâu bền, xem Chương 12 cũng như Chương 3, Phần 7 của tài liệu này). Các vật dụng được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn ở: xe lăn, nạng, hệ thống chặn đệm chạy điện, vật dụng cho bệnh tiểu đường, giường bệnh viện do nhà cung cấp yêu cầu để sử dụng tại nhà, máy tiêm truyền thuốc qua tĩnh mạch, thiết bị phát âm, thiết bị oxy, máy xông khí dung và khung tập đi. Chúng tôi bao trả cho mọi thiết bị DME, cần thiết về mặt y tế, được bao trả qua Original Medicare. Nếu nhà cung cấp của chúng tôi trong khu vực của quý vị không có bán thương hiệu hay công ty sản xuất cụ thể nào đó, thì quý vị có thể yêu cầu xem họ có thể đặt mua riêng cho quý vị hay không. Danh sách mới nhất của các nhà cung cấp có trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ www.wellcare.com/healthnetCA.	Đồng thanh toán \$0 cho thiết bị y tế lâu bền được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho vật tư y tế được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i> Phần chia sẻ chi phí của quý vị đối với bảo hiểm thiết bị oxy Medicare là \$0 đồng thanh toán mỗi 36 tháng. Phần chia sẻ chi phí của quý vị sẽ không thay đổi sau khi ghi danh trong 36 tháng. Nếu trước khi ghi danh vào chương trình của chúng tôi, quý vị đã thanh toán tiền thuê thiết bị oxy được bảo hiểm cho 36 tháng thì phần chia sẻ chi phí của quý vị trong chương trình của chúng tôi là \$0 đồng thanh toán.

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ chăm sóc cấp cứu Chăm sóc cấp cứu có nghĩa là 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 đánh giá hoặc ổn định một bệnh lý cấp cứu. Trường hợp cấp cứu y tế là khi quý vị, hay một người không hành nghề y 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 y khoa cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để ngăn ngừa tử vong (và thai nhi tử vong nếu quý vị là phụ nữ mang thai), 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 đó được cung cấp trong mạng lưới.	Đồng thanh toán \$0 cho các lần thăm khám tại phòng cấp cứu được Medicare bao trả. 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 lẽ ra quý vị sẽ phải trả cho một bệnh viện trong mạng lưới.
Các dịch vụ cấp cứu bên ngoài Hoa Kỳ được bao trả.	Đồng thanh toán \$100 cho các dịch vụ cấp cứu bên ngoài Hoa Kỳ.* Quý vị thanh toán số tiền này kể cả khi quý vị nhập viện trong vòng 24 giờ cho cùng một căn bệnh. 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.

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
 Các chương trình giáo dục về sức khỏe và bảo vệ sức khỏe Đường dây y tá tư vấn Đào tạo qua điện thoại và tư vấn điều dưỡng miễn phí từ các bác sĩ được đào tạo. 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 hoặc gọi đến Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để được chuyển tiếp đến đường dây y tá tư vấn. Phúc lợi luyện tập thể thao Chương trình của chúng tôi cung cấp quyền tham gia chương trình thể dục linh hoạt với các phiếu tập hàng tháng để sử dụng cho nhiều phòng tập gym lớn hơn hoặc phòng tập thể dục địa phương. Quý vị sẽ có 32 phiếu tập mỗi tháng để sử dụng. Có thể sử dụng phiếu tập để bao trả cho việc tham gia câu lạc bộ gym hàng tháng không giới hạn số lần đến tập và/hoặc lớp học tại phòng tập thể dục, phòng tập thể dục tại nhà và video tập thể dục. Tất cả phiếu tập chưa sử dụng được cấp hàng tháng không được cộng vào tháng sau. Để biết thêm thông tin về việc tham gia tập thể dục, vui lòng gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại www.wellcare.com/healthnetCA.	Đồng thanh toán \$0 cho đường dây y tá tư vấn.* Đồng thanh toán \$0 cho phúc lợi tập thể dục.*
Hệ thống ứng cứu khẩn cấp cá nhân (PERS) Bao trả cho một thiết bị ứng cứu khẩn cấp y tế cá nhân suốt đời và phí hàng tháng. Thiết bị ứng cứu khẩn cấp y tế cá nhân giúp quý vị an tâm và đáp ứng các nhu cầu cấp cứu và không cấp cứu của quý vị 24/7. Thành viên có thể chọn một PERS truyền thống “có dây” được kết nối qua đường dây điện thoại cố định hoặc chọn một hệ thống không dây. Đối với hệ thống có dây, cần phải có sẵn điện thoại cố định. Vui lòng gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để tìm hiểu thêm.	Đồng thanh toán \$0 cho Hệ Thống Ứng Cứu Khẩn Cấp Cá Nhân (PERS) – Hệ Thống Cảnh Báo Y Tế.*

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ thính giác Khám chân bệnh về tai và chức năng thính giác, thực hiện bởi nhà cung cấp của quý vị để xem quý vị có cần điều trị y tế không, sẽ được bao trả dưới dạng chăm sóc bệnh nhân ngoại trú, khi được cung cấp bởi một bác sĩ, bác sĩ chuyên khoa thính giác hoặc nhà cung cấp hợp lệ khác. Chương trình bảo hiểm của chúng tôi cũng bao trả cho các dịch vụ khám tai bổ sung (tức là định kỳ): • 1 lần khám tai định kỳ mỗi năm. • 1 lần lắp đặt và đánh giá thiết bị trợ thính mỗi năm. • 1 thiết bị trợ thính không cần cấy ghép mỗi tai tối đa \$1,000 mỗi năm. Giới hạn ở 2 thiết bị trợ thính không cần cấy ghép mỗi năm. Phúc lợi bao gồm 1 năm bảo hành theo tiêu chuẩn và một gói pin. Quý vị có trách nhiệm thanh toán mọi chi phí thiết bị trợ thính vượt quá phúc lợi tối đa ở trên. Thiết bị trợ thính bổ sung không được bao trả. Khám thính giác định kỳ phải do một nhà cung cấp có tham gia trong chương trình thực hiện mới được bao trả. Để biết thêm về thông tin liên hệ của nhà cung cấp dịch vụ thính giác và phúc lợi, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại www.wellcare.com/healthnetCA Lưu ý: Bảo hiểm cho các dịch vụ khám tai định kỳ là một phúc lợi bổ sung do chương trình cung cấp. Cả Medicare hoặc Medicaid sẽ không thanh toán phần chia sẻ chi phí của quý vị cho những dịch vụ này.	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần khám tai được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i> Các dịch vụ khám tai bổ sung (tức là định kỳ): Đồng thanh toán \$0 cho 1 lần khám tai định kỳ mỗi năm.* <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho 1 lần lắp đặt và đánh giá thiết bị trợ thính mỗi năm.* <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho 2 thiết bị trợ thính mỗi năm.* <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i>

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được 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 HIV Đối với những người yêu cầu được xét nghiệm sàng lọc HIV hoặc những người có rủi ro cao bị nhiễm HIV, chúng tôi sẽ bao trả cho: - Một lần khám sàng lọc mỗi 12 tháng Đối với phụ nữ mang thai, chúng tôi bao trả cho: - Tối đa ba lần khám sàng lọc khi đang mang thai	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay tiền 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 sở 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, nhưng không giới hạn ở: - Các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và người trợ giúp chăm sóc sức khỏe tại nhà bán thời gian hoặc không liên tục (Để được bao trả theo phúc 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 cơ năng và âm ngữ trị liệu - Các dịch vụ y tế và xã hội - Thiết bị và vật tư y tế	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i>

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

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 (HIT) Liệu pháp tiêm truyền 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 tiêm truyền tại nhà bao gồm thuốc (ví dụ: thuốc kháng vi-rút, globulin miễn dịch), thiết bị (ví dụ: ống bơm) và vật tư y tế (ví dụ: ống dẫn và ống thông). Các dịch vụ được bao trả gồm có, nhưng không giới hạn ở: • 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 tiêm truyền tại nhà và thuốc tiêm truyền tại nhà do nhà cung cấp liệu pháp tiêm truyền tại nhà đủ điều kiện cung cấp	Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ chuyên môn từ Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (PCP), bao gồm dịch vụ chăm sóc điều dưỡng, đào tạo và giáo dục, các dịch vụ theo dõi và giám sát từ xa. Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ chuyên môn từ bác sĩ chuyên khoa, bao gồm dịch vụ chăm sóc điều dưỡng, đào tạo và giáo dục, các dịch vụ theo dõi và giám sát từ xa. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i> Thiết bị và vật tư tiêm truyền 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.

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì 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 cuối đời 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 tiên lượng bệnh giai đoạn cuối cho quý vị và xác nhận rằng quý vị đang bị bệnh giai đoạn cuối và chỉ sống thêm không quá 6 tháng nếu bệnh lý diễn tiến bình thường. Quý vị có thể nhận sự chăm sóc y tế từ một chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận. Chương trình của quý vị có nghĩa vụ giúp quý vị tìm các chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận trong khu vực dịch vụ của chương trình, bao gồm các chương trình do tổ chức MA sở hữu, kiểm soát hoặc có lợi ích tài chính. Bác sĩ chăm sóc cuối đời cho quý vị có thể là một nhà cung cấp trong hay ngoài mạng lưới. Các dịch vụ được bao trả gồm có: • Thuốc kiểm soát triệu chứng bệnh và giảm đau • Dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ ngắn hạn • Chăm sóc tại nhà <u>Với các dịch vụ chăm sóc lúc cuối đời và dịch vụ được bao trả bởi Medicare Part A hoặc B và liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị:</u> Original Medicare (thay vì chương trình của chúng tôi) sẽ chi trả cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị. Trong khi quý vị tham gia chương trình chăm sóc cuối đời, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị sẽ gửi hóa đơn cho Original Medicare cho các dịch vụ mà Original Medicare chi trả. Quý vị sẽ được gửi hóa đơn cho phần chia sẻ chi phí Original Medicare. <u>Với các dịch vụ được bao trả bởi Medicare Part A hoặc B không liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị:</u> 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 tiên lượng bệnh giai đoạn cuối 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 và tuân theo các quy định của chương trình hay không (chẳng hạn như có yêu cầu xin chấp thuận trước).	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 bệnh giai đoạn cuối của quý vị được Original Medicare chi trả, không phải chương trình của chúng tôi. 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.

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
- Nếu quý vị nhận dịch vụ được bao trả từ nhà cung cấp trong mạng lưới và tuân theo các quy định của chương trình khi nhận dịch vụ, 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) <u>Đối với các dịch vụ được bao trả theo chương trình của chúng tôi nhưng không được bao trả theo Medicare Part A hoặc B:</u> 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 hay B, cho dù có hay không có liên quan tới tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị. Quý vị trả khoản chia sẻ chi phí của chương trình cho các dịch vụ này. <u>Đối với các loại thuốc có thể được bao trả theo phúc lợi Part D của chương trình:</u> Nếu các loại thuốc này không liên quan đến tình trạng chăm sóc cuối đời của quý vị thì quý vị trả phần chia sẻ chi phí. Nếu thuốc đó liên quan đến tình trạng chăm sóc cuối đời của quý vị thì quý vị phải trả phần chia sẻ chi phí của Original Medicare. Thuốc sẽ không bao giờ được cả chương trình chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi bao trả cùng lúc. Để có thêm thông tin, vui lòng xem Chương 5, Phần 9.4 (<i>Nếu quý vị ở trong chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận thì sao?</i>) 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 tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị) thì quý vị nên liên hệ 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.	

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
 Chủng ngừa Các dịch vụ được Medicare Part B bao trả bao gồm: • Vắc-xin ngừa viêm phổi • Tiêm phòng cúm, một lần vào mỗi mùa cúm vào mùa thu và mùa đông, kết hợp với các mũi tiêm phòng cúm bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế • Vắc-xin viêm gan B nếu quý vị có rủi ro cao hay trung bình có thể mắc bệnh Viêm gan B • Vắc-xin COVID-19 • Các vắc-xin khác nếu quý vị có nguy cơ và các vắc-xin đó đáp ứng quy tắc bảo hiểm Medicare Part B Chúng tôi cũng chi trả cho một số vắc-xin theo phúc lợi thuốc theo toa Part D của chúng tôi. Chương trình của chúng tôi bao trả hầu hết các vắc-xin Part D cho người lớn miễn phí cho thành viên từ 19 tuổi trở lên.	Khi chích ngừa bệnh viêm phổi, bệnh cúm, Viêm gan B và COVID-19, quý vị không phải trả khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền 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. <i>Một số thuốc Part B cần sự chấp thuận trước mới được bao trả.</i>
Dịch vụ hỗ trợ tại nhà Nếu quý vị đáp ứng được một số tiêu chí lâm sàng nhất định, chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ hỗ trợ tại nhà, bao gồm vệ sinh, giúp việc nhà và chuẩn bị bữa ăn cũng như trợ giúp trong các hoạt động trong cuộc sống hàng ngày. Các dịch vụ phải được một bác sĩ lâm sàng có giấy phép của chương trình hoặc một nhà cung cấp dịch vụ có giấy phép của chương trình đề xuất hoặc yêu cầu. Quý vị có thể tham gia quản lý dịch vụ chăm sóc hoặc được đánh giá bởi người quản lý dịch vụ chăm sóc. Để nhận được dịch vụ thì phải có hồ sơ ghi nhận một trong các bệnh dưới đây: • Chẩn đoán mắc chứng Alzheimer/các chứng sa sút trí tuệ khác • Phẫu thuật thay khớp • Phục hồi sau té ngã • Cắt cụt chi • Phẫu thuật đục thủy tinh thể/phẫu thuật võng mạc/phẫu thuật mắt khác • Bệnh tim phổi tiến triển • Đột quỵ	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần đến thực hiện dịch vụ hỗ trợ tại nhà.*

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
• Đi lại có thiết bị hỗ trợ • Suy giảm thị lực • Nhập viện thường xuyên • Vào ER thường xuyên • Sau phẫu thuật với các bệnh mạn tính, bao gồm một trong các bệnh sau: tiểu đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), suy tim sung huyết (CHF), nhiễm trùng đường tiểu (UTI), bệnh thận, ung thư, hoặc chấn đoán sức khỏe hành vi. Các dịch vụ sẽ được cung cấp theo từng đợt 4 giờ với tổng cộng tối đa 12 lần đến thực hiện dịch vụ mỗi năm. Vui lòng gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để tìm hiểu thêm.	
Chăm sóc khi nằm bệnh viện Bao gồm các dịch vụ cấp tính nội trú, phục hồi nội trú, chăm sóc lâu dài tại bệnh viện và các loại dịch vụ nội trú khác tại bệnh viện. Chăm sóc nội trú tại bệnh viện bắt đầu từ ngày quý vị chính thức nhập 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. Những dịch vụ được bao trả bao gồm, nhưng không chỉ giới hạn ở: • Phòng nằm chung (hoặc một phòng riêng, nếu cần thiết về mặt y tế) • Các bữa ăn bao gồm các chế độ ăn uống đặc biệt • Dịch vụ điều dưỡng thông thường • Chi phí cho các đơn vị chăm sóc đặc biệt (như các đơn vị chăm sóc tích cực hoặc chăm sóc bệnh mạch vành) • Thuốc và dược phẩm • Xét nghiệm • Chụp X-quang và các dịch vụ chẩn đoán hình ảnh khác • Các vật tư nội khoa và ngoại khoa cần thiết • Sử dụng các đồ dùng trong nhà, như xe lăn • Chi phí cho phòng mổ và phòng hồi sức • Vật lý trị liệu, trị liệu cơ năng, âm ngữ - ngôn ngữ trị liệu • Các dịch vụ điều trị lạm dụng chất kích thích cho bệnh nhân nội trú	Đối với nằm viện được Medicare bao trả, mỗi lần nằm viện: \$0 đồng thanh toán cho mỗi lần nằm viện. Số Ngày Dự Trữ Trộn Đồi \$0 đồng thanh toán mỗi ngày. Số Ngày Dự Trữ Trộn Đồi là số ngày phụ trội mà chương trình sẽ chi trả khi các thành viên nằm bệnh viện nhiều hơn số ngày được bao trả bởi chương trình. Thành viên có tổng cộng 60 ngày dự trữ có thể sử dụng 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 chi phí của quý vị là khoản chia sẻ chi phí mà lẽ ra quý vị phải trả tại một bệnh viện trong mạng lưới. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i>

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
- 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 gốc và đường ruột/đa tạng. Nếu quý vị cần cấy ghép bộ phận cơ thể, chúng tôi sẽ sắp xếp để một trung tâm cấy ghép được Medicare chấp thuận xét duyệt trường hợp của quý vị, họ sẽ quyết định xem quý vị có là bệnh nhân thích hợp cho cấy ghép hay không. Các nhà 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 tại địa phương miễn là các nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép 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 bảo quản và truyền máu. Bao trả cho máu toàn phần và hồng cầu đóng gói sẽ bắt đầu với đơn vị thể tích máu đầu tiên mà quý vị cần. Mọi thành phần khác của máu được bao trả bắt đầu với đơn vị thể tích đầu tiên sử dụng. - Dịch vụ của bác sĩ Lưu ý: Để trở thành bệnh nhân nội trú, nhà cung cấp dịch vụ của quý vị phải viết giấy chỉ định nhập viện để quý vị chính thức là bệnh nhân nội trú của bệnh viện. Kể cả nếu quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú. Nếu quý vị không chắc rằng mình là một bệnh nhân nội trú hay ngoại trú, thì quý vị nên hỏi nhân viên bệnh viện. Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin của Medicare tên là <i>Quý Vị Là Bệnh Nhân Nội Trú hay Ngoại Trú Tại Bệnh Viện? Nếu Quý Vị Có Medicare - Hãy hỏi!</i> Quý vị có thể tìm tờ thông tin này trên trang Web tại địa chỉ https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf hoặc bằng cách gọi đến 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.	Chia sẻ chi phí được áp dụng từ ngày nhập viện đầu tiên và không bao gồm ngày ra viện.

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ nội trú tại bệnh viện tâm thần 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 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. Mức giới hạn 190 ngày này không áp dụng cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần nội trú được cung cấp tại khoa tâm thần của 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 số ngày còn lại trong giới hạn số ngày trọn đời của quý vị.	Đối với nằm viện được Medicare bao trả, mỗi lần nằm viện: Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần nằm viện chăm sóc sức khỏe tâm thần. Số Ngày Dự Trữ Trọn Đời \$0 đồng thanh toán mỗi ngày. Số Ngày Dự Trữ Trọn Đời là số ngày phụ trội mà chương trình sẽ chi trả khi các thành viên nằm bệnh viện nhiều hơn số ngày được bao trả bởi chương trình. Thành viên có tổng cộng 60 ngày dự trữ có thể sử dụng cho suốt đời họ. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i> 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 chi phí của quý vị là khoản chia sẻ chi phí mà lẽ ra quý vị phải trả tại một bệnh viện trong mạng lưới.

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Nằm viện nội trú: Dịch vụ được bao trả tại bệnh viện hoặc SNF trong thời gian nội trú không được bao trả Nếu quý vị đã hết phúc lợi nội trú, hoặc nếu nằm viện nội trú không hợp lý và cần thiết, thì chúng tôi sẽ không bao trả cho quý vị nằm viện nội trú. Tuy nhiên, trong vài trường hợp, chúng tôi sẽ bao trả cho một số dịch vụ quý vị tiếp nhận trong lúc quý vị nằm bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF). Những dịch vụ được bao trả bao gồm, nhưng không chỉ giới hạn ở: • Dịch vụ của bác sĩ • Xét nghiệm chẩn đoán (như xét 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 • Băng gạc phẫu thuật • Nẹp cố định, băng bột và các thiết bị khác được sử dụng để giảm thiểu gãy xương và trật khớp • Chân tay giả và dụng cụ chỉnh hình (khác nha khoa) thay thế toàn phần hay một phần của một cơ quan nội tạng trong cơ thể (kể cả mô tiếp giáp), hoặc toàn phần hay một phần chức năng một cơ quan nội tạng trong cơ thể bị vĩnh viễn mất chức năng hay không hoạt động được, bao gồm thay thế hoặc sửa chữa các dụng cụ như vậy • Nẹp chân, cánh tay, lưng và cổ; băng giữ và chân, cánh tay, và mắt giả bao gồm điều chỉnh, sửa chữa và thay thế cần thiết vì tình trạng gãy, mòn, mất hoặc thay đổi do thể chất của bệnh nhân • Vật lý trị liệu, âm ngữ trị liệu và trị liệu cơ năng	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.

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Bữa ăn Bữa ăn sau điều trị cấp tính Đối với thành viên xuất viện khỏi cơ sở nội trú (Bệnh Viện, Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Môn hoặc Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Nội Trú), chương trình sẽ cung cấp tối đa 3 bữa ăn mỗi ngày trong 14 ngày với tổng cộng 42 bữa ăn miễn phí. Quý vị có thể chọn nhận các bữa ăn tươi đông lạnh, thực phẩm có chất lượng bảo quản ổn định hoặc một hộp thức uống bổ sung dinh dưỡng. Quý vị có thể chọn nhận kết hợp bữa ăn và thức uống bổ sung dinh dưỡng trong giới hạn phúc lợi tổng thể của mình với tối đa một hộp thức uống bổ sung dinh dưỡng một lần.	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi bữa ăn hoặc thức uống bổ sung dinh dưỡng sau điều trị cấp tính cần thiết về mặt y tế được chương trình bao trả.* <i>Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.</i>
 Liệu pháp dinh dưỡng y tế Phúc lợi này dành cho những người mắc bệnh tiểu đường, bệnh thận (nhưng không thẩm tách), hoặc sau khi ghép thận khi có yêu cầu của bác sĩ. Chúng tôi bao trả 3 giờ cho dịch vụ tư vấn tiếp xúc trực tiếp trong năm đầu tiên quý vị nhận được liệu pháp dinh dưỡng y tế qua Medicare (bao gồm chương trình chúng tôi, bất cứ chương trình Medicare Advantage nào, hoặc Original Medicare), và 2 giờ 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 số giờ điều trị với yêu cầu của bác sĩ. Bác sĩ phải kê toa yêu cầu các dịch vụ này và gia hạn giấy yêu cầu này hàng năm nếu quý vị cần được chữa trị qua năm dương lịch tiếp theo.	Không có tiền đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay tiền khấu trừ cho những thành viên đủ điều kiện hưởng các dịch vụ liệu pháp dinh dưỡng y tế được Medicare bao trả.
 Chương Trình Phòng Ngừa Bệnh Tiểu Đường Medicare (MDPP) Những người thụ hưởng Medicare đủ điều kiện sẽ được bao trả dịch vụ MDPP theo tất cả 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 hành về thay đổi chế độ ăn uống lâu dài, tăng hoạt động thể lực và các chiến lược giải quyết vấn đề để vượt qua những khó khăn nhằm duy trì giảm cân và có lối sống lành mạnh.	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay tiền khấu trừ đối với phúc lợi MDPP.

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

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 thuốc này được bao 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 phẫu thuật ngoại trú • Insulin được cung cấp qua một vật dụng của thiết bị y tế lâu bền (chẳng hạn như bơm insulin cần thiết về mặt y tế) • Các loại thuốc khác quý vị dùng bằng cách sử dụng thiết bị y tế lâu bền (chẳng hạn như máy phun khí dung) được chương trình cho phép • Các chất làm đông máu quý vị tự tiêm nếu mắc bệnh máu khó đông • Thuốc ức chế miễn dịch, nếu quý vị đã ghi danh tham gia Medicare Part A tại thời điểm ghép tạng • Thuốc chích ngừa loãng xương nếu quý vị nằm nhà điều trị, bị gãy 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 thuốc chống nôn • Một số loại thuốc dùng để điều trị thẩm tách tại nhà, bao gồm heparin, thuốc giải độc heparin khi cần thiết về mặt y tế, thuốc gây tê cục bộ và các chất kích thích tạo hồng cầu (như Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® hoặc Darbepoetin Alfa) • Globulin Miễn Dịch Đường Tĩnh Mạch để điều trị tại nhà cho các bệnh suy giảm miễn dịch nguyên phát	Một số thuốc có thể phải tuân theo phương pháp trị liệu từng bước. Đồng thanh toán \$0 cho thuốc insulin Medicare Part B. Đồng thanh toán \$0 cho thuốc Part B được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i> Mức chia sẻ chi phí insulin phụ thuộc vào giới hạn đồng thanh toán ở mức \$35 cho lượng cấp insulin một tháng. Đồng thanh toán \$0 cho thuốc hóa trị Part B được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i>

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

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 Phương Pháp Trị Liệu Từng Bước: https://wellcare.healthnetcalifornia.com/plan-benefit-materials.html. Chúng tôi cũng bao trả cho một số vắc-xin theo phúc lợi thuốc theo toa Part B và Part D của chúng tôi. Chương 5 giải thích phúc lợi Part D cho thuốc có toa, bao gồm các quy định mà quý vị phải tuân theo để được bao trả toa thuốc. Chương 6 giải thích số tiền quý vị trả cho thuốc theo toa Part D của quý vị thông qua chương trình của chúng tôi.	
Phúc lợi tư vấn dinh dưỡng/chế độ ăn uống Chúng tôi bao trả cho các buổi tư vấn thông qua bác sĩ dinh dưỡng hoặc chuyên gia dinh dưỡng có đăng ký, theo yêu cầu của bác sĩ của quý vị, để hướng dẫn những thay đổi về hành vi có thể cải thiện bệnh lý 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 cá nhân hóa giúp nhận thức và thúc đẩy trách nhiệm tự chăm sóc bản thân. Quý vị có thể tiếp cận các dịch vụ bổ sung này qua điện thoại và trực tuyến thông qua Teladoc, nhà cung cấp thăm khám trực tuyến của chương trình chúng tôi. Để biết thêm thông tin hoặc lên lịch cuộc hẹn, vui lòng gọi Teladoc qua số 1-800-835-2362 (TTY: 711) 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi buổi tư vấn dinh dưỡng/chế độ ăn uống cá nhân.*
 Sàng lọc và trị liệu bệnh béo phì để khuyến khích giảm cân lâu bền Nếu quý vị có chỉ số khối lượng cơ thể từ 30 trở lên, thì chúng tôi sẽ bao trả dịch vụ tư vấn chuyên sâu để giúp quý vị giảm cân. Dịch vụ tư vấn này được bao trả nếu quý vị được cung cấp dịch vụ này trong một cơ sở chăm sóc sức khỏe chính, nơi có thể phối hợp với chương trình ngừa bệnh toàn diện cho quý vị. Hãy nói chuyện với bác sĩ hoặc chuyên viên chăm sóc chính của quý vị để tìm hiểu thêm.	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ đối với sàng lọc phòng ngừa và trị liệu bệnh béo phì.

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

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 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: • U.S. Thuốc điều trị hỗ trợ bằng thuốc (MAT) chủ vận và đối vận opioid được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (FDA) Hoa Kỳ phê duyệt • Cấp phát và sử dụng thuốc MAT (nếu có) • Tư vấn về lạm dụng chất kích thích • Liệu pháp cá nhân hoặc theo nhóm • Kiểm tra độc chất • Các hoạt động dùng thuốc • Các đánh giá định kỳ	Đồng thanh toán \$0 cho dịch vụ điều trị opioid được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i>
Xét nghiệm chẩn đoán, các dịch vụ trị liệu và vật tư y tế cho bệnh nhân ngoại trú Các dịch vụ được bao trả gồm có, nhưng không giới hạn ở: • Chụp X-quang • Xạ trị (radium và chất đồng vị) bao gồm các vật liệu và vật tư cho kỹ thuật viên • Vật tư phẫu thuật, chẳng hạn như băng gạc • Nẹp cố định, băng bột và các thiết bị khác được sử dụng để giảm thiểu gãy xương và trật khớp	Đồng thanh toán \$0 cho chụp X-quang được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho dịch vụ chẩn đoán hình ảnh trị liệu được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho vật tư y tế được Medicare bao trả bao gồm bó bột và nẹp cố định. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i>

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
- Xét nghiệm - Máu - bao gồm bảo quản và truyền máu. Bao trả cho máu toàn phần và hồng cầu đóng gói sẽ bắt đầu với đơn vị thể tích máu đầu tiên mà quý vị cần. Mọi thành phần khác của máu được bao trả bắt đầu với đơn vị thể tích đầu tiên sử dụng. - Các xét nghiệm chẩn đoán khác dành cho bệnh nhân ngoại trú – Các dịch vụ chẩn đoán không phải chẩn đoán hình ảnh (ví dụ: xét nghiệm dị ứng hoặc EKG) - 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 hình ảnh, không bao gồm X-quang phim phẳng	Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ xét nghiệm được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ xét nghiệm máu được Medicare bao trả. Đồng thanh toán \$0 cho các xét nghiệm và thủ thuật chẩn đoán được Medicare bao trả (ví dụ: xét nghiệm dị ứng hoặc EKG). <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ chẩn đoán hình ảnh được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i> 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 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 (số tiền cố định) và phúc lợi cho một dịch vụ khác là đồng bảo hiểm (tỷ lệ phần trăm chi phí cho phép), quý vị có thể được yêu cầu phải trả cả khoản đồng thanh toán và đồng bảo hiểm.

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

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. Kể cả nếu quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú. Nếu quý vị không chắc rằng có phải mình là một bệnh nhân ngoại trú, thì quý vị nên hỏi nhân viên bệnh viện. Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin của Medicare tên là <i>Quý Vị Là Bệnh Nhân Nội Trú hay Ngoại Trú Tại Bệnh Viện? Nếu Quý Vị Có Medicare – Hãy hỏi!</i> Quý vị có thể tìm tờ thông tin này trên trang Web tại địa chỉ https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf hoặc gọi đến 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 \$0 cho mỗi lần thăm khám dịch vụ theo dõi được Medicare bao trả. Áp dụng chi phí phát sinh cho thuốc theo toa Medicare Part B.

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ bệnh viện cho bệnh nhân ngoại trú Chúng tôi bao trả cho các dịch vụ cần thiết về mặt y tế mà quý vị nhận trong khoa ngoại trú tại bệnh viện để chẩn đoán hoặc chữa trị cho một căn bệnh hoặc thương tích. Các dịch vụ được bao trả gồm có, nhưng không giới hạn ở: • Các dịch vụ trong khoa cấp cứu hoặc phòng khám ngoại trú, như các dịch vụ theo dõi hoặc phẫu thuật ngoại trú • Các xét nghiệm của phòng xét nghiệm và chẩn đoán được bệnh viện gởi hóa đơn tính tiền • Chăm sóc sức khỏe tâm thần, bao gồm chăm sóc trong một chương trình nằm viện bán phần, nếu một bác sĩ chứng nhận rằng điều trị nội trú sẽ cần thiết nếu không chăm sóc sức khỏe tâm thần • Chụp X-quang và các dịch vụ chẩn đoán hình ảnh khác mà bệnh viện tính hóa đơn • Các vật tư y tế như nẹp và bột băng bó • Một số thuốc và sinh phẩm 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. Kể cả nếu quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú. Nếu quý vị không chắc rằng có phải mình là một bệnh nhân ngoại trú, thì quý vị nên hỏi nhân viên bệnh viện. Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin của Medicare tên là <i>Quý Vị Là Bệnh Nhân Nội Trú hay Ngoại Trú Tại Bệnh Viện? Nếu Quý Vị Có Medicare – Hãy hỏi!</i> Quý vị có thể tìm tờ thông tin này trên trang Web tại địa chỉ https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf hoặc gọi đến 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 thanh toán khoản tiền chia sẻ chi phí áp dụng được trình bày trong Bảng Phúc Lợi Y Tế này cho dịch vụ cụ thể. 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 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 (số tiền cố định) và phúc lợi cho một dịch vụ khác là đồng bảo hiểm (tỷ lệ phần trăm chi phí cho phép), quý vị có thể được yêu cầu phải trả cả khoản đồng thanh toán và đồng bảo hiểm.

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì 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 sức khỏe tâm thần ngoại trú Các dịch vụ được bao trả gồm có: Các dịch vụ sức khỏe tâm thần được cung cấp bởi bác sĩ tâm thần hoặc bác sĩ có giấy phép hành nghề, bác sĩ tâm lý lâm sàng, nhân viên xã hội lâm sàng, chuyên viên điều dưỡng lâm sàng, tư vấn viên chuyên nghiệp được cấp phép (LPC), chuyên gia trị liệu về hôn nhân và gia đình có giấy phép (LMFT), chuyên viên điều dưỡng (NP), phụ tá bác sĩ (PA), hoặc chuyên gia khác về chăm sóc sức khỏe tâm thần đủ điều kiện theo Medicare như được cho phép theo luật lệ hiện hành của tiểu bang. • Các dịch vụ được bác sĩ tâm thần cung cấp • Các dịch vụ được cung cấp bởi các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần khác	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu cá nhân với một bác sĩ tâm thần được Medicare bao trả. Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu nhóm với một bác sĩ tâm thần được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu cá nhân với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần khác được Medicare bao trả. Đồng thanh toán \$0 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. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i>

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ phục hồi cho bệnh nhân ngoại trú Các dịch vụ được bao trả bao gồm: vật lý trị liệu, trị liệu cơ năng và liệu pháp ngữ âm ngữ - ngôn ngữ. Các dịch vụ phục hồi cho bệnh nhân ngoại trú được cung cấp trong các cơ sở ngoại trú khác nhau như các khoa ngoại trú của bệnh viện, các phòng khám độc lập của chuyên gia trị liệu và các Cơ Sở Phục Hồi Ngoại Trú Toàn Diện (CORF). • Các dịch vụ được cung cấp bởi một nhà vật lý trị liệu • Các dịch vụ được cung cấp bởi một nhà trị liệu cơ năng • Các dịch vụ được cung cấp bởi một nhà trị liệu âm ngữ - ngôn ngữ	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám vật lý trị liệu được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu cơ năng được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám âm ngữ - ngôn ngữ trị liệu được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i>
Dịch vụ điều trị lạm dụng chất kích thích 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, bác sĩ tâm lý lâm sàng, nhân viên xã hội lâm sàng, chuyên viên điều dưỡng 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 của Medicare như được cho phép theo luật áp dụng của tiểu bang.	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu cá nhân được Medicare bao trả. Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu theo nhóm được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i>

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Phẫu thuật ngoại trú, bao gồm các dịch vụ được cung cấp tại các cơ sở ngoại trú của bệnh viện và các trung tâm phẫu thuật ngoại trú 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. Trừ khi nhà cung cấp viết giấy chỉ định cho quý vị nhập viện như một bệnh nhân nội trú tại bệnh viện, quý vị sẽ là một bệnh nhân ngoại trú và trả tiền chia sẻ chi phí để phẫu thuật ngoại trú. Kể cả nếu quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú. • Các dịch vụ được cung cấp tại một bệnh viện ngoại trú • Các dịch vụ được cung cấp tại một trung tâm phẫu thuật ngoại trú	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần khám tại một cơ sở bệnh viện ngoại trú được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần đến khám tại trung tâm phẫu thuật ngoại trú được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i>
Vật Phẩm Không Kê Toa (OTC) Vui lòng xem phần Wellcare Spendables™ trong bảng này để biết thêm thông tin về phúc lợi thuốc không kê toa (OTC).	

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ nhập viện một phần và Dịch vụ ngoại trú chuyên sâu Nhập 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 phòng khám của bác sĩ hoặc chuyên gia trị liệu và là biện pháp thay thế cho nhập viện nội trú. Dịch vụ ngoại trú chuyên sâu là một chương trình trị liệu sức khỏe hành vi (tâm thần) có cấu trúc được cung cấp tại khoa khám bệnh của bệnh viện, trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng, Trung tâm sức khỏe tiêu chuẩn liên bang hoặc một phòng khám sức khỏe nông thôn; dịch vụ này chuyên sâu hơn những dịch vụ chăm sóc nhận tại phòng mạch bác sĩ hoặc chuyên gia trị liệu của quý vị nhưng ít chuyên sâu hơn so với nhập viện một phần.	Đồng thanh toán \$0 cho nhập viện một phần hoặc dịch vụ khám bệnh chuyên sâu được Medicare bao trả mỗi ngày. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i>
Dịch vụ của bác sĩ/chuyên viên, bao gồm khám tại phòng khám 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 • Các dịch vụ phẫu thuật hoặc chăm sóc cần thiết về mặt y tế cung cấp bởi trung tâm phẫu thuật ngoại trú được chứng nhận, khoa ngoại trú tại bệnh viện, hay bất cứ địa điểm nào khác • Tư vấn, chẩn đoán và điều trị của bác sĩ chuyên khoa	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần khám tại phòng mạch PCP được Medicare bao trả. Xem phần “Phẫu Thuật Ngoại Trú” trong phần trước của bảng này để biết các khoản chia sẻ chi phí áp dụng cho các lần thăm khám tại trung tâm phẫu thuật ngoại trú hoặc trong một cơ sở ngoại trú bệnh viện. Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần khám với bác sĩ chuyên khoa được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i>

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

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 • 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 • 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, Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe Khác, Các Buổi Điều Trị Tâm Thần Cho Cá Nhân, Dịch Vụ Vật Lý Trị Liệu và Trị Liệu Bệnh Lý Âm Ngữ-Ngôn Ngữ, Các Buổi Điều Trị Lạm Dụng Chất Kích Thích Ngoại Trú Cho Cá Nhân và Đào Tạo Giúp Tự Kiểm Soát Bệnh Tiểu Đường. ○ 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 cho phép thăm khám trực tuyến với các bác sĩ được chứng nhận hội đồng 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần thông qua Teladoc để giúp xử lý nhiều quan ngại/câu hỏi khác nhau 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.	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho dịch vụ thính giác được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ thăm khám trực tuyến được thực hiện qua Teladoc. Xin lưu ý: Đồng thanh toán \$0 ở 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 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). <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i>

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
- Một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa bao gồm tư vấn, chẩn đoán và điều trị bởi các bác sĩ hoặc chuyên viên 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 thẩm tách tại nhà trong trung tâm lọc máu thuộc 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 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 - Dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá và điều trị các rối loạn sức khỏe tâm thần nếu: - Quý vị có thăm khám trực tiếp trong vòng 6 tháng trước lần thăm khám sức khỏe từ xa đầu tiên - Quý vị có thăm khám trực tiếp 12 tháng một lần trong khi nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa này - Có thể thực hiện trường hợp ngoại lệ đối với một số trường hợp nhất định - Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa để thăm khám sức khỏe tâm thần do Phòng Khám Sức Khỏe Nông Thôn và Trung Tâm Sức Khỏe Tiêu Chuẩn Liên Bang cung cấp - Kiểm tra sức khỏe trực tuyến (ví dụ như qua điện thoại hoặc trò chuyện qua video) với bác sĩ trong 5-10 phút <u>nếu</u>: - Quý vị không phải là bệnh nhân mới và - Lần kiểm tra sức khỏe này không liên quan đến lần khám tại phòng khám trong 7 ngày qua và - Lần kiểm tra sức khỏe này không dẫn đến lần khám tại phòng khám trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn sớm nhất có thể	Quý vị sẽ thanh toán chia sẻ chi phí áp dụng cho nhà cung cấp (như được mô tả trong phần “Dịch Vụ Của Bác Sĩ/Chuyên Viên, Bao Gồm Khám Tại Phòng Khám Bác Sĩ” nêu trên).

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
• Bác sĩ đánh giá video và/hoặc hình ảnh do quý vị gửi, giải thích và theo dõi trong vòng 24 giờ <u>nếu</u>: ○ Quý vị không phải là bệnh nhân mới và ○ Đánh giá này không liên quan đến lần khám tại phòng khám trong 7 ngày qua và ○ Đánh giá này không dẫn đến việc thăm khám tại phòng khám trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn sớm nhất có thể • Hội chẩn giữa bác sĩ của quý vị với các bác sĩ khác qua điện thoại, internet hoặc hồ sơ sức khỏe điện tử • Ý kiến thứ hai từ nhà cung cấp trong mạng lưới khác trước khi phẫu thuật • Chăm sóc răng không định kỳ (các dịch vụ được bao trả giới hạn trong phẫu thuật hàm hoặc các cấu trúc liên quan, cố định chỗ gãy xương hàm hoặc xương mặt, nhổ răng để chuẩn bị hàm cho xạ trị bệnh ung thư hoặc các dịch vụ sẽ được bao trả khi được cung cấp bởi một bác sĩ)	Quý vị sẽ thanh toán chia sẻ chi phí áp dụng cho nhà cung cấp (như được mô tả trong phần “Dịch Vụ Của Bác Sĩ/Chuyên Viên, Bao Gồm Khám Tại Phòng Khám Bác Sĩ” nêu trên). Quý vị sẽ thanh toán chia sẻ chi phí áp dụng cho nhà cung cấp (như được mô tả trong phần “Dịch Vụ Của Bác Sĩ/Chuyên Viên, Bao Gồm Khám Tại Phòng Khám Bác Sĩ” nêu trên). Quý vị sẽ thanh toán chia sẻ chi phí áp dụng cho nhà cung cấp (như được mô tả trong phần “Dịch Vụ Của Bác Sĩ/Chuyên Viên, Bao Gồm Khám Tại Phòng Khám Bác Sĩ” nêu trên). Đồng thanh toán \$0 cho mỗi dịch vụ nha khoa được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i> 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.

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ điều trị bệnh chân Các dịch vụ được bao trả gồm có: - Chẩn đoán và điều trị nội khoa hay ngoại khoa cho các thương tích và bệnh về bàn chân (chẳng hạn ngón chân khoằm hay gai gót chân) - Chăm sóc bàn chân định kỳ cho các thành viên có một số bệnh lý ảnh hưởng đến chi dưới Các dịch vụ bổ sung được bao trả gồm có: - Dịch vụ chăm sóc bàn chân bổ sung (Không được Medicare bao trả), giới hạn ở tổng cộng 12 lần khám mỗi năm dương lịch. Lưu ý: Bảo hiểm cho dịch vụ điều trị bệnh chân bổ sung (Không được Medicare bao trả) là một phúc lợi bổ sung do chương trình cung cấp. Cả Medicare hoặc Medicaid sẽ không thanh toán phần chia sẻ chi phí của quý vị cho những dịch vụ này.	Đồng thanh toán \$0 cho dịch vụ điều trị bàn chân được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần khám bệnh về chân bổ sung (Không được Medicare bao trả).* <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i>
 Khám tầm soát ung thư tuyến tiền liệt Cho nam giới 50 tuổi trở lên, các dịch vụ được bao trả gồm mục sau đây, 12 tháng một lần: - Khám trực tràng kỹ thuật số - Xét nghiệm Kháng Nguyên Đặc Hiệu Tuyến Tiền Liệt (PSA)	Đồng thanh toán \$0 cho khám trực tràng kỹ thuật số hàng năm được Medicare bao trả. Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay tiền khấu trừ cho một xét nghiệm PSA hàng năm.

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Bộ phận cơ thể giả và vật tư liên quan Dụng cụ (ngoài dụng cụ nha khoa) để thay thế toàn phần hoặc một phần cho một bộ phận hay chức năng cơ thể. Các dụng cụ này bao gồm, nhưng không giới hạn ở: túi hậu môn nhân tạo và vật dụng liên quan trực tiếp đến việc chăm sóc phẫu thuật tạo túi hậu môn giả, máy tạo nhịp tim, nẹp, giày chỉnh hình, chân tay giả và vú giả (bao gồm nịt ngực phẫu thuật sau thủ thuật cắt bỏ vú). Bao gồm một số vật tư y tế liên quan tới các bộ phận cơ thể giả, và sửa chữa và/hoặc thay thế các bộ phận cơ thể 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 Thị Lực ở phần sau bảng này để biết thêm chi tiết.	Đồng thanh toán \$0 cho bộ phận cơ thể giả hoặc dụng cụ chỉnh hình được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho các vật tư y tế liên quan đến bộ phận cơ thể giả được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i>
Các dịch vụ phục hồi chức năng phổi Các chương trình toàn diện để phục hồi chức năng phổi được bao trả cho các thành viên bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) ở mức độ từ trung bình tới nặng, và bác sĩ điều trị bệnh hô hấp mạn tính ký giấy chỉ định phục hồi chức năng phổi.	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần khám dịch vụ phục hồi chức năng phổi được Medicare bao trả.
 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 bia rượu cho người lớn có Medicare (bao gồm cả phụ nữ mang thai) lạm dụng bia rượu, nhưng không phải là người phụ thuộc vào bia rượu. Nếu bác sĩ sàng lọc thấy quý vị có lạm dụng rượu bia, mỗi năm quý vị có thể tham gia 4 buổi tư vấn ngắn gọn trực tiếp (nếu quý vị có đủ năng lực và tỉnh táo trong buổi tư vấn) do bác sĩ hoặc chuyên viên chăm sóc chính đủ điều kiện cung cấp tại cơ sở chăm sóc chính.	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay tiền 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
Tầm soát ung thư phổi bằng chụp cắt lớp vi tính liều thấp (LDCT) Với những người đủ điều kiện, LDCT sẽ được bao trả 12 tháng một lần. Thành viên đủ điều kiện là: những người từ 50 đến 77 tuổi không có dấu hiệu hoặc triệu chứng ung thư phổi, nhưng có tiền sử hút thuốc lá ít nhất 20 gói/năm và hiện đang hút thuốc hoặc đã bỏ thuốc lá trong vòng 15 năm qua, những người được chỉ định làm LDCT bằng văn bản trong lần khám tư vấn và cùng đưa ra quyết định về tầm soát ung thư phổi tuân theo các tiêu chuẩn của Medicare cho lần khám đó và được cung cấp bởi bác sĩ hoặc chuyên viên đủ điều kiện không phải bác sĩ. <i>Đối với việc khám tầm soát ung thư phổi LDCT sau khi sàng lọc LDCT lần đầu:</i> thành viên phải nhận được chỉ định khám tầm soát 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 đủ điều kiện không phải bác sĩ. Nếu một bác sĩ hoặc chuyên viên đủ điều kiện không phải bác sĩ chọn cung cấp lần khám tư vấn và cùng đưa ra quyết định về tầm soát ung thư phổi cho các lần tầm soát ung thư phổi tiếp theo với LDCT thì lần 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 tiền khấu trừ cho LDCT hoặc lần thăm khám tư vấn và cùng đưa ra quyết định được Medicare bao trả.
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 một số đối tượng có nguy cơ mắc STI cao khi các xét nghiệm được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính chỉ định. Chúng tôi bao trả cho các xét nghiệm này 12 tháng một lần hoặc tại một số thời điểm trong thai kỳ. Chúng tôi cũng bao trả cho tối đa 2 buổi tư vấn chuyên sâu cao về hành vi, trực tiếp từ 20 tới 30 phút mỗi năm cho người lớn có sinh hoạt tình dục, bị tăng nguy cơ mắc bệnh STI. Chúng tôi sẽ chỉ bao trả cho các buổi tư vấn như một dịch vụ phòng ngừa nếu các buổi này được cung cấp bởi một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính và diễn ra trong cơ sở chăm sóc chính, như một phòng khám bác sĩ.	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay tiền khấu trừ cho phúc lợi phòng ngừa tư vấn về 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
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 cách chăm sóc thận và giúp các thành viên đưa ra quyết định có hiểu biết về việc chăm sóc sức khỏe cho mình. Đối với các thành viên bị bệnh thận mạn tính giai đoạn IV, khi được giới thiệu từ bác sĩ quý vị, chúng tôi bao trả tối đa sáu buổi dịch vụ giáo dục về bệnh thận cho cả đời. • Các buổi điều trị thẩm tách cho bệnh nhân ngoại trú (bao gồm điều trị thẩm tách khi tạm thời ra khỏi khu vực dịch vụ, như được giải thích trong Chương 3, hoặc khi nhà cung cấp dịch vụ này tạm thời không phục vụ hoặc không thể tiếp cận được) • Các buổi điều trị thẩm tách 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) • Đào tạo để tự thẩm tách (bao gồm đào tạo cho quý vị và bất cứ ai giúp đỡ quý vị thực hiện điều trị thẩm tách tại nhà) • Thiết bị và vật tư thẩm tách tại nhà	Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ giáo dục về bệnh thận được Medicare bao trả. Đồng thanh toán \$0 cho điều trị thẩm tách ngoại trú được Medicare bao trả. Xem “Chăm Sóc Tại Bệnh Viện Cho Bệnh Nhân Nội Trú” để biết các khoản chia sẻ chi phí áp dụng cho việc điều trị thẩm tách dành cho bệnh nhân nội trú. Đồng thanh toán \$0 cho đào tạo tự thẩm tách được Medicare bao trả. Đồng thanh toán \$0 cho thiết bị thẩm tách tại nhà được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho vật tư thẩm tách y tế được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i>

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Một số dịch vụ hỗ trợ tại nhà (chẳng hạn như chuyên viên được đào tạo về thẩm tách đến kiểm tra việc thẩm tách tại nhà quý vị khi cần thiết, giúp đỡ trong trường hợp cấp cứu và kiểm tra thiết bị thẩm tách và nguồn cung cấp nước) Một số thuốc dùng để thẩm tách được bao trả theo phúc lợi thuốc Medicare Part B. Để biết thông tin về mức bao trả cho Thuốc Part B, vui lòng xem phần Thuốc theo toa Medicare Part B.	Đồng thanh toán \$0 cho dịch vụ hỗ trợ tại nhà được Medicare bao trả.
Chăm sóc 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 tài liệu này. Các cơ sở điều dưỡng chuyên môn đôi khi còn được gọi là SNF). Quý vị được bao trả 100 ngày mỗi lần nhập viện/nằm tại SNF. Không đòi hỏi nằm bệnh viện trước đó. Những dịch vụ được bao trả bao gồm, nhưng không chỉ giới hạn ở: - Phòng nằm chung (hoặc một phòng riêng, nếu cần thiết về mặt y tế) - Ăn uống, bao gồm cả chế độ ăn đặc biệt - Dịch vụ điều dưỡng chuyên môn - Vật lý trị liệu, trị liệu cơ năng và âm ngữ trị liệu - Thuốc được sử dụng cho quý vị như một phần của chương trình chăm sóc sức khỏe quý vị (Điều này bao gồm các chất hiện hữu tự nhiên trong cơ thể, như các yếu tố đông máu).	Đối với nằm viện được Medicare bao trả, mỗi lần nằm viện: Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần nhập viện tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn được Medicare bao trả. Quý vị thanh toán tất cả chi phí cho mỗi ngày sau ngày 100. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i>

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
• Máu - bao gồm bảo quản và truyền máu. Bao trả cho máu toàn phần và hồng cầu đóng gói sẽ bắt đầu với đơn vị thể tích máu đầu tiên mà quý vị cần. Mọi thành phần khác của máu được bao trả bắt đầu với đơn vị thể tích đầu tiên sử dụng. • Thông thường, các vật tư y tế và phẫu thuật do SNF cung cấp • Các xét nghiệm thường được SNF cung cấp • Việc chụp X-quang và các dịch vụ chẩn đoán hình ảnh khác thường được SNF cung cấp • Sử dụng các vật dụng như xe lăn, thường được các SNF cung cấp • Các dịch vụ Bác Sĩ/Chuyên Viên Nói chung, quý vị sẽ được 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 được chăm sóc từ 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 chăm sóc thường xuyên, nơi quý vị sinh sống trước khi tới bệnh viện (miễn là có cung cấp dịch vụ chăm sóc của cơ sở điều dưỡng chuyên môn) • SNF nơi vợ/chồng hoặc bạn đời quý vị đang sống tại thời điểm quý vị xuất viện	

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
 Cai thuốc lá (tư vấn ngừng hút hoặc dùng thuốc lá) <u>Nếu quý vị sử dụng thuốc lá, nhưng không có dấu hiệu hoặc triệu chứng mắc các bệnh liên quan đến thuốc lá:</u> Chúng tôi bao trả hai đợt tư vấn bỏ thuốc trong vòng 12 tháng như một dịch vụ phòng ngừa miễn phí cho quý vị. Mỗi đợt tư vấn bao gồm tối đa bốn lần gặp mặt trực tiếp. <u>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:</u> Chúng tôi bao trả cho các dịch vụ tư vấn bỏ hút thuốc lá. Chúng tôi bao trả cho hai đợt tư vấn bỏ hút thuốc trong thời gian 12 tháng; tuy nhiên, quý vị sẽ trả khoản chia sẻ chi phí được áp dụng. Mỗi đợt tư vấn bao gồm tối đa bốn lần gặp mặt trực tiếp. Cai Thuốc Lá Bổ Sung: Chương trình của chúng tôi cũng bao trả thêm tối đa 5 lần tư vấn bỏ hút thuốc lá trực tuyến và qua điện thoại. Các buổi tư vấn sẽ được bác sĩ được đào tạo thực hiện, bao gồm hướng dẫn các bước thay đổi, lập kế hoạch, tư vấn và giáo dục. Phúc lợi này chỉ được cung cấp thông qua nhà cung cấp dịch vụ khám trực tuyến của chúng tôi là Teladoc. Để biết thêm thông tin hoặc lên lịch cuộc hẹn, vui lòng gọi Teladoc qua số 1-800-835-2362 (TTY: 711) 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Quý vị còn có thể gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại www.wellcare.com/healthnetCA.	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ cho các phúc lợi phòng ngừa cai thuốc lá được Medicare bao trả. Đồng thanh toán \$0 cho các buổi tư vấn bỏ thuốc lá bổ sung.*

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

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) SET được bao trả cho những thành viên có triệu chứng của bệnh động mạch ngoại biên (PAD). 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 bị đau chân • Được thực hiện tại phòng khám của bệnh viện dành cho bệnh nhân ngoại trú hoặc phòng khám 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 là 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 chuyên viên điều dưỡng/chuyên gia điều dưỡng lâm sàng, những người phải được đào tạo về các kỹ thuật hỗ trợ sự sống cơ bản và nâng cao SET có thể được bao trả thêm 36 buổi bổ sung trong một khoảng thời gian dài ngoài 36 buổi trong 12 tuần 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 khám trị liệu vận động có giám sát được Medicare bao trả.

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ vận chuyển (định kỳ bổ sung) Chương trình của chúng tôi bao trả cho tổng cộng 24 chuyến vận chuyển mặt đất không cấp cứu một chiều trong khu vực dịch vụ của chúng tôi mỗi năm. Phúc lợi này giúp quý vị được nhận dịch vụ và chăm sóc cần thiết. Quý vị có thể đi đến các địa điểm chăm sóc sức khỏe như bác sĩ, bác sĩ chuyên khoa và nha sĩ. Đi xe (hay còn gọi là “chuyến đi”) được giới hạn trong 75 dặm, một chiều và tối đa bốn chuyến đi một chiều mỗi ngày, trừ khi được chương trình phê duyệt trước. Để đặt chuyến đi, hãy gọi số dịch vụ vận chuyển ở mặt sau thẻ ID thành viên của quý vị. Để được chăm sóc định kỳ, hãy gọi trước tối đa 1 tháng và ít nhất 3 ngày. Các chuyến đi trong ngày tùy thuộc vào tình trạng sẵn có. Các chuyến đi bao gồm taxi, xe khách, xe van cho xe lăn, và các dịch vụ đi chung xe (như Uber hoặc Lyft) nhằm đáp ứng nhu cầu sức khỏe của quý vị. Để được chương trình bao trả, quý vị phải sử dụng phúc lợi này để đi đến các cơ sở chăm sóc sức khỏe. Có thể cùng lúc có nhiều thành viên đi cùng chuyến và phải dừng tại các địa điểm không phải điểm đến của quý vị trong chuyến đi. Hãy nhớ đề cập mọi nhu cầu bổ sung như sử dụng xe lăn hoặc sở thích, chẳng hạn như cần thêm thời gian để bắt xe khi đặt trước.	Đồng thanh toán \$0 mỗi chuyến đi.* Một chuyến đi có nghĩa là vận chuyển một chiều bằng taxi, xe van hoặc dịch vụ đi chung xe đến một địa điểm chăm sóc sức khỏe. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i>

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 điều trị bệnh, thương tích hoặc tình trạng bệnh lý không cấp cứu, không lường trước cần được chăm sóc y tế ngay lập tức nhưng trong trường hợp của quý vị thì việc nhận dịch vụ từ nhà cung cấp trong mạng lưới là không thể hoặc không hợp lý. Nếu trong trường hợp của quý vị, việc nhận dịch vụ chăm sóc y tế ngay lập tức từ nhà cung cấp trong mạng lưới là không hợp lý thì chương trình sẽ bao trả các dịch vụ cần thiết khẩn cấp từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Các dịch vụ phải là cần ngay lập tức và cần thiết về mặt y tế. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp mà chương trình phải bao trả ngoài mạng lưới xảy ra nếu: Quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình và cần dịch vụ cần thiết về mặt y tế ngay lập tức cho một tình trạng không lường trước nhưng không phải là trường hợp cấp cứu y tế; hoặc trong trường hợp của quý vị thì việc nhận dịch vụ chăm sóc y tế ngay lập tức từ nhà cung cấp trong mạng lưới là không hợp lý. 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 \$0 cho các lần thăm khám dịch vụ cần thiết khẩn cấp được Medicare bao trả. Đồng thanh toán \$100 cho các dịch vụ cần thiết khẩn cấp bên ngoài Hoa Kỳ.* Quý vị thanh toán số tiền này kể cả khi quý vị nhập viện trong vòng 24 giờ cho cùng một căn bệnh. 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 ngoại trú cho chẩn đoán và điều trị bệnh và thương tích của mắt, bao gồm điều trị thoái hóa điểm vàng vì tuổi tác. Original Medicare không bao trả chi phí khám mắt định kỳ (khúc xạ ở mắt) để lấy kính/kính áp tròng - Đối với những người có nguy cơ cao mắc bệnh tăng nhãn áp, chúng tôi sẽ bao trả cho một lần khám sàng lọc bệnh tăng nhãn áp mỗi năm. Những người có rủi ro cao bị bệnh tăng nhãn áp: những người với 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 - Đối với những người bị tiểu đường, khám sàng lọc bệnh võng mạc đái tháo đường được bao trả mỗi năm một lần - 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 phúc lợi này sau cuộc phẫu thuật đầu tiên và mua hai cặp kính mắt sau cuộc phẫu thuật thứ hai).	Đồng thanh toán \$0 cho tất cả các lần khám mắt khác để chẩn đoán và chữa bệnh cho mắt. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho khám sàng lọc tăng nhãn áp được Medicare bao trả. Đồng thanh toán \$0 cho khám võng mạc được Medicare bao trả cho thành viên bị bệnh tiểu đường. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho kính mắt được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Ngoài ra, chương trình của chúng tôi bao trả cho dịch vụ khám mắt bổ sung (tức là định kỳ) sau đây: • 1 lần khám mắt định kỳ mỗi năm. Khám mắt định kỳ bao gồm kiểm tra tăng nhãn áp cho những người có nguy cơ bị tăng nhãn áp và khám võng mạc cho người bị bệnh tiểu đường. • Không giới hạn số cặp kính mắt theo toa mỗi năm với phúc lợi tối đa là \$300 mỗi năm. Kính mắt được bao trả bao gồm bất kỳ: ○ Mắt kính (gọng kính và tròng kính) hoặc ○ Chỉ tròng kính hoặc ○ Chỉ gọng kính hoặc ○ Kính áp tròng thay vì mắt kính hoặc ○ Nâng cấp thiết bị nhãn khoa Lưu ý: Chương trình bao trả phí lắp kính áp tròng. Số tiền bảo hiểm phúc lợi tối đa của chương trình là \$300 mỗi năm áp dụng cho chi phí bán lẻ của gọng và/hoặc tròng kính (bao gồm bất kỳ lựa chọn tròng kính nào như có lớp mạ và lớp phủ). Quý vị chịu trách nhiệm cho mọi chi phí vượt quá phúc lợi tối đa đối với mắt kính bổ sung (tức là định kỳ).* Không bao gồm mắt kính được Medicare bao trả trong mức phúc lợi tối đa bổ sung (tức là định kỳ). Thành viên không được sử dụng phúc lợi về kính mắt bổ sung để tăng mức bảo hiểm cho kính mắt được Medicare bao trả. Lưu ý: Bảo hiểm cho các dịch vụ thị lực định kỳ là một phúc lợi bổ sung do chương trình cung cấp. Cả Medicare hoặc Medicaid sẽ không thanh toán phần chia sẻ chi phí của quý vị cho những dịch vụ này. Phải nhận dịch vụ thị lực thông qua mạng lưới chăm sóc thị lực của chương trình. Nếu có các câu hỏi về cách tìm một nhà cung cấp hoặc để biết thêm thông tin, vui lòng gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại www.wellcare.com/healthnetCA.	Dịch vụ khám mắt bổ sung (tức là định kỳ): Đồng thanh toán \$0 cho 1 lần khám mắt định kỳ mỗi năm.* <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho mắt kính.* <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
 Khám phòng bệnh dịp Chào mừng đến với Medicare Chương trình bao trả cho thăm khám phòng bệnh <i>Chào mừng đến với Medicare</i> một lần. Lần khám này gồm có đánh giá sức khỏe quý vị, cũng như giáo dục và tư vấn về các dịch vụ phòng bệnh mà quý vị cần (bao gồm một số loại sàng lọc 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 <i>Chào mừng đến với Medicare</i> chỉ trong 12 tháng kể từ khi quý vị có Medicare Part B. Khi lên lịch hẹn, hãy cho phòng khám của bác sĩ biết quý vị muốn lên lịch khám phòng bệnh <i>Chào mừng đến với Medicare</i>. EKG được Medicare bao trả sau lần khám Dịch Vụ Phòng Bệnh <i>Chào mừng đến với Medicare</i>.	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ khi khám phòng bệnh vào dịp <i>Chào mừng đến với Medicare</i>. Đồng thanh toán \$0 cho mỗi EKG được Medicare bao trả sau lần khám Dịch Vụ Phòng Bệnh <i>Chào mừng đến với Medicare</i>.
Thẻ Wellcare Spendables™ Quý vị sẽ nhận được \$75 hàng tháng nạp trước vào thẻ Wellcare Spendables™ của quý vị. Phúc lợi tối đa là \$900 mỗi năm. Trợ cấp hàng tháng sẽ chuyển sang tháng tiếp theo nếu chưa sử dụng và hết hạn vào cuối năm chương trình. <u>Có thể sử dụng trợ cấp trong thẻ của quý vị cho:</u>	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ cho thẻ Wellcare Spendables™. Số tiền trợ cấp có thể được sử dụng cho các phúc lợi sau: - Vật phẩm không kê toa (OTC) - Thực Phẩm Lành Mạnh - Xăng trả tiền lúc bơm - Hỗ Trợ Chi Phí Tiện Ích - Hỗ Trợ Tiền Thuê Nhà Giao hàng miễn phí với đơn hàng tối thiểu \$35. Không có yêu cầu tối thiểu đối với việc mua tại cửa hàng.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Vật phẩm Không Kê Toa (OTC) Thẻ của quý vị có thể được sử dụng tại các địa điểm bán lẻ tham gia chương trình, qua ứng dụng di động hoặc đăng nhập vào cổng thông tin thành viên của quý vị để đặt đơn hàng giao hàng tại nhà. Các vật phẩm được bao trả gồm có: • Các vật phẩm không kê toa chính hiệu và gốc • Vitamin, thuốc giảm đau, vật phẩm cho bệnh cảm cúm và dị ứng, vật phẩm cho bệnh tiểu đường • Sử dụng tính năng quét mã vạch trong ứng dụng của quý vị để tìm các vật phẩm được phê duyệt tại các địa điểm bán lẻ, hoặc đăng nhập vào cổng thông tin thành viên của quý vị hoặc tham khảo catalog của quý vị. Lưu ý: Trong một số trường hợp, thiết bị chẩn đoán và dụng cụ hỗ trợ cai thuốc lá được bao trả trong phúc lợi y tế của chương trình. Quý vị nên (khi có thể) sử dụng các phúc lợi y tế của chương trình của chúng tôi trước khi tiêu khoản trợ cấp OTC cho những vật phẩm này. <u>Vì chương trình của quý vị tham gia vào Chương Trình Thiết Kế Bảo Hiểm Dựa Trên Giá Trị, quý vị cũng có thể sử dụng trợ cấp Wellcare Spendables™ của mình cho bất kỳ phúc lợi nào dưới đây:</u> Thực phẩm lành mạnh Quý vị có thể dùng thẻ mua thực phẩm và sản phẩm lành mạnh tại cửa hàng bán lẻ đối tác. Có thể đặt suất ăn chuẩn bị sẵn qua cổng trực tuyến. Không thể dùng thẻ để mua thuốc lá hoặc rượu. Các vật phẩm được phê duyệt bao gồm: • Thịt và gia cầm • Trái cây và rau củ • Đồ uống dinh dưỡng	

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
- Sử dụng tính năng quét mã vạch trong ứng dụng của quý vị để tìm các vật phẩm được phê duyệt tại các địa điểm bán lẻ, đăng nhập vào cổng thông tin thành viên hoặc tham khảo catalog. Xăng trả tiền lúc bơm Quý vị có thể sử dụng thẻ để thanh toán tiền xăng lúc bơm. Không thể sử dụng thẻ này để trực tiếp thanh toán bằng máy tính tiền. Chỉ có thể sử dụng thẻ của quý vị để bơm xăng tối đa đến số tiền hạn mức có sẵn. Hỗ trợ chi phí tiện ích Quý vị có thể sử dụng thẻ để hỗ trợ chi phí tiện ích cho nhà quý vị. Đăng nhập vào cổng thông tin thành viên hoặc thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp dịch vụ tiện ích tại nơi có chấp nhận thanh toán. Không thể dùng thẻ để cài đặt thanh toán định kỳ tự động. Các chi phí được phê duyệt cho phúc lợi này bao gồm: - Các dịch vụ tiện ích như điện, gas, vệ sinh/rác thải và nước - Dịch vụ điện thoại cố định và điện thoại di động - Dịch vụ Internet - Truyền hình cáp (không bao gồm dịch vụ phát trực tiếp) - Một số chi phí xăng dầu nhất định, chẳng hạn như dầu cho lò sưởi trong nhà Hỗ trợ tiền thuê Quý vị có thể sử dụng thẻ để hỗ trợ chi phí thuê nhà. Đăng nhập vào cổng thông tin thành viên để thanh toán cho nhà cung cấp hoặc thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp tại nơi có chấp nhận thanh toán.	

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Cách sử dụng thẻ: 1. Kích hoạt thẻ của quý vị trước khi sử dụng. Hướng dẫn được nêu trong thư gửi kèm theo thẻ của quý vị. 2. Đến cửa hàng bán lẻ tham gia chương trình, đăng nhập vào liên kết cổng thông tin được liệt kê bên dưới hoặc tải xuống ứng dụng di động. 3. Chọn các vật phẩm/dịch vụ được phê duyệt của quý vị. 4. Tới quầy thanh toán của cửa hàng bán lẻ và thanh toán bằng thẻ Wellcare SpendablesTM của quý vị. Đối với đơn hàng trên ứng dụng trực tuyến hoặc di động, hãy nhập số thẻ của quý vị khi thanh toán. 5. Thẻ của quý vị không phải là thẻ tín dụng nhưng có thể được nhập là ‘tín dụng’ để thanh toán. Nếu được nhắc, mã PIN của quý vị là 4 chữ số cuối trong số thẻ của quý vị. Lưu ý: • Sau khi sử dụng hết trợ cấp chi tiêu, quý vị sẽ chịu trách nhiệm thanh toán các chi phí mua hàng còn lại. • Các mặt hàng mua tại cửa hàng có thể được đổi trả theo chính sách đổi trả của các cửa hàng bán lẻ. • Nếu thẻ của quý vị không hoạt động đúng cách hoặc trong trường hợp xảy ra sự cố kỹ thuật, vui lòng liên hệ với chúng tôi theo số bên dưới. • Wellcare không chịu trách nhiệm cho việc thẻ bị mất hoặc bị đánh cắp. • Thẻ Wellcare SpendablesTM chỉ để sử dụng cho mục đích cá nhân, không được bán hoặc chuyển nhượng và không có giá trị tiền mặt. • Có thể áp dụng các giới hạn và hạn chế. • Đây không phải là phúc lợi Medicaid. Để biết thêm thông tin về thẻ Wellcare SpendablesTM hoặc để yêu cầu catalog, vui lòng gọi số: 1-855-744-8550, TTY: 711. Giờ làm việc: Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Quý vị cũng có thể truy cập: member.membersecurelogin.com.	

PHẦN 3 Những dịch vụ nào được bao trả bên ngoài chương trình?

PHẦN 3.1 Dịch vụ không được chương trình bao trả

Những dịch vụ không được Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) bao trả nhưng được cung cấp thông qua California Medi-Cal (Medicaid). Nếu quý vị có câu hỏi về dịch vụ hỗ trợ mà quý vị nhận được từ California Medi-Cal (Medicaid), hãy liên hệ California Medi-Cal (Medicaid) theo số 1-800-541-5555, người dùng TTY gọi 1-800-430-7077 từ 8 a.m. - 5 p.m. PT, thứ Hai - thứ Sáu.

Chương Trình Nha Khoa Medi-Cal

Một số dịch vụ nha khoa được cung cấp thông qua Chương Trình Nha Khoa Medi-Cal; bao gồm nhưng không giới hạn ở các dịch vụ như:

- khám ban đầu, chụp X-quang, làm sạch răng và điều trị bằng fluoride
- phục hình và mão răng
- trị liệu ống tủy răng
- răng giả một phần và nguyên hàm, điều chỉnh, sửa chữa và đệm răng

Phúc lợi nha khoa được cung cấp trong Chương Trình Nha Khoa Medi-Cal Trả Phí Theo Dịch Vụ. Để biết thêm thông tin, hoặc nếu quý vị cần giúp tìm nha sĩ chấp nhận Medi-Cal, hãy liên hệ với đường dây bộ phận dịch vụ khách hàng theo số 1-800-322-6384 (người dùng TTY gọi số 1-800-735-2922). Cuộc gọi này miễn phí. Nhân viên đại diện của Chương Trình Dịch Vụ Nha Khoa Medi-Cal luôn sẵn sàng hỗ trợ quý vị từ 8:00 a.m. đến 5:00 p.m., Thứ Hai đến Thứ Sáu. Quý vị cũng có thể truy cập trang web tại địa chỉ www.dental.dhcs.ca.gov để biết thêm thông tin.

Ngoài Chương Trình Nha Khoa Tính Phí Theo Dịch Vụ Medi-Cal, quý vị có thể nhận được các phúc lợi nha khoa thông qua chương trình chăm sóc nha khoa được quản lý. Các chương trình chăm sóc nha khoa được quản lý được cung cấp tại Hạt Sacramento và Los Angeles. Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin về các chương trình bảo hiểm nha khoa hoặc muốn thay đổi các chương trình nha khoa, hãy liên hệ với Health Care Options theo số 1-800-430-4263 (người dùng TTY gọi số 1-800-430-7077), thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8:00 a.m. đến 6:00 p.m. Cuộc gọi này miễn phí.

PHẦN 4 Dịch vụ nào không được chương trình bao trả?

Phần 4.1 Các dịch vụ không được chương trình bao trả (các trường hợp loại trừ)

Phần này cho quý vị biết những dịch vụ nào bị loại trừ.

Bảng dưới đây mô tả một số dịch vụ và vật phẩm không được chương trình bao trả trong bất kỳ điều kiện này hoặc chỉ được chương trình bao trả trong một số điều kiện cụ thể.

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Nếu quý vị nhận được các dịch vụ bị loại trừ (không được bao trả), quý vị phải tự thanh toán ngoại trừ trong các điều kiện cụ thể được liệt kê dưới đây. Ngay cả khi quý vị được cung cấp những dịch vụ bị loại trừ tại một cơ sở cấp cứu, những dịch vụ bị loại trừ cũng sẽ không được bao trả và chương trình của chúng tôi sẽ không trả tiền cho những dịch vụ này. Một ngoại lệ duy nhất là nếu dịch vụ đó được kháng cáo và quyết định sau khi kháng cáo là một dịch vụ y tế mà chúng tôi đáng lý phải trả tiền hoặc bao trả vì tình trạng y khoa cụ thể của quý vị. (Để biết thông tin về việc kháng cáo một quyết định của chúng tôi là không bao trả cho một dịch vụ y tế, hãy xem Chương 9, Phần 6.3 trong tài liệu 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
Phẫu thuật hoặc thủ thuật 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 tái tạo vú sau khi phẫu thuật cắt bỏ vú cũng như cho bên vú còn lại để giúp ngực được cân xứng.
Chăm sóc đời sống thường nhật *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 cấp cứu đã được đào tạo, chẳng hạn như việc chăm sóc và giúp đỡ quý vị trong những sinh hoạt thường nhật như tắm rửa hoặc thay quần áo.	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào	
Chăm sóc nha khoa như: - Dịch vụ chẩn đoán - Nội khoa răng miệng - Nha chu - Nhổ răng	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào	

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

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
Thủ thuật, thiết bị và thuốc men thử nghiệm nội khoa và ngoại khoa. Các thủ thuật và dụng cụ thử nghiệm là những dụng cụ và thủ thuật được Original Medicare quyết định là không được cộng đồng y khoa chấp nhận nói chung.		Có thể được Original Medicare bao trả theo một nghiên cứu 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 lâm sàng).
Tính phí cho chăm sóc do người thân cùng huyết thống với quý vị hoặc những người trong nhà của quý vị cung cấp.	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào	
Dịch vụ chăm sóc điều dưỡng toàn thời gian tại nhà quý vị.	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào	
Bữa ăn được giao đến nhà		✓
Các dịch vụ nội trợ bao gồm việc trợ giúp căn bản cho việc nhà, như là dọn dẹp nhà cửa nhẹ nhàng, hoặc chuẩn bị bữa ăn nhẹ.		✓
Dịch vụ y học tự nhiên (sử dụng các phương pháp điều trị tự nhiên hoặc thay thế).	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào	
Chăm sóc răng không định kỳ		Chăm sóc nha khoa cần thiết để điều trị bệnh tật hoặc chấn thương có thể được bao trả như chăm sóc bệnh nhân nội trú hoặc ngoại trú.

Chương 4 Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

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
Giày chỉnh hình hoặc các dụng cụ hỗ trợ cho chân		Giày là một phần của nẹp chân và được bao gồm trong chi phí của nẹp. Giày chỉnh hình hoặc giày trị liệu 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.	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào	
Phòng riêng trong bệnh viện.		Chỉ được bao trả khi cần thiết về mặt y tế.
Cắt giác mạc xuyên tâm, phẫu thuật LASIK và các trợ giúp khác cho mắt kém.	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào	
Các thủ thuật phục hồi khả năng sinh sản sau triệt sản và/hoặc các vật tư tránh thai không theo toa.	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào	
Chăm sóc nha khoa định kỳ, như làm sạch.	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào	
Dịch vụ được xem là không hợp lý và cần thiết, theo tiêu chuẩn của Original Medicare	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào	

CHƯƠNG 5:

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

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

Quý vị nhận thông tin về chi phí thuốc của mình bằng cách nào?

Vì quý vị đủ điều kiện tham gia Medicaid, quý vị đủ điều kiện và đang nhận “Extra Help” từ Medicare để thanh toán cho các chi phí thuốc chương trình thuốc theo toa của quý vị. Vì quý vị đang tham gia chương trình “Extra Help”, **một số thông tin trong *Chứng Thực Bảo Hiểm* này về chi phí cho thuốc theo toa Part D có thể không áp dụng với quý vị.** Chúng tôi đã gửi cho quý vị một bản thông tin riêng gọi là *Phụ Lục Chứng Thực Bảo Hiểm cho Những Người Được Nhận Trợ Giúp Bỏ Sung Để Mua Thuốc Theo 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 bản thông tin này, hãy gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên và hỏi xin một bản Phụ Lục LIS. (Số điện thoại Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên được ghi ở bìa sau của tài liệu này).

PHẦN 1 Giới thiệu

Chương này **giải thích các quy định khi sử dụng bảo hiểm để mua thuốc Part D.** Vui lòng xem Chương 4 về phúc lợi thuốc Medicare Part B và phúc lợi thuốc chăm sóc cuối đời.

Ngoài các thuốc được Medicare bao trả, một số thuốc theo toa cũng được bao trả cho quý vị theo các phúc lợi California Medi-Cal (Medicaid) của quý vị. Vui lòng liên hệ Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để tìm hiểu về bảo hiểm thuốc California Medi-Cal (Medicaid).

Phần 1.1 Các quy định cơ bản của chương trình về bảo hiểm thuốc Part D

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

- Quý vị phải có một nhà cung cấp (bác sĩ, nha sĩ hoặc người kê toa khác) viết toa thuốc của quý vị và phải hợp lệ theo luật tiểu bang hiện hành.
- Người kê toa của quý vị không được nằm trong Danh Sách Loại Trừ hoặc Ngăn Chặn của Medicare.
- 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).

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

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 Sử dụng 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 bao trả 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 bao trả của quý vị. Thuật ngữ thuốc được bao trả bao hàm tất cả các thuốc theo toa Part D nằm trong “Danh Sách Thuốc” của chương trình.

Phần 2.2 Nhà thuốc trong mạng lưới

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

Để tìm nhà thuốc trong mạng lưới, quý vị có thể tra trong *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*, truy cập trang web của chúng tôi (www.wellcare.com/healthnetCA), và/hoặc gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.

Quý vị có thể đến bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi.

Nếu nhà thuốc mà quý vị thường sử dụng rời mạng lưới thì sao?

Nếu nhà thuốc mà quý vị thường sử dụng rời mạng lưới của chương trình, quý vị sẽ cần tìm nhà thuốc mới trong mạng lưới. Để tìm một nhà thuốc khác trong khu vực của quý vị, quý vị có thể nhờ sự trợ giúp từ Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc sử dụng *Danh Mục Nhà Cung Cấp và 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, quý vị phải mua thuốc theo toa tại một nhà thuốc chuyên khoa. Các nhà thuốc chuyên khoa bao gồm:

- Nhà thuốc cung cấp thuốc dành cho liệu pháp tiêm truyền tại nhà.
- Các nhà thuốc cung cấp thuốc cho những người sống ở cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC). Thường thì một cơ sở LTC (như viện dưỡng lão) có nhà thuốc trực thuộc. Nếu quý vị có trở ngại trong việc tiếp cận phúc lợi Part D trong một cơ sở LTC, xin vui lòng liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.
- Các nhà thuốc chuyên phục vụ cho Cơ Quan Dịch Vụ Y Tế Cho Người Mỹ Bản Địa / Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Cho Người Mỹ Bản Địa Tại Đô Thị / Bộ Lạc (các dịch

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

vụ này không có ở Puerto Rico). Trừ các trường hợp cấp cứu, các nhà thuốc loại này trong mạng lưới chúng tôi chỉ phục vụ cho Người Mỹ Bản Địa hay Người Alaska Bản Địa.

- 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: Trường hợp này hiếm khi xảy ra).

Để tìm một nhà thuốc chuyên khoa, hãy tìm trong *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* hoặc gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.

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 mạn tính hay dài hạn. Các loại thuốc *không* được phép đặt hàng qua đường bưu điện được đánh dấu là “NM” trong “Danh Sách Thuốc” của chúng tôi.

Dịch vụ đặt hàng thuốc qua đường bưu điện của chương trình chúng tôi cho phép quý vị đặt thuốc với **lượng đủ dùng cho tối đa 100 ngày**.

Để lấy biểu mẫu đặt hàng và thông tin về cách lấy thuốc theo toa qua đường bưu điện, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên Dịch Vụ Đặt Hàng Qua Đường Bưu Điện theo số 1-833-750-0201 (TTY: 711) 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Hoặc đăng nhập vào express-scripts.com/rx.

Nếu quý vị sử dụng một dịch vụ đặt hàng thuốc qua đường bưu điện không nằm trong mạng lưới của chương trình, thuốc theo toa của quý vị sẽ không được bao trả.

Thông thường thì đơn thuốc đặt hàng qua đường bưu điện sẽ được giao đến quý vị trong vòng không quá 14 ngày. Tuy nhiên, đôi khi đơn thuốc theo toa đặt qua đường bưu điện có thể bị chậm trễ. Đối với thuốc dài hạn mà quý vị cần dùng ngay, hãy yêu cầu bác sĩ viết hai toa thuốc: một toa chỉ định đủ lượng thuốc dùng trong 30 ngày để quý vị lấy tại một nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới, còn một toa khác chỉ định đủ lượng thuốc dùng lâu dài để lấy qua đường bưu điện. Nếu việc đặt hàng thuốc qua đường bưu điện bị chậm trễ và quý vị gặp khó khăn trong việc lấy thuốc đủ dùng trong 30 ngày tại nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới, vui lòng yêu cầu nhà thuốc bán lẻ gọi điện cho Trung Tâm Dịch Vụ Nhà Cung Cấp theo số 1-866-800-6111 (TTY 1-888-816-5252), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần để được trợ giúp. Các thành viên có thể gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên về đặt hàng thuốc qua đường bưu điện theo số 1-833-750-0201 (TTY: 711) 24 giờ trong ngày, 7 ngày mỗi tuần. Hoặc đăng nhập vào express-scripts.com/rx

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:

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

- Quý vị đã sử dụng các dịch vụ đặt hàng 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 bất cứ lúc nào bằng cách liên lạc với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên phụ trách dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện theo số 1-833-750-0201, (TTY: 711), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Hoặc đăng nhập vào express-scripts.com/rx.

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 hệ 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 đặt hàng 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 đặt hàng qua đường bưu điện theo số điện thoại 1-833-750-0201, (TTY: 711), 24 giờ một ngày, 7 ngày mỗi tuần. Hoặc đăng nhập vào express-scripts.com/rx.

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 hệ với quý vị mỗi khi nhà thuốc nhận được toa thuốc mới từ một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để xem liệu quý vị có muốn nhà thuốc lấy và chuyển thuốc cho quý vị ngay lập tức không. Điều quan trọng là quý vị phải trả lời mỗi lần nhà thuốc liên hệ với quý vị, để cho họ biết có nên gửi, hoãn hoặc hủy toa thuốc mới hay không.

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 hệ 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 chọn không sử dụng chương trình tự động mua thêm thuốc của chúng tôi nhưng vẫn muốn nhà thuốc đặt hàng qua đường bưu điện gửi thuốc theo toa cho quý vị, vui lòng liên hệ với nhà thuốc 21 ngày trước khi toa thuốc hiện tại của quý vị hết. Điều này sẽ đảm bảo đơn hàng của quý vị được giao đến cho quý vị đúng thời hạn.

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:

- **Nhà Thuốc Express Scripts®: 1-833-750-0201 (Người dùng TTY có thể gọi số 711).**

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

Nếu quý vị nhận được thuốc mua thêm tự động qua đường bưu điện mà quý vị không muốn, quý vị có thể đủ điều kiện để được hoàn tiền.

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

Chương trình cung cấp hai cách thức để mua thuốc với lượng dùng dài hạn (còn được gọi là lượng cấp bổ sung) trong “Danh Sách Thuốc” của chương trình chúng tôi. (Thuốc duy trì là thuốc mà quý vị dùng thường xuyên, cho tình trạng bệnh mạn tính hoặc dài hạn).

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 Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc của quý vị cho biết các nhà thuốc nào trong mạng lưới có thể cấp thuốc duy trì với lượng dùng dài hạn. Quý vị cũng có thể gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để biết thêm thông tin.
2. Quý vị cũng có thể mua thuốc duy trì thông qua chương trình đặt hàng qua bưu điện của chúng tôi. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Phần 2.3.

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 bao 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. **Vui lòng kiểm tra trước với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên** để xem có nhà thuốc trong mạng lưới ở gần hay không. Khả năng cao là quý vị sẽ phải trả tiền chênh lệch giữa số tiền quý vị 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.

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 sắp đi 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 đồng thanh toán hay phần đồng bảo hiểm) khi lấy thuốc theo toa. Quý vị có thể nộp đơn xin bồi hoàn để yêu cầu chúng tôi bồi hoàn phần chia sẻ chi phí của

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

chúng tôi. 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 mà chúng tôi trả cho một nhà thuốc trong mạng lưới và giá tính cho quý vị tại nhà thuốc ngoài mạng lưới. Để tìm hiểu cách gửi yêu cầu bồi hoàn, vui lòng tham khảo Chương 7, Phần 2, *Cách yêu cầu chúng tôi trả tiền lại cho quý vị hoặc thanh toán một hóa đơn quý vị đã nhận được*.

- 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 Cấp Cứu 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 bao 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 y tế. Trong trường hợp này, quý vị sẽ cần thanh toán đầy đủ giá thuốc (thay vì chỉ đóng đồng thanh toán hay phần đồng bảo hiểm) khi lấy thuốc theo toa. Quý vị có thể nộp đơn xin bồi hoàn để yêu cầu chúng tôi bồi hoàn phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. 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 mà chúng tôi trả cho một nhà thuốc trong mạng lưới và giá tính cho quý vị tại nhà thuốc ngoài mạng lưới. Để tìm hiểu cách gửi yêu cầu bồi hoàn, vui lòng tham khảo Chương 7, Phần 2, *Cách yêu cầu chúng tôi trả tiền lại cho quý vị hoặc thanh toán một hóa đơn quý vị đã nhận được*.

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 thường không có hàng tại các nhà thuốc bán lẻ dễ đến hay nhà thuốc đặt hàng thuốc qua đường bưu điện trong mạng lưới (bao gồm thuốc có giá cao và thuốc hiếm).
 - Quý vị cần nhận một loại vắc-xin cần thiết về mặt y tế nhưng không được Medicare Part B bao trả, 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 thuốc đủ dùng cho tối đa 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 bồi hoàn cho quý vị. Vui lòng nhớ gửi kèm trong hồ sơ phân giải thích về tình huống liên

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

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 yêu cầu bồi hoàn của quý vị.

Làm thế nào để yêu cầu chương trình bồi hoàn?

Nếu cần phải sử dụng nhà thuốc ngoài mạng lưới, quý vị thường phải thanh toán toàn bộ chi phí khi quý vị mua thuốc theo toa. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị. (Chương 7, Phần 2 giải thích về cách 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 này có một *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Mục Thuốc)*. Trong *Chứng Thực Bảo Hiểm* này, chúng tôi **gọi tắt danh sách đó 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 này đáp ứng các yêu cầu của Medicare và đã được Medicare phê duyệt.

“Danh Sách Thuốc” bao gồm các loại thuốc được bao trả theo Medicare Part D. Ngoài các thuốc được Medicare bao trả, một số thuốc theo toa cũng được bao trả cho quý vị theo các phúc lợi California Medi-Cal (Medicaid) của quý vị. Để tìm hiểu thêm về bảo hiểm thuốc của Medicaid, vui lòng liên hệ Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.

Nói chung thì chúng tôi sẽ bao trả các loại thuốc nằm trong “Danh Sách Thuốc” của chương trình miễn là quý vị tuân theo đúng các quy tắc bảo hiểm khác 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 thuận để chẩn đoán hoặc cho tình trạng mà bác sĩ kê 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 thuốc chính hiệu, thuốc gốc và thuốc sinh học tương tự.

Thuốc chính hiệu là loại thuốc theo toa được bán dưới tên nhãn hiệu do nhà sản xuất thuốc sở hữu. Các loại thuốc chính hiệu phức tạp hơn các loại thuốc thông thường (ví dụ như thuốc có gốc protein) được gọi là các sản phẩm sinh học. Trong “Danh Sách Thuốc”, khi chúng tôi đề cập đến “thuốc”, điều này có thể có nghĩa là thuốc hoặc sản phẩm sinh học.

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

Thuốc gốc là một loại thuốc theo toa có cùng các thành phần hoạt chất như một loại thuốc chính hiệu. Vì các sản phẩm sinh học phức tạp hơn các loại thuốc thông thường, thay vì có dạng gốc, có các loại thuốc khác được gọi là thuốc sinh học tương tự. Thông thường, thuốc gốc và thuốc sinh học tương tự cũng có hiệu quả như thuốc chính hiệu hoặc các sản phẩm sinh học và thường có giá thấp hơn. Nhiều loại thuốc chính hiệu có thuốc gốc để dùng thay thế. Có các lựa chọn thay thế thuốc sinh học tương tự cho một số sản phẩm sinh học.

Các loại thuốc nào không nằm trong “Danh Sách Thuốc”?

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

- Trong một số trường hợp, luật pháp cấm mọi chương trình Medicare bao trả cho một số loại thuốc (để biết thêm thông tin về việc này, hãy xem Phần 7.1 trong chương này).
- Trong các trường hợp khác, chúng tôi đã quyết định không bao gồm một loại thuốc cụ thể trong “Danh Sách Thuốc”. Trong một số trường hợp, quý vị có thể mua được một loại thuốc không có trong “Danh Sách Thuốc”. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Chương 9.
- Các thuốc theo toa được California Medi-Cal (Medicaid) bao trả không có trong Danh Sách Thuốc. Vui lòng liên hệ Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để tìm hiểu về các thuốc được Medicaid bao trả.

Phần 3.2 Làm thế nào để quý vị biết được một loại thuốc cụ thể có nằm trong “Danh Sách Thuốc” không?

Có bốn cách tìm hiểu:

1. Kiểm tra “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 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 này.
4. Sử dụng “Công Cụ Phúc Lợi Thời Gian Thực” của chương trình (www.wellcare.com/healthnetCA) hoặc bằng cách gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Với công cụ này, quý vị có thể tìm kiếm thuốc trên “Danh Sách Thuốc” để xem ước tính những gì quý vị sẽ phải thanh toán và có các thuốc thay thế trên “Danh Sách Thuốc” có thể điều trị cùng một tình trạng bệnh lý đó không.

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

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 chương trình bao trả và các trường hợp được bao trả một số loại thuốc theo toa. Một nhóm gồm các bác sĩ và dược sĩ đã xây dựng những quy định này để khuyến khích quý vị và nhà cung cấp của quý vị sử dụng thuốc theo cách hiệu quả nhất. Để tìm hiểu xem có bất kỳ giới hạn nào trong số này áp dụng cho loại thuốc mà quý vị dùng hoặc muốn dùng không, hãy kiểm tra “Danh Sách Thuốc”. Nếu một loại thuốc an toàn, có chi phí thấp hơn và có hiệu quả về mặt y tế như thuốc có chi phí cao hơn, các quy tắc của chương trình được thiết kế nhằm khuyến khích quý vị và nhà cung cấp của quý vị sử dụng lựa chọn giá thấp hơn đó.

Vui lòng lưu ý rằng đôi khi một loại thuốc có thể xuất hiện nhiều lần trong “Danh Sách Thuốc” của chúng tôi. Điều này là do cùng một loại thuốc có thể khác nhau về hàm lượng, số lượng hoặc dạng thuốc được kê toa bởi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, và các giới hạn hoặc mức chia sẻ chi phí khác nhau có thể áp dụng cho các phiên bản thuốc khác nhau (ví dụ: 10 mg so với 100 mg; một lần một ngày so với hai lần một ngày; viên nén so với dạng lỏng).

Phần 4.2 Có những giới hạn gì?

Những phần dưới đây cho biết thêm thông tin về các giới hạn được áp dụng cho một số loại thuốc.

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. Hãy liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để tìm hiểu việc quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị sẽ cần làm để được bảo hiểm cho loại thuốc này. Nếu quý vị muốn được miễn giới hạn đó thì cần tuân theo quy trình quyết định bảo hiểm và yêu cầu chúng tôi chấp nhận ngoại lệ. Chúng tôi có thể có hoặc không đồng ý miễn giới hạn cho quý vị. (Xem Chương 9)

Giới hạn thuốc chính hiệu hoặc sản phẩm sinh học gốc khi có sẵn phiên bản thuốc gốc hoặc thuốc sinh học tương tự thay thế được

Nhìn chung, loại thuốc **gốc** hoặc *thuốc sinh học tương tự thay thế được* cũng có tác dụng y như thuốc chính hiệu *hoặc sản phẩm sinh học gốc* và thường có giá rẻ hơn. **Trong hầu hết các trường hợp, khi có sẵn phiên bản thuốc gốc hoặc thuốc sinh học tương tự thay thế được của thuốc chính hiệu hoặc sản phẩm sinh học gốc, các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị phiên bản thuốc gốc hoặc thuốc sinh học tương tự thay thế được thay vì thuốc chính hiệu hoặc sản phẩm sinh học gốc.** Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp của quý vị báo cho chúng tôi biết lý do y tế vì sao thuốc gốc, thuốc sinh học tương tự thay thế được, cũng như các loại thuốc được bao trả khác để trị bệnh đó sẽ không có hiệu quả cho quý vị, thì chúng tôi sẽ bao trả cho thuốc chính hiệu hoặc sản phẩm sinh học gốc. (Phần chia sẻ chi phí quý vị phải trả khi mua thuốc chính hiệu hoặc sản phẩm sinh học gốc có thể nhiều hơn so với thuốc gốc hoặc thuốc sinh học tương tự thay thế được).

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

Xin phê duyệt 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 thuận thì chúng tôi mới đồng ý bao trả thuốc cho quý vị. Điều này được gọi là **sự chấp thuận trước**. Việc này được thực hiện nhằm đảm bảo an toàn thuốc và hướng dẫn sử dụng thích hợp các loại thuốc nhất định. Nếu quý vị không được chấp thuận trước, 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 thường có hiệu quả tương tự trước khi chương trình bao trả cho một loại thuốc khác. Ví dụ, nếu Thuốc A và Thuốc B điều trị cùng một bệnh lý và Thuốc A có giá thấp hơn Thuốc B thì 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 nhận mỗi lần mua thuốc theo toa. 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 cho toa thuốc của quý vị ở mức không quá một viên thuốc một ngày.

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

Có những tình huống trong đó 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 bao trả loại thuốc gốc của thuốc đó nhưng loại thuốc chính hiệu mà quý vị muốn dùng lại không được bao 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 trong Phần 4.
- Có một số điều quý vị có thể làm nếu thuốc của quý vị không được bao trả theo đúng cách mong muốn.
- 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.

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

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:

- Quý vị có thể được cung cấp một lượng thuốc cấp tạm thời.
- 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.

Quý vị có thể được cung cấp một lượng cấp tạm thời

Trong một số trường hợp nhất định, chương trình phải cung cấp một lượng cấp tạm thời cho thuốc mà quý vị đang dùng. Lượng cấp tạm thời này giúp cho quý vị có đủ thời gian trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ y tế về vấn đề bảo hiểm đã thay đổi và tìm cách giải quyết.

Để đủ điều kiện sử dụng lượng cấp tạm thời, thuốc quý vị đang sử dụng **phải không còn nằm trong “Danh Sách Thuốc” của chương trình nữa HOẶC hiện bị một số hạn chế.**

- **Nếu quý vị là thành viên mới**, chúng tôi sẽ bao trả cho lượng thuốc cấp tạm thời của quý vị trong **90 ngày** đầu tiên kể từ khi quý vị trở thành thành viên của chương trình.
- **Nếu quý vị đã tham gia chương trình vào năm ngoái**, chúng tôi sẽ cung cấp lượng thuốc cấp tạm thời cho quý vị trong **90 ngày** đầu tiên của năm dương lịch.
- Lượng cấp 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 tối đa 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 lượng thuốc ít 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 dài hạn mà cần lấy thuốc ngay lập tức:**

Chúng tôi sẽ bao trả một lần lấy thuốc khẩn cấp 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 lượng thuốc cấp tạm thời ở trên.

- **Đối với các thành viên hiện tại của chương trình trở về nhà từ một cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC) hoặc sau khi nằm viện và cần một lượng thuốc cấp 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).

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

- **Đối với các thành viên hiện tại của chương trình muốn chuyển từ nhà hoặc đang nằm viện sang một cơ sở cơ chăm sóc dài hạn (LTC) 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 đủ dùng trong 30 ngày).

Nếu quý vị có câu hỏi về lượng cấp tạm thời, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.

Trong thời gian quý vị dùng lượng thuốc cấp 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 cấp tạm thời đã hết. Quý vị có hai lựa chọn:

1) Quý vị có thể đổi sang loại thuốc khác

Hãy hỏi nhà cung cấp xem có một loại thuốc khác có tác dụng tương tự cho quý vị và được chương trình bao trả không. 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 cung cấp của quý vị tìm một loại thuốc được bao trả có thể hiệu quả với quý vị.

2) Quý vị có thể yêu cầu trường hợp ngoại lệ

Quý vị và nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu chương trình cho phép ngoại lệ và bao trả thuốc theo đúng cách quý vị mong muốn. Nếu nhà cung cấp của quý vị nói rằng quý vị có lý do y tế chính đáng để yêu cầu ngoại lệ thì nhà cung cấp có thể giúp quý vị nộp đơn xin ngoại lệ. Ví dụ: quý vị có thể yêu cầu chương trình bao trả một loại thuốc mặc dù thuốc đó không nằm trong “Danh Sách Thuốc” của chương trình. Hoặc quý vị có thể yêu cầu chương trình đưa ra ngoại lệ và bao trả thuốc mà không bị giới hạn.

Nếu quý vị hiện đang là thành viên và một loại thuốc của quý vị sẽ bị xóa khỏi danh mục thuốc hay bị giới hạn theo cách nào đó vào năm tới, chúng tôi sẽ cho quý vị biết mọi thay đổi trước năm mới. 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 giờ sau khi nhận được yêu cầu (hoặc tuyên bố ủng hộ của người kê toa cho quý vị). 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 7.4 để biết những điều 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.

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

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, trong năm, chương trình có thể thay đổi một số điều mục trong “Danh Sách Thuốc”. Ví dụ, chương trình có thể:

- Thêm hay xóa bỏ thuốc trong “Danh Sách Thuốc”.
- Thêm hoặc xóa bỏ giới hạn về bảo hiểm cho một loại thuốc.
- Thay thế thuốc chính hiệu bằng phiên bản thuốc gốc của loại thuốc đó.
- Thay thế sản phẩm sinh học gốc bằng phiên bản thuốc sinh học tương tự thay thế được của sản phẩm sinh học đó.

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 có thay đổi “Danh Sách Thuốc”, chúng tôi sẽ đăng thông tin trên trang web của mình về những thay đổi đó. Chúng tôi cũng cập nhật “Danh Sách Thuốc” trực tuyến thường xuyên theo lịch trình. 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.

Những thay đổi đối với bảo hiểm thuốc ảnh hưởng đến quý vị trong năm hiện tại của chương trình

- 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 loại bỏ ngay lập tức thuốc chính hiệu trong “Danh Sách Thuốc” nếu thay bằng thuốc gốc mới được phê duyệt của cùng loại thuốc đó. Thuốc gốc sẽ xuất hiện trên cùng bậc chia sẻ chi phí hoặc thấp hơn và với các hạn chế như cũ hoặc ít hơn. 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 khi bổ sung thuốc gốc mới.

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

- 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. 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 đó. 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.
- 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 trường hợp ngoại lệ, hãy xem Chương 9.
- **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 coi là không an toàn hoặc bị rút khỏi thị trường vì một lý do khác. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi có thể loại bỏ thuốc đó ngay lập tức khỏi “Danh Sách Thuốc”. Nếu quý vị dùng thuốc đó, chúng tôi sẽ cho quý vị biết ngay.
 - 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 đã bắt đầu và có 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 thuốc chính hiệu trong “Danh Sách Thuốc” 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.
 - Đối với những thay đổi này, chúng tôi phải thông báo trước cho quý vị ít nhất 30 ngày về thay đổi hoặc thông báo cho quý vị về sự thay đổi và cung cấp đủ lượng thuốc mà quý vị đang dùng trong 30 ngày tại một nhà thuốc bán lẻ, hoặc nguồn cung cấp tại một nhà thuốc chăm sóc dài hạn để sử dụng trong 31 ngày tại một hiệu thuốc mạng lưới.
 - Sau khi quý vị nhận được thông báo về sự thay đổi, quý vị nên thảo luận với người kê toa của mình để chuyển sang loại thuốc khác mà chúng tôi bao trả hoặc để đáp ứng bất kỳ hạn chế mới nào về loại thuốc mà quý vị đang dùng.
 - 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 trường hợp ngoại lệ, hãy xem Chương 9.

Thay đổi đối với “Danh Sách Thuốc” không ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình này

Chúng tôi có thể thực hiện một số thay đổi đối với “Danh Sách Thuốc” không được mô tả ở trên. Trong những trường hợp này, thay đổi sẽ không áp dụng cho quý vị nếu quý vị đang dùng thuốc

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

khi thực hiện thay đổi; tuy nhiên, những thay đổi này có thể sẽ ảnh hưởng đến quý vị bắt đầu từ ngày 1 tháng 1 của năm chương trình tiếp theo nếu quý vị vẫn tiếp tục tham gia chương trình này.

Nhìn chung, những thay đổi sẽ không ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình hiện tại bao gồm:

- Chúng tôi đưa ra giới hạn mới đối với cách sử dụng thuốc của quý vị.
- Chúng tôi xóa bỏ thuốc quý vị ra khỏi “Danh Sách Thuốc”.

Nếu bất cứ thay đổi nào trong số nêu trên xảy ra đối với loại thuốc quý vị đang dùng (ngoại trừ trường hợp thu hồi trên thị trường, 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, quý vị có thể sẽ không bị tăng chi phí phải trả hoặc bị giới hạn thêm về cách sử dụng thuốc.

Chúng tôi sẽ không báo cho quý vị biết về những loại thay đổi này trực tiếp trong năm chương trình hiện tại. Quý vị sẽ cần kiểm tra “Danh Sách Thuốc” cho năm chương trình tiếp theo (khi danh sách có sẵn trong giai đoạn ghi danh mở) để xem có bất kỳ thay đổi nào đối với thuốc mà quý vị đang dùng sẽ ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình tiếp theo hay không.

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 biết về các loại thuốc theo toa **bị loại trừ**. Điều này có nghĩa là Medicare không chi trả cho các loại thuốc đó.

Nếu quý vị kháng cáo và thuốc của quý vị được kết luận là không bị loại trừ theo Part D, chúng tôi sẽ thanh toán hoặc bao trả thuốc đó. (Để biết thêm thông tin về việc kháng cáo một quyết định, vui lòng xem Chương 9). Nếu thuốc bị chương trình của chúng tôi cũng như California Medi-Cal (Medicaid) loại trừ thì quý vị phải tự thanh toán cho thuốc đó.

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

- 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 thuận.

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

- Bảo hiểm đối với thuốc sử dụng ngoài chỉ định 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.

Ngoài ra, luật pháp quy định rằng Medicare không được phép bao trả cho những nhóm thuốc dưới đây. Tuy nhiên, một số loại thuốc này có thể được bao trả cho quý vị theo bảo hiểm thuốc Medicaid của quý vị. Vui lòng liên hệ Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để tìm hiểu về các thuốc được Medicaid bao trả.

- Thuốc không cần toa (còn được gọi là thuốc không kê toa)
- Thuốc được sử dụng nhằm tăng khả năng sinh sản
- Thuốc dùng để giảm ho hay triệu chứng cảm lạnh
- Thuốc được sử dụng cho các mục đích thẩm mỹ hoặc kích thích mọc tóc
- Thuốc bổ vitamin và sản phẩm khoáng chất theo toa, chỉ trừ vitamin dưỡng thai và chế phẩm chứa fluor
- Thuốc 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

Nếu quý vị đang nhận được “Extra Help” để trả chi phí cho thuốc theo toa, chương trình “Extra Help” sẽ không trả cho các loại thuốc thường không được bao trả. 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 loại thuốc theo toa mà bình thường không được chương trình thuốc Medicare bao trả. Vui lòng liên hệ 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 hệ của Medicaid ở Chương 2, Phần 6).

PHẦN 8 Lấy thuốc theo toa

Phần 8.1 Cung cấp thông tin thành viên của quý vị

Để lấy thuốc theo toa, hãy cung cấp thông tin thành viên chương trình của quý vị, có thể tìm thấy trên thẻ thành viên của quý vị, tại nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị chọn. Nhà thuốc trong mạng lưới sẽ tự động gửi hóa đơn thuốc của quý vị cho chương trình.

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

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

Nếu quý vị không mang theo thông tin thành viên chương trình khi mua thuốc theo toa, quý vị hoặc nhà thuốc có thể gọi cho chương trình để lấy thông tin cần thiết hoặc có thể yêu cầu nhà thuốc tra cứu thông tin đăng ký chương trình thuốc của quý vị.

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 cho quý vị. Xem Chương 7, Phần 2 để biết thông tin về cách yêu cầu chương trình bồi hoàn).

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 chuyên môn và chương trình bao trả cho lần nhập viện đó, thường thì chúng tôi cũng sẽ bao trả chi phí thuốc theo toa trong khi nằm viện. Sau khi quý vị được xuất viện hoặc ra khỏi cơ sở điều dưỡng chuyên môn đó, chương trình sẽ bao trả cho thuốc theo toa của quý vị miễn là những loại thuốc đó đáp ứng tất cả các quy định bảo hiểm được mô tả trong Chương này.

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

Các cơ sở chăm sóc dài hạn (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 LTC thì quý vị có thể lấy thuốc theo toa từ nhà thuốc của cơ sở hoặc nhà thuốc mà cơ sở đó sử dụng, miễn là nhà thuốc đó nằm trong mạng lưới chúng tôi.

Kiểm tra *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* của quý vị để tìm hiểu xem nhà thuốc trực thuộc cơ sở LTC của quý vị hay nhà thuốc mà cơ sở sử dụng có nằm trong mạng lưới của chúng tôi không. Nếu không, hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin hoặc sự hỗ trợ, vui lòng liên lạc với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Nếu quý vị đang ở trong một cơ sở LTC, chúng tôi phải bảo đảm quý vị thường xuyên nhận được những phúc lợi Part D của quý vị qua mạng lưới của các nhà thuốc LTC của chúng tôi.

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

Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị là sống tại cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC) và cần một loại thuốc không có trong “Danh Sách Thuốc” của chúng tôi hoặc bị một số giới hạn?

Vui lòng tham khảo Phần 5.2 để biết thông tin về lượng cấp tạm thời hoặc khẩn cấp.

Phần 9.3 Nếu quý vị cũng nhận bảo hiểm thuốc từ chủ lao động hay chương trình nhóm hưu trí thì sao?

Nếu quý vị hiện có bảo hiểm thuốc theo toa khác qua chủ lao động hoặc nhóm hưu trí của quý vị (hoặc của vợ/chồng hay bạn đời của quý vị) vui lòng liên hệ với **nhân viên quản trị phúc lợi của nhóm đó**. Họ 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.

Nói chung, nếu quý vị có bảo hiểm của lao động hoặc nhóm hưu trí, bảo hiểm thuốc mà quý vị nhận được từ chúng tôi sẽ là *bảo hiểm phụ* so với bảo hiểm nhóm của quý vị. Điều này có nghĩa là bảo hiểm nhóm của quý vị sẽ 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.

Nếu bảo hiểm của nhóm hưu trí 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 giữ thông báo về bảo hiểm có uy tín, 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 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, hãy yêu cầu một bản sao từ quản trị viên phúc lợi của chủ lao động hoặc chương trình hưu trí hoặc chủ lao động hoặc công đoàn của quý vị.

Phần 9.4 Nếu quý vị đang tham gia chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận thì sao?

Chương trình chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi không bao trả đồng thời cùng một loại thuốc. Nếu quý vị đang tham gia vào chương trình chăm sóc cuối đời của Medicare và cần một loại thuốc nhất định (ví dụ như thuốc chống buồn nôn, thuốc nhuận trường, thuốc giảm đau hay thuốc an thần) mà không được chương trình chăm sóc cuối đời bao trả vì thuốc đó không liên quan đến bệnh giai đoạn cuối của quý vị và các bệnh lý 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 của chúng tôi có thể bao trả cho thuốc đó. Để tránh bị trì hoãn trong việc nhận những loại thuốc này khi chương trình của chúng

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

tôi bao trả, hãy yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc người kê toa cung cấp thông báo trước khi quý vị lấy thuốc theo toa.

Trong trường hợp quý vị tự rút ra hoặc được đưa ra khỏi chương trình chăm sóc cuối đời, chương trình của chúng tôi cần bao trả cho các thuốc của quý vị như đã giải thích trong tài liệu này. Để tránh phải chờ lâu tại nhà thuốc khi phúc lợi chăm sóc cuối đời của Medicare của quý vị đã kết thúc, hãy mang đến nhà thuốc các giấy tờ xác nhận việc quý vị đã tự rút hay được đưa ra khỏi phúc lợi này.

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.

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 sót 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 tác hay giới tính của quý vị
- Một số kiểu kết hợp thuốc có thể gây hại cho quý vị nếu được dùng cùng lúc
- Các toa thuốc chứa thành phần gây dị ứng cho quý vị
- Các sai sót 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 giúp đảm bảo các thành viên sử dụng các thuốc opioid theo toa và các thuốc thường bị lạm dụng khác một cách an toàn. 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 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

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

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. Nếu chúng tôi đưa quý vị vào DMP của chúng tôi, các giới hạn có thể bao gồm:

- 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 dự định giới hạn cách quý vị có thể nhận được các loại thuốc này hoặc lượng thuốc mà quý vị có thể nhận được, chúng tôi sẽ gửi thư thông báo trước cho quý vị. Thư này sẽ cho quý vị biết liệu chúng tôi sẽ giới hạn bảo hiểm của những thuốc này hay liệu quý vị sẽ phải lấy toa thuốc cho những thuốc này từ một bác sĩ hoặc nhà thuốc cụ thể. Quý vị sẽ có cơ hội cho chúng tôi biết bác sĩ hoặc nhà thuốc nào quý vị muốn 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 rằng chúng tôi có sai sót hoặc quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi hoặc với giới hạn đó, quý vị và người kê toa của quý vị có quyền kháng cáo. Nếu quý vị kháng cáo, chúng tôi sẽ xét duyệt trường hợp của quý vị và đưa ra quyết định mới cho quý vị. Nếu chúng tôi tiếp tục từ chối bất kỳ nội dung nào trong yêu cầu 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 cơ quan đánh giá độc lập bên ngoài chương trình của chúng tôi. Xem Chương 9 để biết chi tiết về cách yêu cầu kháng cáo.

Quý vị sẽ không được đưa vào DMP nếu quý vị có một số bệnh lý nhất định, chẳng hạn như đau liên quan đến ung thư hoạt động 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. Chương trình này được gọi là Chương trình Quản Lý Trị Liệu Bằng thuốc (MTM). Đây là chương trình tự nguyện được cung cấp miễn phí. Một nhóm dược sĩ và bác sĩ đã phát triển chương trình cho chúng tôi để giúp đảm bảo rằng các thành viên của chúng tôi có được lợi ích nhiều nhất từ thuốc họ dùng.

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 MTM. Nếu quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình này, dược sĩ hay chuyên gia y tế khác sẽ gặp quý vị để đánh giá kỹ lưỡng tất cả các loại thuốc của quý vị. Trong buổi đánh giá, quý vị có thể thảo luận về thuốc của quý vị, chi phí về thuốc và bất cứ vấn đề hoặc thắc mắc nào quý vị có về thuốc theo toa hoặc thuốc không

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

kê toa. Quý vị sẽ nhận được một bản tóm tắt cùng với đề xuất danh sách việc cần làm bao gồm các bước cần thực hiện để có được hiệu quả tốt nhất từ thuốc của quý vị. Quý vị cũng sẽ nhận được một danh sách thuốc liệt kê tất cả các loại thuốc quý vị đang dùng, lượng dùng, thời điểm và lý do quý vị dùng các thuốc đó. 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 có kiểm soát.

Quý vị nên trao đổi với bác sĩ về danh sách những việc cần làm được đề xuất và danh sách các loại thuốc của quý vị. Mang theo bản tóm tắt khi quý vị đến khám 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 cập nhật và mang theo danh sách thuốc này (ví dụ, mang kèm theo thẻ ID của quý vị) trong trường hợp phải vào bệnh viện hoặc đến phòng cấp cứu.

Nếu 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 hủy ghi danh quý vị. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về chương trình này, vui lòng liên lạc với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.

PHẦN 11 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 11.1 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 hoặc lấy thêm thuốc theo toa 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 chi trả thuốc tiếp theo. Đặc biệt là chúng tôi sẽ theo dõi hai loại chi phí 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.

Nếu quý vị đã lấy một hoặc nhiều toa thuốc thông qua chương trình trong tháng trước, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản *Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm Part D (EOB Part D)*. 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.

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

- **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 thông tin về tăng giá thuốc kể từ lần mua thuốc đầu tiên cho mỗi yêu cầu bảo hiểm thuốc theo toa với cùng số lượng.
- **Thuốc theo toa thay thế có giá thấp hơn hiện có.** Điều này sẽ bao gồm thông tin về các loại thuốc khác hiện có với mức chia sẻ chi phí thấp hơn cho mỗi yêu cầu bồi thường thuốc theo toa.

Phần 11.2 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 cần dựa 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 thể thành viên của quý vị mỗi khi quý vị mua thuốc theo toa.** Điều này giúp chúng tôi đảm bảo rằng chúng tôi biết về các toa thuốc mà quý vị mua và quý vị thanh toán bao nhiêu.
- **Hãy đảm bảo chúng tôi có đầy đủ thông tin cần thiết.** Có những lúc quý vị có thể thanh toán toàn bộ chi phí của thuốc theo toa. Trong những trường hợp này, chúng tôi sẽ không tự động nhận được thông tin chúng tôi cần để theo dõi chi phí tự trả của quý vị. Để giúp chúng tôi theo dõi các chi phí tự trả của quý vị, hãy cung cấp cho chúng tôi các bản sao biên lai của quý vị. Dưới đây là một số ví dụ về thời điểm mà quý vị cần cung cấp cho chúng tôi bản sao các biên lai thuốc của quý vị:
 - 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 phúc 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 khác mà quý vị thanh toán nguyên giá cho một loại thuốc được bao trả trong một số trường hợp đặc biệt
 - 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 chia sẻ chi phí của chúng tôi. Để biết cách yêu cầu điều này, hãy xem Chương 7, Phần 2.
- **Cho chúng tôi biết thông tin về các khoản thanh toán mà người khác thanh toán hộ quý vị.** Các khoản thanh toán được thực hiện bởi một số cá nhân và tổ chức khác cũng được tính vào chi phí tự trả của quý vị. Ví dụ, các khoản thanh toán từ Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Tiểu Bang, chương trình trợ giúp thuốc AIDS (ADAP), Dịch Vụ Chăm

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

Sóc Sức Khỏe Người Mỹ Bản Xứ và hầu hết các tổ chức từ thiện đều được tính vào chi phí tự trả của quý vị. Hãy 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 EOB Part D, hãy đọc kỹ để chắc chắn rằng thông tin trong đó là đầy đủ và chính xác. Nếu quý vị cho rằng có điều gì đó thiếu sót hoặc nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. 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 <https://www.express-scripts.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. Hãy đảm bảo lưu giữ các bản báo cáo này.

CHƯƠNG 6:

*Số tiền quý vị phải trả cho thuốc
theo toa Part D*

 Quý vị nhận thông tin về chi phí thuốc của mình bằng cách nào?

Vì quý vị đủ điều kiện tham gia Medicaid, quý vị đủ điều kiện và đang nhận “Extra Help” từ Medicare để thanh toán cho các chi phí thuốc chương trình thuốc theo toa của quý vị. Vì quý vị đang tham gia chương trình “Extra Help” **một số thông tin trong *Chứng Thực Bảo Hiểm* này về chi phí cho thuốc theo toa Part D có thể không áp dụng với quý vị.** Chúng tôi đã gửi cho quý vị một bản thông tin riêng gọi là *Phụ Lục Chứng Thực Bảo Hiểm cho Những Người Nhận Extra Help cho Thuốc Theo 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 bản thông tin này, hãy gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên và hỏi xin một bản Phụ Lục LIS.

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 thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc được bao trả của quý vị

Các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi lập hóa đơn trực tiếp cho chương trình cho các thuốc và dịch vụ được bao trả – quý vị sẽ không nhận được hóa đơn cho các thuốc hoặc dịch vụ được bao trả. Nếu quý vị nhận hóa đơn cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc mà quý vị đã nhận, quý vị nên gửi hóa đơn này cho chúng tôi để chúng tôi có thể thanh toán. Khi quý vị gửi hóa đơn cho chúng tôi, chúng tôi sẽ xem xét hóa đơn và quyết định xem các dịch vụ này có được bao trả hay không. Nếu chúng tôi quyết định là sẽ bao trả cho hóa đơn này, chúng tôi sẽ trực tiếp trả tiền nhà cung cấp dịch vụ này.

Nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ hoặc vật phẩm Medicaid được chương trình bao trả, quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn trả cho quý vị (hoàn trả cho quý vị thường được gọi là **bồi hoàn** cho quý vị). Quý vị có quyền được chương trình của chúng tôi hoàn trả bất cứ khi nào quý vị thanh toán cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả bởi chương trình của chúng tôi. Khi quý vị gửi cho chúng tôi hóa đơn quý vị đã thanh toán, chúng tôi sẽ xem xét hóa đơn và quyết định xem các dịch vụ hoặc thuốc đó có được bao trả hay không. Nếu quyết định nên bao trả, chúng tôi sẽ hoàn trả cho quý vị chi phí cho dịch vụ hoặc thuốc đó.

Nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ hoặc vật phẩm Medicare được chương trình bao trả, quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn trả cho quý vị (hoàn trả cho quý vị thường được gọi là **bồi hoàn** cho quý vị). Quý vị có quyền được chương trình của chúng tôi hoàn trả bất cứ khi nào quý vị thanh toán cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả bởi chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể phải đáp ứng thời hạn nhất định để được hoàn trả lại. Vui lòng xem Phần 2 trong chương này. Khi quý vị gửi cho chúng tôi hóa đơn quý vị đã thanh toán, chúng tôi sẽ xem xét hóa đơn và quyết định xem các dịch vụ hoặc thuốc đó có được bao trả hay không. Nếu quyết định nên bao trả, chúng tôi sẽ hoàn trả cho quý vị chi phí cho dịch vụ hoặc thuốc đó.

Cũng có thể có những lúc quý vị nhận hóa đơn từ một nhà cung cấp cho chi phí đầy đủ của dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị đã nhận được hoặc hóa đơn có thể tính nhiều hơn mức chia sẻ chi phí của quý vị như đã thảo luận trong tài liệu. Trước tiên, hãy thử giải quyết thắc mắc về hóa đơn với nhà cung cấp. Nếu không được, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi thay vì thanh toán hóa đơn. Chúng tôi sẽ xét hóa đơn này và quyết định là các dịch vụ này có được bao trả hay không. Nếu chúng tôi quyết định là sẽ bao trả cho hóa đơn này, chúng tôi sẽ trực tiếp trả tiền nhà cung cấp dịch vụ này. Nếu chúng tôi quyết định không thanh toán, chúng tôi sẽ thông báo cho nhà cung cấp. Quý vị không nên trả nhiều hơn mức chia sẻ chi phí được phép theo chương trình. Nếu nhà cung cấp này đã ký hợp đồng, quý vị vẫn có quyền được điều trị.

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.

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

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 hoặc dịch vụ cần thiết khẩn cấp từ bất kỳ nhà cung cấp nào, cho dù nhà cung cấp này có thuộc mạng lưới của chúng tôi hay không. Trong những trường hợp này, yêu cầu nhà cung cấp gửi hóa đơn cho chương trình.

- Nếu quý vị tự thanh toán toàn bộ số tiền khi nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hãy đề nghị chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị. Gửi cho chúng tôi hóa đơn cùng chứng từ của mọi khoản thanh toán quý vị đã thực hiện.
- Quý vị có thể nhận được hóa đơn yêu cầu thanh toán từ nhà cung cấp mà quý vị cho rằng mình 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 nhà cung cấp còn bất kỳ khoản nào chưa được thanh toán, chúng tôi sẽ chi trả trực tiếp cho nhà cung cấp.
 - Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ, chúng tôi sẽ hoàn lại tiền cho quý vị.

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

Các nhà cung cấp trong mạng lưới luôn gửi hóa đơn trực tiếp cho chương trình. Nhưng đôi khi họ nhầm lẫn và yêu cầu quý vị thanh toán cho các dịch vụ của quý vị.

- Bất cứ khi nào quý vị nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp trong mạng lưới, hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn đó. Chúng tôi sẽ liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ này trực tiếp và giải quyết vấn đề hóa đơn này.
- Nếu quý vị đã thanh toán hóa đơn cho nhà cung cấp trong mạng lưới, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi và chứng từ của bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã trả. Quý vị nên yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị đối với các dịch vụ được bao trả của quý vị.

3. Nếu quý vị đã được ghi danh hồi tố vào chương trình của chúng tôi

Đôi khi việc ghi danh của một người trong chương trình có hiệu lực từ một thời điểm trong quá khứ. (Điều này có nghĩa là ngày đầu tiên 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 tự trả 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. Quý vị sẽ cần phải nộp chứng từ như biên lai và hóa đơn cho chúng tôi để xử lý việc bồi hoàn.

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

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, 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.

Cất giữ các biên lai của quý vị và gửi bản sao cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu chúng tôi trả tiền lại cho quý vị. Hãy nhớ rằng chúng tôi chỉ bao trả các nhà thuốc ngoài mạng lưới trong một số trường hợp hạn chế. Xem Chương 5, Phần 2.5 để biết thông tin về các tình huống này.

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 tra thông tin ghi danh trong chương trình của quý vị. Tuy nhiên, nếu nhà thuốc này không lấy được thông tin ghi danh mà họ cần ngay lập tức, quý vị có thể phải tự 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 tiền lại cho quý vị.

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 toa thuốc bởi vì quý vị thấy rằng loại thuốc này không được bao trả vì một lý do nào đó.

- Ví dụ: loại thuốc này có thể không nằm trong “Danh Sách 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 lấy thuốc ngay lập tức, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí thuốc.
- Cất giữ các biên lai 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 lấy thêm thông tin từ bác sĩ của quý vị để trả lại cho quý vị tiền thuốc.

7. Nếu quý vị đã được ghi danh hồi tố trong chương trình của chúng tôi bởi vì quý vị đủ điều kiện hưởng Medicaid.

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 có thu nhập và nguồn lực hạn chế. Một số người có Medicaid được tự động ghi danh vào chương trình của chúng tôi để được nhận bảo hiểm thuốc theo toa của họ. Đôi khi việc ghi danh của một người trong chương trình có hiệu lực từ một thời điểm trong quá khứ. (Hồi tố có nghĩa là ngày đầu tiên ghi danh của họ đã qua rồi. Ngày ghi danh thậm chí có thể xảy ra năm ngoái).

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

Nếu quý vị đã được ghi danh hồi tố trong chương trình của chúng tôi và quý vị đã tự trả tiền cho bất kỳ loại thuốc nào của quý vị sau ngày ghi danh, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả chi phí cho quý vị. Quý vị sẽ cần phải nộp chứng từ như biên lai và hóa đơn cho chúng tôi để xử lý việc bồi hoàn.

- Hãy gửi cho chúng tôi bản sao biên lai khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn tiền.
- Quý vị phải yêu cầu thanh toán cho chi phí tự trả của quý vị (không phải khoản chi phí đã được một bảo hiểm khác thanh toán).
 - Chương trình có thể không thanh toán cho các thuốc không nằm trong danh sách thuốc của chúng tôi. Tất cả các ví dụ trên là các loại quyết định bảo hiểm. Điều này có nghĩa là 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 tài liệu này (Việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)) có thông tin về cách kháng cáo.

Khi quý vị gửi yêu cầu thanh toán cho chúng tôi, chúng tôi sẽ xét duyệt yêu cầu của quý vị và quyết định dịch vụ hoặc thuốc có được bao trả hay không. Đây được gọi là đưa ra **quyết định bảo hiểm**. Nếu quyết định nên bao trả, chúng tôi sẽ trả tiền cho dịch vụ hoặc thuốc đó. 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 tài liệu này bao gồm thông tin về cách nộp đơn 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

Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi trả tiền lại cho quý vị bằng cách gửi cho chúng tôi một yêu cầu bằng văn bản. Nếu quý vị gửi yêu cầu bằng văn bản, hãy gửi hóa đơn của quý vị và chứng từ về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã trả. Quý vị nên sao chép hóa đơn và biên lai cho hồ sơ của quý vị. **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.**

Để chắc chắn rằng quý vị đã cho chúng tôi tất cả các thông tin chúng tôi cần có để đưa ra quyết định, quý vị có thể điền vào mẫu đơn yêu cầu của chúng tôi để thực hiện yêu cầu thanh toán của quý vị.

- Quý vị không buộc phải sử dụng mẫu đơn, nhưng điền mẫu đơn sẽ giúp chúng tôi xử lý thông tin nhanh hơn. Để Bồi Hoàn Cho Thành Viên, chúng tôi có các mẫu đơn yêu cầu có sẵn trên cổng thông tin web. Quý vị không cần phải dùng mẫu đơn này, nhưng 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

khuyến các thành viên nên sử dụng mẫu đơn này để đảm bảo tất cả các chứng từ được gửi đi đầy đủ. Quý vị có thể gửi bản sao hóa đơn mà không cần mẫu đơn này. Dù là theo cách nào thì quý vị cũng cần gửi thông tin về nhà cung cấp, ngày cung cấp dịch vụ, mã Thuật Ngữ Thủ Thuật Hiện Hành (CPT) khi thích hợp, mã chẩn đoán hoặc mô tả chẩn đoán và số tiền được tính hóa đơn cùng với bất kỳ hồ sơ y tế quý vị có và nếu cần, mô tả ngắn gọn tại sao quý vị cần phải được chăm sóc y tế. Thành viên cũng nên gửi chứng từ thanh toán cùng lúc họ gửi yêu cầu. Chứng từ thanh toán hợp lệ là sao kê ngân hàng hoặc thẻ tín dụng hoặc bản sao séc bị hủy.

- Tải về một bản sao của mẫu đơn từ trang web của chúng tôi www.wellcare.com/healthnetCA hoặc gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên và hỏi xin mẫu đơn.

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 đã thanh toán 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:

Địa Chỉ Yêu Cầu Thanh Toán Part D
Member Reimbursement Dept
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

PHẦN 3 Chúng tôi sẽ cân nhắc yêu cầu thanh toán của quý vị và tuyên bố đồng ý hoặc từ chối

Phần 3.1 Chúng tôi kiểm tra xem chúng tôi có phải bao trả cho dịch vụ hoặc thuốc đó không

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 thông tin bổ sung nào từ quý vị. Nếu không, chúng tôi sẽ cân nhắc yêu cầu của quý vị và đưa ra quyết định bảo hiểm.

- 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, chúng tôi sẽ chi trả cho dịch vụ đó. Nếu quý vị đã trả tiền cho dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ gửi bồi hoàn cho quý vị. 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 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

- 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 cho dịch vụ chăm sóc hoặc thuốc đó. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải thích lý do tại sao chúng tôi không gửi thanh toán 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 cho 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 số tiền chúng tôi trả không hợp lý, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo. Nếu quý vị nộp đơn 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. Quy trình kháng cáo là một quy trình chính thức với các thủ tục chi tiết và thời hạn quan trọng. Để biết thông tin chi tiết về cách nộp đơn kháng cáo này, hãy xem Chương 9 của tài liệu này.

CHƯƠNG 8:

Quyền và trách nhiệm của quý vị

PHẦN 1	Chương trình của chúng tôi phải tôn trọng các quyền và sự khác biệt về văn hóa 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 và phù hợp với những khác biệt về văn hóa của quý vị (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, v.v.)
-----------------	--

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from 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.

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain this service at in-network cost sharing.

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. 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 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Su plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera competente desde el punto de vista cultural y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos los que tienen un nivel de inglés o una capacidad de lectura limitados, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad son, entre otros, proporcionar servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo)..

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder a las preguntas de los afiliados que no hablan inglés. Aparte del inglés, también disponemos de contenido para usted en otros idiomas comúnmente hablados en el área de servicio del plan. De ser necesario, también podemos brindarle información en audio, braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno. Estamos obligados a ofrecerle información acerca de los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de parte de nosotros en un formato que le sea conveniente, llame a Servicios para los miembros.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres afiliadas la opción de tener acceso directamente a un especialista en salud femenina dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventiva para mujeres.

Si no hay proveedores disponibles en la red del plan para una especialidad, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención médica necesaria. En este caso, solo pagará los gastos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para que le informen dónde acudir para obtener ese servicio con los costos de gastos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja ante Servicios para los miembros. También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

您的計劃必須確保所有臨床和非臨床服務均以文化適合的方式提供，並且所有投保人皆能取得，包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力不全，或具有不同文化和種族背景的人士。計劃符合這些協助工具要求的範例包括但不限於：提供翻譯服務、口譯服務、電傳打字機或 TTY（文字電話或電傳打字機電話）連線。

本項計劃有免費口譯員服務，可回答不會講英文的會員提出的問題。我們還為計劃服務區域內英語不是母語者提供英語以外的其他語言的資料。]如果需要，我們也可以免費為您提供點字版、大字體印刷或替代格式的資訊。我們需要以可得取性和適合您的格式向您提供有關計劃給付的資訊。若要向我們取得適合您使用的資訊，請致電會員服務部。

我們的計劃均需讓女性投保人可以選擇直接與網絡內的女性專科醫師聯絡，以取得女性例行性和預防性健康照護服務。

如果計劃網絡內的專科醫師無法提供服務，計劃有責任在網絡外尋找能提供您必要照護的專科醫師。在這種情況下，您只需支付網絡內分攤費用。如果您發現計劃的網絡中沒有您所需承保服務的專科醫師，請致電本計劃，瞭解如何透過網絡內分攤費用獲得此服務。

如果您無法從我們的計劃獲取適合您便於使用的格式之資訊，請致電會員服務部提出申訴。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投訴，或直接致電民權辦公室，電話是 1-800-368-1019，或 TTY 1-800-537-7697。

Chương 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

Chương trình của quý vị được yêu cầu đảm bảo tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp một cách có hiểu biết về văn hóa và dễ tiếp cận đối với tất cả những người đăng ký, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có nguồn gốc văn hóa và dân tộc đa dạng. Ví dụ về cách một chương trình có thể đáp ứng yêu cầu về khả năng việc dễ tiếp cận này bao gồm, nhưng không giới hạn ở việc cung cấp dịch vụ biên dịch, dịch vụ phiên dịch, máy đánh chữ hoặc kết nối TTY (điện thoại văn bản).

Chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp thắc mắc của các thành viên không sử dụng tiếng Anh. Chúng tôi cũng có sẵn tài liệu 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 âm thanh, chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn hoặc các định dạng khác thay thế miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về các phúc lợi của chương trình theo định dạng dễ truy cập và thích hợp cho quý vị. Để lấy thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, vui lòng gọi Dịch Vụ Thành Viên.

Chương trình của chúng tôi phải cung cấp cho người ghi danh là phụ nữ tùy chọn tiếp cận trực tiếp chuyên gia sức khỏe phụ nữ trong mạng lưới đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe phòng ngừa và định kỳ của phụ nữ.

Nếu không có bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới của chương trình, chương trình phải có trách nhiệm tìm bác sĩ chuyên khoa ngoài mạng lưới để cung cấp dịch vụ chăm sóc cần thiết cho quý vị. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chỉ thanh toán phần chia sẻ chi phí dịch vụ trong mạng lưới. Nếu quý vị cho rằng mình đang trong tình huống là không có bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới của chương trình bao trả cho dịch vụ mà quý vị cần, hãy gọi chương trình đó để biết thông tin về nơi nhận dịch vụ này mà quý vị chỉ thanh toán phần chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

Nếu quý vị gặp rắc rối trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi theo định dạng dễ truy cập và thích hợp cho quý vị, vui lòng gọi để gửi đơn khiếu nại tới Dịch Vụ Thành Viên. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại với Medicare bằng cách gọi theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc gọi trực tiếp với Phòng Dân Quyền theo số 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

귀하의 플랜은 모든 임상 및 비임상적 서비스가 문화적으로 적절한 방식을 통해 제공되고, 제한된 영어 구사 능력 및 독해 능력, 청각 장애 또는 다양한 문화적 및 민족적 배경을 가진 가입자를 포함하여 모든 가입자의 이용을 보장하기 위해 필요합니다. 하나의 플랜이 이러한 접근성 요구 사항을 충족할 수 있는 방법의 예로는 번역 및 통역 서비스 제공 전신타자기 또는 TTY(문자 전화 또는 전신타자기 전화) 연결을 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

당사 플랜은 비 영어권 가입자들의 질문에 답변하기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다. 또한 플랜 서비스 지역에서 통용되는 영어 이외의 언어로 작성된 자료도 제공합니다. 그리고 필요시 오디오, 점자, 큰 활자 인쇄 또는 기타 대체 형식으로 된 정보를 무료로 제공할 수도 있습니다. 저희는 귀하가 이용할 수 있는 적절한 형식으로 플랜 혜택에 관한 정보를 제공해야 합니다. 귀하에게 맞는 방법으로 정보를 얻으시려면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

Chương 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

여성의 정기적 예방 의료 서비스를 위해 네트워크 소속 여성 의료 전문의에게 직접 접근할 수 있는 옵션을 여성 등록자에게 제공해야 합니다.

전문 분야에 대한 제공자를 플랜의 네트워크에서 찾을 수 없을 경우 필요한 관리를 제공할 네트워크 외부의 전문 제공업체를 찾는 것은 플랜의 책임입니다. 이 경우 네트워크 내 비용 부담만 납부하게 됩니다. 플랜 네트워크에 귀하가 필요로 하는 서비스를 제공하는 전문가가 없는 경우 당사 플랜에 이 서비스를 받을 수 있는 위치에 대한 정보를 문의하십시오.

접근이 가능하고 적절한 형식으로 당사 플랜에서 정보를 얻는 데 문제가 있는 경우 가입자 서비스부에 전화하여 고충을 접수해 주십시오. Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 연락하거나 민권 담당국 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697번으로 직접 연락하여 불만사항을 제기할 수도 있습니다.

Kailangang tiyakin ng inyong plano na ang lahat ng serbisyo, klinikal man o hindi klinikal, ay maibibigay sa isang paraang may kultural na pag-iingat at accessible sa lahat ng enrollee, kabilang na ang mga may limitadong kaalaman sa Ingles, limitadong kaalaman sa pagbabasa, problema sa pandinig, o mga taong may iba't ibang kultural at etnikong pinagmulan. Kabilang sa mga halimbawa kung paano puwedeng tugunan ng plano ang mga kinakailangang ito sa accessibility ang, pero hindi limitado sa, pagbibigay ng mga serbisyo ng tagasalin, mga serbisyo ng interpreter, mga teletypewriter, o koneksyon sa TTY (text telephone o teletypewriter phone).

Ang aming plano ay may libreng serbisyo sa interpretasyon na handang sumagot sa mga tanong ng mga miyembrong hindi nagsasalita ng Ingles. Mayroon din kaming mga materyal na magagamit sa mga wika bukod sa Ingles na sinasalita sa sineserbisyuhang lugar ng plano. Makakapagbigay rin kami sa inyo ng impormasyon sa audio, sa pamamagitan ng braille, sa malaking print, o sa iba pang alternatibong format na libre kung kailangan ninyo. Hinihingi sa amin na bigyan ka ng impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng plano sa isang format na madaling gamitin at naaangkop para sa iyo. Para humingi ng impormasyon mula sa amin sa paraang epektibo para sa inyo, pakitawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro.

Kailangan ng aming plano na bigyan ang mga babaeng enrollee ng opsyon para direktang mag-access ng espesyalista sa kalusugan ng kababaihan na nasa network para sa mga regular at pang-agap na serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan ng kababaihan.

Kung walang available na provider sa network ng plano para sa isang specialty, responsibilidad ng plano na maghanap ng mga specialty provider sa labas ng network na magbibigay sa inyo ng kinakailangang pangangalaga. Sa ganitong sitwasyon, ang bahaginan sa gastos na nasa network lang (in-network cost sharing) ang babayaran ninyo. Kung nasa sitwasyon kayo kung saan walang espesyalista sa network ng plano na sumasaklaw sa serbisyong kailangan ninyo, tawagan ang plano para malaman kung saan pupunta para makuha ang serbisyong ito sa bahaginan sa gastos na nasa network.

Kung mayroon kayong anumang problema sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano sa isang format na accessible at naaangkop sa inyo, mangyaring tumawag para maghain ng karaingan sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Puwede rin kayong maghain ng reklamo sa Medicare sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o nang direkta sa Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil (Office for Civil Rights) sa 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Согласно требованиям, действующим в отношении вашего плана страхования, все услуги, как клинического, так и неклинического характера, должны предоставляться с учетом культурных особенностей и быть доступны всем участникам плана, включая лиц с ограниченным владением английским языком, ограниченными навыками чтения, неспособностью слышать, а также лиц, представляющих различные культурные и этнические общности. Примерами того, как план страхования может соблюдать эти требования к возможностям доступа, выступают в том числе обязательства предоставлять услуги устного и письменного перевода, телетайпные аппараты и возможность связи по ТТУ (текстовый телефон или телетайп).

Наш план страхования предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет ответить на ваши вопросы, если вы говорите на языке, отличном от английского. Кроме того, наши материалы доступны на других языках, помимо английского, которыми владеют люди, проживающие в зоне обслуживания плана. При необходимости мы также можем бесплатно предоставить вам информацию в аудиоформате, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах. Мы обязаны предоставлять вам информацию о предусмотренных планом льготах в доступном и подходящем для вас формате. Для получения информации в удобном для вас формате позвоните в отдел обслуживания участников плана.

Согласно требованиям, действующим в отношении нашего плана страхования, участницам плана должна предоставляться возможность обращаться за плановыми и профилактическими услугами напрямую к гинекологу, представленному в сети плана.

В случае отсутствия в сети плана поставщиков услуг соответствующей специализации, план страхования несет ответственность за поиск внесетевых специалистов, которые предоставят необходимое обслуживание. В таком случае от вас потребуются оплатить только долю расходов, соответствующую доле расходов за услуги в пределах сети. Если вы оказались в ситуации, когда необходимая вам услуга не оказывается специалистами, представленными в сети плана, позвоните в план страхования и запросите информацию о том, куда обратиться за этой услугой, чтобы при этом ваша доля расходов соответствовала доле расходов за услуги в пределах сети.

Если у вас возникли затруднения с получением информации от нашего плана страхования в доступном и подходящем для вас формате, вы можете подать претензию, позвонив в отдел обслуживания участников плана. Кроме того, вы можете подать жалобу в Medicare, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), или непосредственно в Office for Civil Rights, позвонив по номеру 1-800-368-1019, ТТУ: 1-800-537-7697.

Chương 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

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

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. Quý vị cũng có quyền thăm khám bác sĩ chuyên khoa sức khỏe của phụ nữ (chẳng hạn như bác sĩ phụ khoa) mà không cần sự giới thiệu.

Quý vị có quyền đặt hẹn và nhận dịch vụ được bao trả từ mạng lưới 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 bác sĩ chuyên khoa 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 nhà thuốc nào trong mạng lưới 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 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 quyền riêng tư của hồ sơ y tế và thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị. Chúng tôi bảo vệ thông tin 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.
- Quý vị có quyền liên quan đến thông tin của mình và kiểm soát cách sử dụng thông tin sức khỏe của quý vị. Chúng tôi cung cấp cho quý vị một văn bản thông báo, được gọi là *Thông Báo về Thực Hành 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 thông tin sức khỏe của quý vị?

- Chúng tôi đảm bảo rằng những người không được phép sẽ không xem hoặc sửa hồ sơ của quý vị.
- Ngoại trừ các trường hợp được nêu dưới đây, nếu chúng tôi dự định cung cấp thông tin sức khỏe của quý vị cho bất kỳ ai không cung cấp dịch vụ chăm sóc của quý vị hoặc chi trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị, *trước tiên chúng tôi bắt buộc phải có sự cho phép bằng văn bản từ quý vị hoặc người nào đó quý vị trao quyền hợp pháp để 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. Các trường hợp ngoại lệ này được luật pháp cho phép hoặc quy định.
 - Chúng tôi được yêu cầu tiết lộ thông tin sức khỏe cho các cơ quan chính phủ kiểm tra về chất lượng chăm sóc.

Chương 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

- 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 công bố thông tin của quý vị cho việc nghiên cứu hoặc các mục đích sử dụng khác, việc này sẽ được thực hiện theo các quy định và luật pháp Liên Bang; thông thường, điều này đòi hỏi không được chia sẻ thông tin định danh cá nhân của quý vị.

Quý vị có thể xem các thông tin trong hồ sơ của quý vị và biết thông tin đó đã được chia sẻ với những người khác như thế nào

Quý vị có quyền xem xét hồ sơ y tế của quý vị được lưu hồ sơ trong chương trình và lấy một bản sao của hồ sơ của quý vị. Chúng tôi được phép tính phí cho quý vị cho việc tạo bản sao. Quý vị cũng có quyền yêu cầu chúng tôi bổ sung hoặc sửa đổi hồ sơ y tế của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi để làm điều này, chúng tôi sẽ làm việc với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để quyết định có nên thực hiện những thay đổi này không.

Quý vị có quyền được biết thông tin sức khỏe của quý vị đã được chia sẻ với những người khác như thế nào vì bất kỳ mục đích gì ngoài mục đích thông thường.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc lo ngại về quyền riêng tư đối với thông tin sức khỏe cá nhân của mình, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.

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 lấy một số loại thông tin từ chúng tôi.

Nếu quý vị muốn có bất kỳ loại thông tin nào sau đây, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên:

- **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 về các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.** Quý vị có quyền lấy thông tin về bằng cấp của các nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi và cách chúng tôi trả tiền cho nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới của chúng tôi.
- **Thông tin về bảo hiểm của quý vị và các quy định quý vị phải tuân theo khi sử dụng bảo hiểm.** Chương 3 và 4 cung cấp thông tin về dịch vụ y tế. Chương 5 và 6 cung cấp thông tin về bảo hiểm thuốc theo toa Part D.
 - **Lưu ý:** Chương trình của chúng tôi không trả thù lao cho các chuyên viên, nhà cung cấp hoặc các nhân viên khác tiên hành đánh giá việc sử dụng dịch vụ y tế, bao gồm các tổ chức được chỉ định. Ra quyết định về Quản Lý Sử Dụng Dịch Vụ Y Tế (UM) chỉ dựa vào tính thích hợp của sự chăm sóc, dịch vụ và sự tồn tại của bảo hiểm. Ngoài

Chương 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

ra chương trình không trả thù lao riêng cho các chuyên viên hoặc cá nhân khác để 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.

- **Thông tin về lý do tại sao một thứ không được bao trả và những gì quý vị có thể làm về điều này.** Chương 9 cung cấp thông tin về cách yêu cầu giải thích bằng văn bản về lý do dịch vụ y tế hoặc thuốc Part D không được bao trả hoặc nếu bảo hiểm của quý vị bị hạn chế. Chương 9 cũng cung cấp thông tin về việc yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định, còn gọi là kháng cáo.

Phần 1.5 Chúng tôi phải hỗ trợ quyền được ra quyết định của 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 nhận thông tin đầy đủ từ các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. 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 cũng có quyền được tham gia đầy đủ 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.** Quý vị có quyền được thông báo về tất cả các lựa chọn điều trị được đề nghị cho tình trạng quý vị, dù chi phí là bao nhiêu hoặc liệu chúng được bao trả bởi chương trình của chúng tôi hay không. Điều này cũng bao gồm quyền được biết về các chương trình mà 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 liên quan đến việc 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 khác, 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 ngưng dùng thuốc, quý vị chịu hoàn toàn trách nhiệm cho những gì xảy ra với cơ thể của quý vị do quyết định đó.

Quý vị có quyền đưa ra các chỉ dẫn về những gì phải làm nếu quý vị không thể đưa ra các quyết định y tế cho bản thân mình

Đôi khi người ta không thể đưa ra 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:

Chương 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

- Điền vào mẫu văn bản để cung cấp cho **một người nào đó quyền hợp pháp để đưa ra các quyết định y tế cho quý vị** nếu quý vị không thể đưa ra quyết định cho chính mình.
- **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 tài liệu pháp lý mà quý vị có thể sử dụng để cung cấp chỉ dẫn trước của quý vị trong các trường hợp này được gọi là chỉ thị trước. Có nhiều loại **chỉ thị trước** khác nhau và các tên gọi khác nhau. Các tài liệu gọi là **di chúc sống** và **giấy ủy quyền 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.** Quý vị có thể lấy một mẫu đơn chỉ thị trước từ luật sư, từ một nhân viên xã hội, hoặc từ một số cửa hàng vật tư văn phòng. Quý vị đôi khi có thể lấy mẫu đơn chỉ thị trước từ các tổ chức cung cấp cho người dân thông tin về Medicare.
- **Điền và ký tên.** Bất kể nơi quý vị lấy mẫu đơn này, hãy nhớ rằng đó là một tài liệu pháp lý. Quý vị nên cân nhắc việc nhờ một luật sư giúp chuẩn bị điều này.
- **Cấp bản sao cho những người thích hợp.** Quý vị nên gửi một bản sao mẫu đơn cho bác sĩ và cho người mà quý vị nêu tên trong mẫu đơn là người có thể đưa ra quyết định cho quý vị khi quý vị không thể đưa ra quyết định. Quý vị có thể muốn cung cấp bản sao cho bạn thân hoặc thành viên gia đình. Giữ một bản sao ở nhà.

Nếu quý vị biết trước thời điểm nhập viện và quý vị đã ký một chỉ thị trước, **hãy mang theo bản sao đến bệnh viện.**

- Bệnh viện sẽ hỏi quý vị đã ký mẫu đơn chỉ thị trước hay chưa và có đem theo 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.

Nếu bản chỉ dẫn của quý vị không được tuân theo thì sao?

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 Chương Lý California.

Chương 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

Phần 1.6 Quý vị có quyền khiếu nại và yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định của chúng tôi

Nếu quý vị có bất kỳ vấn đề, mối quan ngại hoặc khiếu nại nào và cần yêu cầu bảo hiểm hoặc nộp đơn kháng cáo, Chương 9 của tài liệu này sẽ cho quý vị biết việc cần làm. Bất cứ điều gì quý vị làm – yêu cầu cho một quyết định bảo hiểm, nộp đơn kháng cáo, hoặc nộp khiếu nại – **chúng tôi phải đối xử với quý vị một cách công bằng.**

Phần 1.7 Quý vị có quyền đưa ra đề xuất liên quan đến chính sách về quyền và trách nhiệm 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.

Phần 1.8 Đánh giá các công nghệ mới

Các công nghệ mới bao gồm thủ thuật, thuốc, sản phẩm sinh học hoặc thiết bị được phát triển gần đây cho việc điều trị các bệnh hoặc tình trạng cụ thể, hoặc ứng dụng mới của các thủ thuật, thuốc, sản phẩm sinh học và 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 hiện hành nhằm đảm bảo các thành viên được tiếp cận với dịch vụ chăm sóc an toàn và hiệu quả bằng cách thực hiện thẩm định quan trọng về các tài liệu y khoa được công bố hiện tại từ các ấn phẩm được bình duyệt, bao gồm đánh giá hệ thống, thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng, nghiên cứu thuần tập, nghiên cứu đối chứng trường hợp, nghiên cứu thử nghiệm chẩn đoán có kết quả có ý nghĩa thống kê chứng minh độ an toàn và tính hiệu quả đồng thời xem xét các hướng dẫn dựa trên bằng chứng được phát triển bởi các tổ chức quốc gia và các cơ quan 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 khoa được công nhận trên toàn quốc bao gồm Hội Bác sĩ Chuyên khoa, ban đồng thuận hoặc các tổ chức đánh giá công nghệ hoặc nghiên cứu được công nhận trên toàn quốc khác, các báo cáo và công bố của các cơ quan chính phủ (ví dụ: Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA), Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật (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 vấn đề 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, thiên hướng tính dục hoặc nguồn gốc quốc gia của quý vị, quý vị nên gọi cho Phòng

Chương 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

Dân Quyền của Bộ 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 để xử lý vấn đề quý vị đang gặp phải:

- Quý vị có thể **gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên**.
- Quý vị có thể **gọi cho SHIP**. Để biết thông tin chi tiết, 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 (TTY 1-877-486-2048).

Phần 1.10 Cách lấy thêm thông tin về quyền của quý vị

Có nhiều nơi 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**.
- Quý vị có thể **gọi cho SHIP**. Để biết thông tin chi tiết, hãy xem Chương 2, Phần 3.
- Quý vị có thể liên hệ với **Medicare**.
 - Quý vị có thể truy cập vào trang web của Medicare để đọc hoặc tải xuống các ấn phẩm Quyền & Biện Pháp Bảo Vệ của Medicare. (Ấn phẩm có sẵn 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 (TTY 1-877-486-2048).

PHẦN 2 Quý vị có một số trách nhiệm khi là thành viên của chương trình

Những điều quý vị cần làm khi là một thành viên của chương trình được liệt kê dưới đây. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.

- **Làm quen với các dịch vụ được bao trả và các quy định mà quý vị phải tuân theo để có được những dịch vụ được bao trả này.** Sử dụng 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 thông tin chi tiết về các dịch vụ y tế của quý vị.
 - Chương 5 và 6 cung cấp các chi tiết về bảo hiểm thuốc theo toa Part D của quý vị.

Chương 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

- **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.** Chương 1 cho quý vị biết về việc phối hợp các phúc lợi này.
- **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 các thẻ thành viên chương trình và thẻ California Medi-Cal (Medicaid) 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 quý vị có được sự chăm sóc tốt nhất, hãy nói với bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác về các vấn đề 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 luôn đặt câu hỏi và tìm kiếm câu trả lời mà quý vị có thể hiểu được. 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.
- **Tôn trọng người khác.** 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 theo cách có thể giúp phòng khám bác sĩ, bệnh viện, và các phòng khám khác vận hành suôn sẻ.
- **Thanh toán số tiền quý vị phải trả.** Là một thành viên chương trình, quý vị có trách nhiệm cho các khoản thanh toán sau đây:
 - Quý vị phải tiếp tục trả phí bảo hiểm Medicare của quý vị để duy trì tư cách thành viên chương trình.
 - Nếu quý vị bắt buộc phải trả khoản bổ sung cho Part D do thu nhập của quý vị đã tăng lên (theo báo cáo hoàn thuế gần nhất của quý vị), quý vị phải tiếp tục trả khoản bổ sung trực tiếp cho chính phủ để duy trì tư cách thành viên của chương trình.
- **Nếu quý vị chuyển nhà trong khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi, chúng tôi sẽ cần biết để cập nhật hồ sơ thành viên của quý vị và biết cách liên hệ với quý vị.**
- **Nếu quý vị chuyển nhà ra bên ngoài khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi, quý vị không thể tiếp tục là thành viên chương trình của chúng tôi.**
- **Nếu quý vị chuyển chỗ ở, quý vị cũng nên thông báo cho Sở An Sinh Xã Hội (hoặc Ủy Ban Hưu Trĩ Ngành Đường Sắt).**

CHƯƠNG 9:

*Những việc cần làm khi gặp
vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết
định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)*

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

PHẦN 1 Giới thiệu

Phần 1.1 Việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có quan ngại

Chương này giải thích các quy trình xử lý các vấn đề và quan ngại. Quy trình mà quý vị sử dụng để xử lý vấn đề của quý vị tùy thuộc vào hai điều:

1. Vấn đề của quý vị có phải là phúc lợi được bao trả bởi **Medicare** hoặc **Medicaid** hay không. Nếu quý vị muốn giúp quyết định nên sử dụng quy trình Medicare hay quy trình Medicaid hay cả hai, vui lòng liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.
2. Loại vấn đề mà quý vị đang gặp phải:
 - Đối với một số vấn đề, quý vị cần sử dụng **quy trình cho các quyết định bảo hiểm và kháng cáo**.
 - Đối với các vấn đề khác, quý vị cần sử dụng **quy trình khiếu nại**; còn gọi là than phiền.

Cả hai quy trình này đều được Medicare chấp thuận. Mỗi quy trình có một bộ các quy tắc, thủ tục và thời hạn phải được chúng tôi và quý vị tuân theo.

Hướng dẫn trong Phần 3 sẽ giúp quý vị xác định đúng quy trình để sử dụng và những điều quý vị cần làm.

Phần 1.2 Thuật ngữ pháp lý thì sao?

Chương này có giải thích các thuật ngữ pháp lý 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 làm cho mọi thứ dễ dàng hơn, chương này sẽ:

- Sử dụng từ 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 có thể có ích và đôi khi khá quan trọng đối với quý vị. Biết được nên dùng những thuật ngữ nào sẽ giúp quý vị giao tiếp chính xác hơn để nhận được trợ giúp hoặc thông tin phù 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.

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

PHẦN 2 Nơi lấy thêm thông tin và trợ giúp cá nhân

Chúng tôi luôn sẵn sàng giúp đỡ quý vị. Ngay cả khi quý vị có khiếu nại về việc chúng tôi đối xử với quý vị, chúng tôi có nghĩa vụ tôn trọng quyền khiếu nại của quý vị. Vì vậy, quý vị nên luôn liên hệ với bộ phận dịch vụ khách hàng để được trợ giúp. 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. Dưới đây là hai cơ quan có thể hỗ trợ quý vị.

Chương trình Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Sức Khỏe Tiểu Bang (SHIP).

Mỗi tiểu bang đều có chương trình chính phủ với các chuyên gia tư vấn được đào tạo. Chương trình không liên quan tới chúng tôi hoặc tới bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm y tế nào. Chuyên gia tư vấn thuộc chương trình này có thể giúp quý vị hiểu được quý vị cần sử dụng quy trình 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 chuyên gia tư vấn SHIP đều miễn phí. Quý vị sẽ tìm thấy số điện thoại và URL của trang web trong Chương 2, Phần 3 của tài liệu này.

Medicare

Quý vị cũng có thể liên hệ với Medicare để được trợ giúp. Cách liên lạc với 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 cũng có thể truy cập vào trang web của Medicare (www.medicare.gov).

Quý vị có thể nhận trợ giúp và thông tin từ California Medi-Cal (Medicaid).

Phương thức	California Medi-Cal (Medicaid) (Chương trình Medicaid của California) – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-800-541-5555 1-916-552-9200 1-916-449-5000 8 a.m. - 5 p.m. PT, Thứ Hai - Thứ Sáu
TTY	1-800-430-7077 Số điện thoại này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói.
VIẾT THƯ	Medi-Cal P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
TRANG WEB	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/default.aspx

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

PHẦN 3 Để giải quyết vấn đề của mình, quý vị cần sử dụng quy trình nào?

Do quý vị có Medicare và được hỗ trợ từ California Medi-Cal (Medicaid), quý vị có thể sử dụng các quy trình khác nhau để xử lý các vấn đề hoặc khiếu nại của quý vị. Quy trình quý vị sử dụng tùy thuộc vào vấn đề đó là về các phúc lợi của Medicare hay California Medi-Cal (Medicaid). Nếu vấn đề của quý vị là về một phúc lợi được bao trả bởi Medicare, thì quý vị nên sử dụng quy trình của Medicare. Nếu vấn đề của quý vị là về một phúc lợi được bao trả bởi California Medi-Cal (Medicaid), thì quý vị nên sử dụng quy trình của California Medi-Cal (Medicaid). Nếu quý vị muốn giúp quyết định nên sử dụng quy trình Medicare hay quy trình California Medi-Cal (Medicaid), vui lòng liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.

Quy trình của Medicare và quy trình của California Medi-Cal (Medicaid) được mô tả trong các phần khác nhau của chương này. Để biết phần nào quý vị nên đọc, hãy sử dụng bảng dưới đây.

Vấn đề của quý vị là về các phúc lợi của Medicare hay phúc lợi của Medicaid?

Nếu quý vị muốn trợ giúp để quyết định vấn đề của quý vị là về phúc lợi của Medicare hoặc phúc lợi của Medicaid, hãy liên hệ Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.

Vấn đề của tôi là về **phúc lợi Medicare**.

Hãy chuyển đến phần tiếp theo trong chương này, Phần 4, Xử lý các vấn đề về phúc lợi Medicare của quý vị.

Vấn đề của tôi là về **bảo hiểm Medicaid**.

Hãy chuyển đến Phần 12 của chương này, **Xử lý các vấn đề về phúc lợi Medicaid của quý vị.**

CÁC VẤN ĐỀ VỀ PHÚC LỢI MEDICARE CỦA QUÝ VỊ

PHẦN 4 Xử lý các vấn đề về phúc lợi Medicare của quý vị

Phần 4.1	Quý vị có nên sử dụng quy trình quyết định bảo hiểm và kháng cáo không? Hoặc quý vị có cần sử dụng quy trình nộp đơn khiếu nại không?
-----------------	--

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

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. Bảng dưới đây sẽ giúp quý vị tìm được đúng phần trong chương này về các vấn đề hoặc khiếu nại về **các phúc lợi được Medicare bao trả**.

Để tìm hiểu phần nào của chương này sẽ giúp quý vị về các vấn đề hoặc mối lo ngại về phúc lợi Medicare của quý vị, hãy sử dụng bảng này:

Vấn đề hoặc quan ngại của quý vị là về các phúc lợi hay bảo hiểm của quý vị?

Điều này bao gồm các vấn đề về việc liệu hoạt động chăm sóc y tế (vật tư y tế, dịch vụ và/hoặc thuốc theo toa Part B) có được bao trả hay không, cách thức bao trả và các vấn đề liên quan đến việc thanh toán cho hoạt động chăm sóc y tế.

Phải.

Hãy chuyển sang phần tiếp theo của chương này, **Phần 5, Hướng dẫn thông tin cơ bản đối với các quyết định về bảo hiểm và kháng cáo**.

Không.

Chuyển đến **Phần 11** 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**.

PHẦN 5 Hướng dẫn thông tin cơ bản đối với các quyết định về bảo hiểm và kháng cáo

Phần 5.1 Yêu cầu quyết định bảo hiểm và nộp đơn kháng cáo: tổng quan

Quyết định bảo hiểm và kháng cáo để giải quyết các vấn đề liên quan đến phúc lợi và bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị (dịch vụ, vật phẩm và thuốc theo toa Part B, bao gồm việc thanh toán). Để đơn giản hóa mọi việc, chúng tôi gọi chung các vật phẩm y tế, dịch vụ và thuốc theo toa của Medicare Part B là **dịch vụ chăm sóc y tế**. Quý vị sử dụng quy trình quyết định bảo hiểm và kháng cáo cho các vấn đề như một vật phẩm hay dịch vụ có được bao trả hay không và cách thức bao trả.

Yêu cầu đưa ra quyết định bảo hiểm trước khi nhận phúc lợi

Quyết định bảo hiểm là một quyết định chúng tôi đưa ra về phúc lợi và bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền mà chúng tôi trả cho các dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị. Ví dụ, nếu bác sĩ trong mạng lưới của chương trình giới thiệu quý vị đến một bác sĩ chuyên khoa không có trong mạng lưới, việc giới thiệu này được xem là một quyết định bảo hiểm được ủng hộ trừ khi bác sĩ trong

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

mạng lưới của quý vị có thể cho thấy quý vị nhận được thông báo từ chối tiêu chuẩn cho bác sĩ chuyên khoa này, hoặc Chứng Thực Bảo Hiểm nêu rõ ràng rằng dịch vụ được giới thiệu không bao giờ được bao trả trong bất kỳ điều kiện nào. Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị cũng có thể liên hệ với chúng tôi và yêu cầu một quyết định bảo hiểm nếu bác sĩ của quý vị không chắc chắn về việc chúng tôi sẽ bao 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 bao trả cho một dịch vụ chăm sóc y tế hay không trước khi quý vị nhận dịch vụ đó, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm cho quý vị. Trong một số trường hợp hạn chế, yêu cầu quyết định bảo hiểm sẽ bị bác bỏ, nghĩa là chúng tôi sẽ không xét duyệt 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 bảo hiểm, chúng tôi sẽ gửi thông báo giải thích lý do yêu cầu bị bác bỏ và cách yêu cầu xem xét việc bác bỏ đó.

Chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm cho quý vị bất cứ khi nào chúng tôi quyết định quý vị được bao trả những gì và chúng tôi phải trả bao nhiêu tiền. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể quyết định Medicare không bao trả hoặc không còn bao trả cho quý vị đối với một dịch vụ chăm sóc y tế. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm này, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo.

Nộp đơn kháng cáo

Nếu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm và quý vị không hài lòng với quyết định này, dù là trước hay sau khi nhận phúc lợi, quý vị có thể kháng cáo quyết định. Kháng cáo là cách chính thức yêu cầu chúng tôi xem xét và thay đổi quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra. Trong một số trường hợp chúng tôi thảo luận ở phần sau, quý vị có thể yêu cầu kháng cáo nhanh một quyết định bảo hiểm. Đơn kháng cáo của quý vị được xử lý bởi những người xét duyệt khác, không phải những người đưa ra quyết định ban đầu.

Kháng cáo đầu tiên của quý vị với một quyết định được gọi là kháng cáo Cấp 1. Trong lần kháng cáo này, chúng tôi sẽ xem xét quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra để xem chúng tôi có nghiêm chỉnh tuân theo các quy định hay không. Khi chúng tôi hoàn thành việc xét duyệt, chúng tôi sẽ cho quý vị biết quyết định của chúng tôi.

Trong một số trường hợp hạn chế, yêu cầu kháng cáo Cấp 1 sẽ bị bác bỏ, nghĩa là chúng tôi sẽ không xét duyệt 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 Cấp 1, chúng tôi sẽ gửi thông báo giải thích lý do yêu cầu bị bác bỏ và cách yêu cầu xem xét việc bác bỏ đó.

Nếu chúng tôi từ chối tất cả hoặc một phần đơn kháng cáo Cấp 1 về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, đơn kháng cáo của quý vị sẽ tự động được chuyển lên thành kháng cáo Cấp 2 được xét duyệt bởi một tổ chức đánh giá độc lập không liên quan đến chúng tôi.

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

- Quý vị không cần làm gì để yêu cầu kháng cáo Cấp 2. Quy định của Medicare yêu cầu chúng tôi tự động gửi kháng cáo của quý vị về dịch vụ chăm sóc y tế lên Cấp 2 nếu chúng tôi không hoàn toàn đồng ý với kháng cáo Cấp 1 của quý vị.
- Xem **Phần 6.4** của chương này để biết thêm thông tin về kháng cáo Cấp 2.
- Đối với các kháng cáo về thuốc Part D, nếu chúng tôi từ chối tất cả hoặc một phần kháng cáo của quý vị, quý vị sẽ cần phải yêu cầu kháng cáo Cấp 2. Kháng cáo Part D được thảo luận thêm trong Phần 7 của chương này.

Nếu không hài lòng với quyết định sau khi kháng cáo Cấp 2, quý vị có thể tiếp tục thực hiện các cấp kháng cáo bổ sung (Phần 10 trong chương này giải thích các quy trình kháng cáo Cấp 3, 4 và 5).

Phần 5.2 **Cách để được nhận trợ giúp khi quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc nộp đơn kháng cáo**

Đây là các nguồn trợ giúp nếu quý vị quyết định yêu cầu bất kỳ loại quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo một quyết định nào:

- **Quý vị có thể gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.**
- **Quý vị có thể nhận trợ giúp miễn phí** từ chương trình Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Sức Khỏe Tiểu Bang.
- **Bác sĩ của quý vị có thể yêu cầu cho quý vị.** Nếu bác sĩ của quý vị hỗ trợ kháng cáo trên Cấp 2, họ sẽ cần được chỉ định làm người đại diện cho quý vị. Vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên và xin mẫu đơn *Chỉ Định Người Đại Diện*. (Mẫu đơn này 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).
- Đối với dịch vụ chăm sóc y tế, bác sĩ của quý vị có thể thay mặt quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc nộp 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.
- 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 bảo hiểm hoặc kháng cáo Cấp 1. Nếu kháng cáo Cấp 1 bị từ chối, bác sĩ hoặc người kê toa của quý vị có thể yêu cầu kháng cáo Cấp 2.
- **Quý vị có thể yêu cầu một người nào đó hành động thay mặt quý vị.** Nếu muốn, quý vị có thể chỉ định người khác hành động với tư cách là **người đại diện** của quý vị để yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc nộp đơn kháng cáo.
 - Nếu quý vị muốn bạn bè, người thân hoặc một người khác làm người đại diện của mình, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên và yêu cầu mẫu đơn *Chỉ Định Người Đại Diện*. (Mẫu đơn này cũng có sẵn trên trang web của Medicare tại

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang web của chúng tôi tại www.wellcare.com/healthnetCA). Đơn này cho phép người đó hành động thay mặt quý vị. Quý vị và người mà quý vị muốn hành động thay mặt quý vị phải ký vào đơn này. Quý vị phải cung cấp cho chúng tôi một bản sao của đơn đã ký.

- 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 xét duyệt cho đến khi nhận được mẫu đơn này. Nếu chúng tôi không nhận được đơn trong vòng 44 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu kháng cáo của quý vị (thời hạn của chúng tôi để đưa ra quyết định về đơn kháng cáo của quý vị), yêu cầu kháng cáo của quý vị sẽ bị bác 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 xét duyệt quyết định của chúng tôi về việc bác bỏ kháng cáo của quý vị.
- **Quý vị cũng có quyền thuê luật sư.** Quý vị có thể liên hệ với luật sư riêng hoặc mời 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 điều kiện. Tuy nhiên, **quý vị không bắt buộc phải thuê luật sư** để yêu cầu bất kỳ loại quyết định bảo hiểm nào hoặc để kháng cáo một quyết định.

Phần 5.3 Phần nào của chương này cung cấp các thông tin chi tiết cho trường hợp của quý vị?

Có bốn trường hợp khác nhau liên quan đến quyết định 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 6** của chương này: Dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc nộp đơn kháng cáo
- **Phần 7** của chương này: Thuốc theo toa Part D của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc nộp đơn kháng cáo
- **Phần 8** của chương này: Cách yêu cầu chúng tôi bao trả cho nằm viện điều trị nội trú kéo dài nếu quý vị cho rằng bác sĩ cho quý vị xuất viện quá sớm
- **Phần 9** 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 mình nên sử dụng phần nào, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Quý vị cũng có thể nhận trợ giúp hoặc thông tin từ các tổ chức chính phủ như chương trình Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Sức Khỏe Tiểu Bang.

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

PHẦN 6 Dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc nộp đơn kháng cáo một quyết định bảo hiểm

Phần 6.1 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 nói về các phúc lợi của quý vị đối với dịch vụ chăm sóc y tế. Những phúc lợi này được mô tả trong Chương 4 của tài liệu này: *Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)*. 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 vật phẩm 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. **Yêu cầu quyết định bảo hiểm. Phần 6.2.**
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. **Yêu cầu quyết định bảo hiểm. Phần 6.2.**
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. **Nộp đơn kháng cáo. Phần 6.3.**
4. Quý vị đã nhận và thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị tin rằng lẽ 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. **Gửi hóa đơn cho chúng tôi. Phần 6.5.**
5. Quý vị được thông báo rằng bảo hiểm 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. **Nộp đơn kháng cáo. Phần 6.3.**

Lưu ý: Nếu ngừng bảo hiểm đối với 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 Ngoại Trú Toàn Diện (CORF), quý vị cần đọc Phần 8 và 9 của Chương này. Các quy tắc đặc biệt áp dụng cho những loại dịch vụ chăm sóc này.

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Phần 6.2 Hướng dẫn từng bước: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm

Thuật Ngữ Pháp Lý

Khi một quyết định bảo hiểm liên quan đến dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, quyết định này được gọi là **quyết định cấp tổ chức**.

Quyết định nhanh về bảo hiểm được gọi là **quyết định nhanh**.

Bước 1: Quyết định xem quý vị cần một quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn hay một quyết định nhanh về bảo hiểm.

Quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn thường được đưa ra trong vòng 14 ngày hoặc 72 giờ đối với các thuốc Part B. Quyết định nhanh về bảo hiểm thường được đưa ra trong vòng 72 giờ, đối với các dịch vụ y tế, hoặc 24 giờ đối với các loại thuốc Part B. Để nhận quyết định nhanh về bảo hiểm, quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu:

- Quý vị *chỉ có thể yêu cầu* bảo hiểm cho các vật phẩm và/hoặc dịch vụ y tế (không yêu cầu thanh toán cho các vật phẩm và/hoặc dịch vụ đã 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 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 không phê duyệt một quyết định nhanh về bảo hiểm, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị đề:
 - Giải thích rằng chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.
 - Giải thích 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 cho quý vị.
 - Giải thích rằng quý vị có thể nộp khiếu nại nhanh về quyết định của chúng tôi khi ra quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn thay vì quyết định nhanh về bảo hiểm như quý vị đã yêu cầu.

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Bước 2: Yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm hoặc quyết định nhanh về bảo hiểm.

- 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. Chương 2 có thông tin liên hệ.

Bước 3: Chúng tôi xem xét yêu cầu bảo hiểm đối với dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị và cho quý vị biết trả lời của chúng tôi.

Đối với các quyết định bao hiểm tiêu chuẩn, chúng tôi sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.

Điều này 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 của quý vị cho một vật phẩm 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 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu.

- **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** nếu quý vị yêu cầu về vật phẩm hoặc dịch vụ y tế. Nếu chúng tôi 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. Chúng tôi sẽ đưa ra câu trả lời cho khiếu nại của quý vị ngay khi chúng tôi đưa ra quyết định. (Quy trình nộp đơn khiếu nại khác với quy trình về quyết định bảo hiểm và kháng cáo. Xem Phần 11 của chương này để biết thêm thông tin về khiếu nại).

Đối với quyết định Bảo Hiểm Nhanh, chúng tôi sử dụng khung thời gian nhanh hơn

Quyết định bảo hiểm nhanh có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 72 giờ nếu quý vị yêu cầu vật phẩm 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**, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, chúng tôi **có thể dành thêm tối đa 14 ngày**. Nếu chúng tôi 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. (Xem Phần 11 của chương này để biết thêm thông tin về khiếu nại). Chúng tôi sẽ gọi cho quý vị ngay khi chúng tôi đưa ra quyết định.
- **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.

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, quý vị có thể kháng cáo.

- Nếu chúng tôi từ chối, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cân nhắc lại quyết định này bằng cách kháng cáo. Điều này có nghĩa là một lần nữa yêu cầu được bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn. Khi quý vị nộp đơn kháng cáo có nghĩa là quý vị sẽ tới Cấp 1 trong quy trình kháng cáo.

Phần 6.3 Hướng dẫn từng bước: Cách nộp đơn kháng cáo Cấp 1

Thuật Ngữ Pháp Lý

Đơn kháng cáo chương trình về quyết định bảo hiểm dịch vụ chăm sóc y tế được gọi là **tái xét quyết định** của chương trình.

Kháng cáo nhanh còn được gọi là **tái xét quyết định nhanh**.

Bước 1: Quyết định xem quý vị cần kháng cáo tiêu chuẩn hay kháng cáo nhanh.

Kháng cáo tiêu chuẩn thường được đưa ra trong vòng 30 ngày hoặc 7 ngày đối với các thuốc Part B. Kháng cáo nhanh thường được đưa ra trong vòng 72 giờ.

- 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 kháng cáo nhanh hay không. 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.
- 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 6.2 của chương này.

Bước 2: Yêu cầu chương trình của chúng tôi xét đơn Kháng Cáo hoặc Kháng Cáo Nhanh

- Nếu quý vị đang yêu cầu xét đơn kháng cáo tiêu chuẩn, hãy nộp đơn kháng cáo tiêu chuẩn bằng văn bản. Chương 2 có thông tin liên hệ.
- Nếu quý vị yêu cầu kháng cáo nhanh, hãy kháng cáo bằng văn bản hoặc gọi điện cho chúng tôi. Chương 2 có thông tin liên hệ.
- 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 biết câu trả lời của chúng tôi về quyết định bảo hiểm. 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 có thể bao gồm bệnh nghiêm

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

trọng khiến quý vị không liên hệ 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 cung cấp bản sao thông tin liên quan đến quyết định y tế của mình. Quý vị và bác sĩ của quý vị cũng có thể bổ sung thêm thông tin để hỗ trợ cho kháng cáo của quý vị.

Bước 3: 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 xét duyệt đơn kháng cáo của quý vị, chúng tôi sẽ xem xét thận trọng tất cả thông tin. 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 cần, có thể liên hệ với quý vị hoặc bác sĩ của quý vị.

Thời hạn cho một kháng cáo nhanh

- Đối với kháng cáo 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 đòi hỏi chúng tôi làm thế.
 - Nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần 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 về vật phẩm hoặc dịch vụ y tế. Nếu chúng tôi dành thêm ngày để đưa ra quyết định, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không được dành thêm thời gian 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 quy trình kháng cáo, lúc này yêu cầu của quý vị sẽ được xét duyệt bởi một tổ chức đánh giá độc lập. Phần 6.4 giải thích về quy trình kháng cáo Cấp 2.
- **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 cung cấp bảo hiểm 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 gửi quyết định của chúng tôi bằng văn bản cho quý vị và tự động chuyển tiếp kháng cáo của quý vị tới tổ chức đánh giá độc lập để thực hiện kháng cáo Cấp 2. Tổ chức đánh giá độc lập sẽ thông báo bằng văn bản cho quý vị khi tổ chức nhận được kháng cáo của quý vị.

Thời hạn cho một kháng cáo tiêu chuẩn

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

- Đối với kháng cáo tiêu chuẩn, chúng tôi phải cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi **trong vòng 30 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị. 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 ra quyết định sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị cần chúng tôi làm như vậy.
 - Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần 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 về vật phẩm hoặc dịch vụ y tế. Nếu chúng tôi 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. 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. (Xem Phần 11 của chương này để biết thêm thông tin về khiếu nại).
 - Nếu chúng tôi không đưa ra câu trả lời cho quý vị kịp thời hạn (hoặc đến khi kết thúc khoảng thời gian được gia hạn), chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị lên mức kháng cáo Cấp 2, khi đó tổ chức đánh giá độc lập sẽ xét duyệt kháng cáo này. Phần 6.4 giải thích về quy trình 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 cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm 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 chương trình của chúng tôi từ chối một phần hoặc tất cả đơn kháng cáo của quý vị, 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.

Phần 6.4 Hướng dẫn từng bước: Cách hoàn thành kháng cáo Cấp 2

Thuật Ngữ Pháp Lý

Tên chính thức cho tổ chức đánh giá độc lập là **Cơ Quan Đánh Giá Độc Lập**. Tổ chức này đôi khi được gọi là **IRE**.

Tổ chức đánh giá độc lập là một tổ chức độc lập được Medicare thuê. Tổ chức này không liên kết với chúng tôi và không phải là cơ quan chính phủ. Tổ chức này quyết định liệu quyết định chúng tôi đã đưa ra có chính xác không hoặc liệu có cần thay đổi hay không. Medicare giám sát hoạt động của tổ chức.

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Bước 1: Tổ chức đánh giá độc lập xét duyệt đơn kháng cáo của quý vị.

- 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 trường hợp** của quý vị. **Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp một bản sao hồ sơ trường hợp của quý vị.**
- 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 xét duyệt 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 kháng cáo nhanh ở Cấp 1 thì quý vị cũng sẽ có kháng cáo nhanh ở Cấp 2

- Đối với kháng cáo nhanh, 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.
- Nếu quý vị yêu cầu vật phẩm 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, **có thể mất 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

- Đối với kháng cáo tiêu chuẩn, nếu quý vị yêu cầu vật phẩm 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 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 quý vị yêu cầu vật phẩm 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, **có thể mất 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.

Bước 2: 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 về quyết định của họ bằng văn bản và giải thích lý do đưa ra quyết định đó.

- **Nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý với một phần hoặc tất cả yêu cầu về vật phẩm 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 độc lập đối với **yêu cầu tiêu chuẩn** hoặc cung cấp dịch vụ

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

trong vòng 72 giờ từ ngày chương trình nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá độc đối với yêu cầu nhanh.

- Nếu tổ chức đánh giá độc lập 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 **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá độc lập đối với yêu cầu tiêu chuẩn hoặc **trong vòng 24 giờ** từ ngày chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá độc lập 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 chương trình của chúng tôi rằng yêu cầu (hoặc một phần yêu cầu) bao trả dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị không nên được chấp thuận. (Đây được gọi là **giữ nguyên quyết định** hay **bác bỏ kháng cáo của quý vị**). Trong trường hợp này, tổ chức đánh giá độc lập sẽ gửi thư cho quý vị:
 - Giải thích quyết định của họ.
 - Thông báo cho quý vị về quyền được kháng cáo Cấp 3 nếu giá trị tiền mặt của mức bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị yêu cầu đáp ứng mức tối thiểu nhất định. Thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được từ tổ chức đánh giá độc lập sẽ cho quý vị biết giá trị tiền mặt mà quý vị cần đáp ứng để được tiếp tục quy trình kháng cáo.
 - Cho quý vị biết cách nộp đơn kháng cáo Cấp 3.

Bước 3: 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 quy trình kháng cáo sau Cấp 2 (tổng cộng năm cấp kháng cáo). Nếu quý vị quyết định nộp đơn kháng cáo Cấp 3 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 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 10 của chương này sẽ giải thích về Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng cáo.

Phần 6.5	Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho quý vị một hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho dịch vụ chăm sóc y tế?
-----------------	---

Nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ hoặc vật phẩm Medicaid được chương trình bao trả, quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn trả cho quý vị (hoàn trả cho quý vị còn được gọi là bồi hoàn cho quý vị). Quý vị có quyền được chương trình của chúng tôi hoàn trả bất cứ khi nào quý vị thanh toán cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả bởi chương

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

trình của chúng tôi. Khi quý vị gửi cho chúng tôi hóa đơn quý vị đã thanh toán, chúng tôi sẽ xem xét hóa đơn và quyết định xem các dịch vụ hoặc thuốc đó có được bao trả hay không. Nếu quyết định nên bao trả, chúng tôi sẽ hoàn trả cho quý vị chi phí cho dịch vụ hoặc thuốc đó.

Yêu cầu bồi hoàn là yêu cầu quyết định bảo hiểm từ chúng tôi

Nếu quý vị gửi cho chúng tôi giấy tờ yêu cầu bồi hoàn, quý vị đang yêu cầu đưa ra quyết định bảo hiểm. Để đưa ra quyết định này, chúng tôi sẽ kiểm tra xem liệu dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã thanh toán có phải là dịch vụ được bao trả hay không. Chúng tôi cũng sẽ kiểm tra xem quý vị có tuân thủ tất cả các quy tắc về việc sử dụng bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị không.

- **Nếu chúng tôi chấp nhận yêu cầu của quý vị:** Nếu dịch vụ chăm sóc y tế 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 chi phí đó trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị chưa thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế đó thì chúng tôi sẽ gửi khoản thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.
- **Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu 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 chăm sóc y tế này và đưa ra lý do giải thích tại sao.

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 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 quy trình kháng cáo mà chúng tôi mô tả trong Phần 6.3. Đối với các kháng cáo liên quan đến bồi hoàn, vui lòng lưu ý:

- Chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi nhận được 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 quyết định rằng chúng tôi phải thanh toán, chúng tôi phải gửi cho quý vị hoặc nhà cung cấp khoản thanh toán 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 quy trình 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.

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

PHẦN 7 Thuốc theo toa Part D của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc nộp đơn kháng cáo

Phần 7.1 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

Phúc lợi của quý vị bao gồm bảo hiểm cho nhiều loại thuốc theo toa. Để được chi trả, thuốc phải được sử dụng theo chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. (Xem Chương 5 để biết thêm thông tin về chỉ định được chấp nhận về mặt y tế). Để biết thông tin chi tiết về thuốc Part D, quy tắc, hạn chế và chi phí, vui lòng xem Chương 5. **Phần này chỉ nói 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. Chúng tôi cũng sử dụng thuật ngữ “Danh Sách Thuốc” thay vì *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả hoặc Danh Mục Thuốc*.

- Nếu quý vị không biết liệu một loại thuốc có được bao trả hay không hoặc quý vị có đáp ứng các quy định hay không, quý vị có thể hỏi chúng tôi. Một số loại thuốc đòi hỏi quý vị phải được chúng tôi phê duyệt trước khi chúng tôi bao trả loại thuốc đó.
- Nếu nhà thuốc của quý vị cho quý vị biết rằng toa thuốc của quý vị không mua được theo toa thì nhà thuốc sẽ gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản giải thích cách liên hệ với chúng tôi để yêu cầu quyết định bảo hiểm.

Quyết định bảo hiểm và kháng cáo Part D

Thuật Ngữ Pháp Lý

Quyết định bảo hiểm ban đầu về các thuốc Part D của quý vị được gọi là **quyết định bảo hiểm**.

Quyết định bảo hiểm là một quyết định chúng tôi đưa ra về phúc lợi và bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền mà chúng tôi sẽ trả cho thuốc của quý vị. Phần này trình bày điều quý vị có thể làm nếu rơi vào bất kỳ trường hợp nào trong các trường hợp sau:

- Yêu cầu bao trả thuốc Part D không nằm trong Danh Sách Thuốc Được Bao Trả của chương trình. **Yêu cầu trường hợp ngoại lệ. Phần 7.2**
- Yêu cầu miễn 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 trường hợp ngoại lệ. Phần 7.2**
- Yêu cầu chấp thuận trước cho một loại thuốc. **Yêu cầu quyết định bảo hiểm. Phần 7.4**
- Thanh toán cho thuốc theo toa mà quý vị đã mua. **Yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị. Phần 7.4**

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định 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 bảo hiểm và cách yêu cầu xét đơn kháng cáo.

Phần 7.2 Trường hợp ngoại lệ là gì?

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**.

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**.

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 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. Ngoại lệ là loại quyết định bảo hiểm.

Để chúng tôi có thể cân nhắc yêu cầu trường hợp ngoại lệ của quý vị, 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 đây là hai 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 một loại thuốc Part D cho quý vị mà không có trong “Danh Sách Thuốc” của chúng tôi.** Quý vị không thể yêu cầu ngoại lệ cho số tiền chi phí chia sẻ mà chúng tôi yêu cầu quý vị phải trả cho thuốc.
2. **Bỏ hạn chế đối với một loại thuốc được bao trả.** Chương 5 mô tả các quy tắc hoặc hạn chế bổ sung áp dụng cho một số loại thuốc nhất định trong “Danh Sách Thuốc” của chúng tôi.

Phần 7.3 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 bao gồm những thông tin y tế đó 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.

Chương 9

Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại

(quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

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 của quý vị, quý vị có thể yêu cầu xem xét quyết định của chúng tôi bằng cách nộp đơn kháng cáo.

Phần 7.4

Hướng dẫn từng bước: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm, bao gồm trường hợp ngoại lệ

Thuật Ngữ Pháp Lý

Quyết định nhanh về bảo hiểm được gọi là quyết định bảo hiểm nhanh.

Bước 1: Quyết định xem quý vị cần một quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn hay một quyết định nhanh về bảo hiểm.

Quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn được đưa ra trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được giấy chứng nhận của bác sĩ của quý vị. Quyết định nhanh về bảo hiểm được đưa ra trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được giấy chứng nhận của bác sĩ của quý vị.

Hãy yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định nhanh về bảo hiểm cho quý vị nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi điều đó. Để nhận được quyết định nhanh về bảo hiểm, quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu:

- Quý vị phải yêu cầu về loại thuốc mà quý vị chưa nhận được. (Quý vị không thể yêu cầu quyết định nhanh về bảo hiểm để hoàn lại tiền cho thuốc quý vị đã mua).
- Sử dụng thời hạn tiêu chuẩn có thể gây tổn hại nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị hoặc làm tổn hại đến chức năng 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 đòi hỏi một quyết định nhanh về bảo hiểm, chúng tôi sẽ tự động cung cấp cho quý vị 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 hoặc người kê toa của quý vị, chúng tôi sẽ quyết định xem tình trạng sức khỏe của quý vị có đòi hỏi chúng tôi phải cung cấp cho quý vị một quyết định nhanh về bảo hiểm hay không. Nếu chúng tôi không phê duyệt một quyết định nhanh về bảo hiểm, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị để:
 - Giải thích rằng chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.
 - Giải thích rằng nếu bác sĩ hoặc người kê toa khác 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 cho quý vị.

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

- Giải thích rằng quý vị có thể nộp khiếu nại nhanh về quyết định của chúng tôi khi ra quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn thay vì quyết định nhanh về bảo hiểm như quý vị đã yêu cầu. Chúng tôi sẽ trả lời khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ sau khi nhận được.

Bước 2: Yêu cầu một quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn hoặc một quyết định nhanh về bảo hiểm.

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 cũng có thể tìm hiểu về quy trình quyết định bảo hiểm qua trang web của chúng tôi. 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. Chương 2 có thông tin liên hệ. Để hỗ trợ chúng tôi xử lý yêu cầu của quý vị, vui lòng nhớ điền tên, thông tin liên hệ và thông tin xác định yêu cầu bị từ chối nào đang được quý vị kháng cáo.

Quý vị, bác sĩ của quý vị (hoặc người kê toa khác) hoặc người đại diện của quý vị có thể thực hiện điều này. Quý vị cũng có thể yêu cầu luật sư hành động thay mặt quý vị. Phần 5 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.

- **Nếu quý vị yêu cầu một ngoại lệ, hãy cung cấp tuyên bố ủng hộ**, chính là lý do y tế cho trường hợp ngoại lệ. Bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thể gửi tuyên bố đó qua fax hoặc qua đường bưu điện cho chúng tôi. Hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thể thông báo cho chúng tôi qua điện thoại và sau đó gửi tuyên bố bằng văn bản qua fax hoặc qua đường bưu điện nếu cần thiết.

Bước 3: Chúng tôi xem xét yêu cầu của quý vị và cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi.

Thời hạn đối với quyết định bảo hiểm nhanh

- Chúng tôi nhìn chung phải cho quý vị biết câu trả lời **trong vòng 24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
 - Đối với 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 ủng hộ từ bác sĩ 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 đòi hỏi 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 cáo để một tổ chức đánh giá độc lập xét duyệt yêu cầu này.
- **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.

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

- 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 bảo hiểm tiêu chuẩn về một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được

- Chúng tôi nhìn chung phải cho quý vị biết câu trả lời **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
 - Đối với 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 ủng hộ từ bác sĩ 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 đòi hỏi 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 cáo để một tổ chức đánh giá độc lập xét duyệt yêu cầu này.
- 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 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 bảo hiểm tiêu chuẩn về 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 cáo để một tổ chức đánh giá độc lập xét duyệt yêu cầu này.
- 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.

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối với yêu cầu ngoại lệ của quý vị, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo.

- Nếu chúng tôi từ chối, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cân nhắc lại quyết định này bằng cách kháng cáo. Điều này có nghĩa là một lần nữa yêu cầu được bảo hiểm cho thuốc mà quý vị muốn. Khi quý vị nộp đơn kháng cáo có nghĩa là quý vị sẽ tới Cấp 1 trong quy trình kháng cáo.

Phần 7.5 **Hướng dẫn từng bước: Cách nộp đơn kháng cáo Cấp 1**

Thuật Ngữ Pháp Lý

Đơn kháng cáo lên chương trình về quyết định bảo hiểm đối với thuốc Part D được gọi là **tái xác định** của chương trình.

Kháng cáo nhanh còn được gọi là **tái xác định nhanh**.

Bước 1: Quyết định xem quý vị cần kháng cáo tiêu chuẩn hay kháng cáo nhanh.

Kháng cáo tiêu chuẩn thường được đưa ra trong vòng 7 ngày. Kháng cáo nhanh thường được đưa ra trong vòng 72 giờ. Hãy yêu cầu kháng cáo nhanh nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi điều đó.

- 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 7.4 của chương này.

Bước 2: Quý vị, người đại diện, bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị phải liên hệ 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**.

- **Đối với các kháng cáo tiêu chuẩn, hãy gửi yêu cầu bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi.** Chương 2 có thông tin liên hệ.
- **Để kháng cáo nhanh, vui lòng gửi kháng cáo của quý vị bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711).** Chương 2 có thông tin liên hệ.
- **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.** Vui lòng đảm bảo điền tên, thông tin liên hệ và thông tin liên quan đến yêu cầu của quý vị để hỗ trợ chúng tôi xử lý yêu cầu.
- **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

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

chúng tôi về quyết định bảo hiểm. 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 có thể bao gồm bệnh nghiêm trọng khiến quý vị không liên hệ 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 và bác sĩ của quý vị cũng có thể bổ sung thêm thông tin để hỗ trợ cho kháng cáo của quý vị.

Bước 3: 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 xét duyệt đơn kháng cáo của quý vị, chúng tôi sẽ xem xét thận trọng lại tất cả thông tin về yêu cầu bảo hiểm 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 hệ 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

- Đối với kháng cáo 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 đòi hỏi 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 quy trình kháng cáo, nơi một tổ chức đánh giá độc lập sẽ xét duyệt yêu cầu này. Phần 7.6 giải thích về quy trình kháng cáo Cấp 2.
- **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 kháng cáo tiêu chuẩn về một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được

- Đối với kháng cáo 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. 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 đòi hỏi chúng tôi làm như vậy.
 - Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định cho quý vị biết câu trả lời trong vòng 7 ngày theo lịch, chúng tôi phải chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

kháng cáo, nơi một tổ chức đánh giá độc lập sẽ xét duyệt yêu cầu này. Phần 7.6 giải thích về quy trình kháng cáo Cấp 2.

- **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 bảo hiểm càng nhanh càng tốt theo nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị, nhưng không quá **7 ngày theo lịch** 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 kháng cáo tiêu chuẩn 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 cáo để một tổ chức đánh giá độc lập xét duyệt yêu cầu này.
- **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.

Bước 4: 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 quy trình kháng cáo và nộp đơn kháng cáo khác 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 quy trình kháng cáo.

Phần 7.6 Hướng dẫn từng bước: Cách nộp đơn kháng cáo Cấp 2

Thuật Ngữ Pháp Lý

Tên chính thức cho tổ chức đánh giá độc lập là **Cơ Quan Đánh Giá Độc Lập**. Tổ chức này đôi khi được gọi là **IRE**.

Tổ chức đánh giá độc lập là một tổ chức độc lập được Medicare thuê. Tổ chức này không liên kết với chúng tôi và không phải là cơ quan chính phủ. Tổ chức này quyết định liệu quyết định chúng tôi đã đưa ra có chính xác không hoặc liệu có cần thay đổi hay không. Medicare giám sát hoạt động của tổ chức.

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Bước 1: Quý vị (hoặc người đại diện của quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác) phải liên hệ với tổ chức đánh giá độc lập và yêu cầu xét duyệt 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 hệ với tổ chức đánh giá. Tuy nhiên, nếu chúng tôi không hoàn thành xét duyệt trong khung thời gian áp dụng hoặc đưa ra quyết định không mong muốn đối với quyết định **có nguy cơ** theo chương trình quản lý thuốc của chúng tôi, chúng tôi sẽ tự động gửi yêu cầu của quý vị đến IRE.
- 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 trường hợp** của quý vị. **Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp một bản sao hồ sơ trường hợp của quý vị.**
- 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.

Bước 2: Tổ chức đánh giá độc lập xét duyệt đơn kháng cáo của quý vị.

Những người xét duyệt 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.

Thời hạn cho kháng cáo nhanh

- Nếu cần kháng cáo nhanh do tình trạng sức khỏe, quý vị hãy yêu cầu kháng cáo nhanh với tổ chức đánh giá độc lập.
- Nếu tổ chức này đồng ý áp dụng kháng cáo nhanh cho quý vị, tổ chức này phải cho quý vị biết câu trả lời đối với đơn kháng cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được yêu cầu kháng cáo của quý vị.

Thời hạn cho kháng cáo tiêu chuẩn

- Đối với kháng cáo tiêu chuẩn, 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.

Bước 3: Tổ chức đánh giá độc lập sẽ cho quý vị biết câu trả lời của họ.

Đối với kháng cáo nhanh:

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

- 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 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.

Đối với kháng cáo tiêu chuẩn:

- Nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý đối với một phần hoặc tất cả yêu cầu bảo hiểm quý vị, chúng tôi phải **cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được tổ chức đánh giá 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 đồng ý với một phần hoặc tất cả 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 một phần hoặc toàn bộ kháng cáo của quý vị, điều này có nghĩa là họ đồng ý với quyết định của chúng tôi khi không chấp thuận yêu cầu (hoặc một phần yêu cầu) của quý vị. (Điều này được gọi là **tán thành quyết định**. Điều này cũng được gọi là **từ chối đơn kháng cáo của quý vị**). Trong trường hợp này, tổ chức đánh giá độc lập sẽ gửi thư cho quý vị:

- Giải thích quyết định của họ.
- Thông báo cho quý vị về quyền được kháng cáo Cấp 3 nếu giá trị tính bằng đô la của mức bảo hiểm thuốc mà quý vị yêu cầu đáp ứng mức tối thiểu nhất định. Nếu trị giá bảo hiểm thuốc tính bằng đô la mà quý vị yêu cầu quá thấp, quý vị không thể tiếp tục kháng cáo thêm và quyết định ở Cấp 2 sẽ là quyết định cuối cùng.
- Cho quý vị biết giá trị đang tranh chấp tính bằng đô la phải là bao nhiêu để tiếp tục quy trình kháng cáo.

Bước 4: 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 quy trình kháng cáo sau Cấp 2 (tổng cộng năm cấp kháng cáo).
- Nếu quý vị muốn tiếp tục nộp đơn kháng cáo Cấp 3 thì những chi tiết về cách thực hiện sẽ có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau khi có quyết định về 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 10 của chương này cho biết thêm về Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng cáo.

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

PHẦN 8 Cách yêu cầu chúng tôi bao trả cho thời gian nằm viện điều trị nội trú kéo dài nếu quý vị cho rằng quý vị được cho xuất viện quá sớm

Khi quý vị nhập viện, quý vị có quyền nhận tất cả dịch vụ bệnh viện được bao trả cần thiết để chẩn đoán và điều trị chấn thương hoặc căn bệnh của quý vị.

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 quý vị ra viện. Họ 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**.
- 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 8.1 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 vòng hai ngày sau khi nhập viện, 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 mọi người có Medicare sẽ nhận được một bản sao của thông báo này. Nếu quý vị không nhận được thông báo từ một người trong bệnh viện (ví dụ như một nhân viên công tác xã hội hoặc y tá), hãy hỏi nhân viên bệnh viện để xin bản thông báo. Nếu quý vị cần trợ giúp, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. (TTY 1-877-486-2048).

1. Hãy đọc kỹ thông báo này và đặt câu hỏi nếu quý vị không hiểu. Thông báo này cho quý vị biết:

- 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 được tham gia vào bất kỳ quyết định nào về việc nằm viện của quý vị.
- Nơi nhận báo cáo về bất kỳ mối quan ngại nào của quý vị về chất lượng dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện.
- Quyền của quý vị được **yêu cầu xem xét ngay lập tức** quyết định xuất viện nếu quý vị cho rằng quý vị được xuất viện quá sớm. Đây là một cách chính thức, hợp pháp để yêu cầu hoãn ngày xuất viện để chúng tôi bao trả dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện của quý vị trong thời gian lâu hơn.

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

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.
 - Việc ký thông báo chỉ thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông tin về các quyền của mình. Thông báo này không đưa ra ngày xuất viện của quý vị. Việc ký thông báo **không có nghĩa là** quý vị đồng ý với ngày xuất viện.
3. **Hãy giữ bản sao** của thông báo ở nơi thuận tiện để quý vị có thông tin về việc nộp đơn kháng cáo (hoặc báo cáo lo ngại về chất lượng dịch vụ chăm sóc) khi cần.
 - Nếu quý vị ký thông báo hơn hai ngày trước ngày xuất 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 hoặc 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 cũng có thể xem thông báo trực tuyến tại www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Phần 8.2 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 quy trình.**
- **Đáp ứng thời hạn.**
- **Yêu cầu trợ giúp nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp tại bất cứ thời điểm nào, vui lòng gọi đến Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Hoặc gọi chương trình Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Sức Khỏe Tiểu Bang, một tổ chức chính phủ cung cấp trợ giúp cá nhân.

Trong quá trình kháng cáo Cấp 1, Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ xét duyệt đơn kháng cáo của quý vị. Tổ chức này sẽ kiểm tra xem ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị có phù hợp về mặt y tế không.

Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng là một nhóm các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc y tế khác do chính phủ Liên Bang trả lương để kiểm tra và cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc dành cho những người tham gia Medicare. Việc này bao gồm xét duyệt ngày xuất viện đối với những người tham gia Medicare. Những chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi.

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Bước 1: Liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng tại tiểu bang của quý vị và yêu cầu xét duyệt ngay lập tức việc xuất viện của quý vị. Quý vị phải nhanh chóng hành động.

Làm thế nào để liên hệ 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 trong tiểu bang của quý vị trong Chương 2.

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 xuất 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 chờ quyết định từ Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng.
 - 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 hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng và quý vị vẫn muốn kháng cáo, 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 8.4 của chương này.

Sau khi yêu cầu xem xét ngay lập tức việc xuất viện của quý vị, Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ liên hệ với chúng tôi. Muộn nhất là trưa ngày hôm sau khi chúng tôi được họ liên hệ, chúng tôi sẽ đưa ra **Thông Báo Chi Tiết về Xuất Viện** cho quý vị. Thông báo này cung cấp cho quý vị ngày xuất viện theo kế hoạch và giải thích chi tiết lý do vì sao bác sĩ, bệnh viện và chúng tôi nghĩ rằng quý vị được xuất viện vào ngày đó là đúng (phù hợp về mặt y tế).

Quý vị có thể lấy mẫu Thông Báo Chi Tiết về Xuất Viện bằng cách gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên 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 2: Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng tiến hành xét duyệt độc lập trường hợp của quý vị.

- Các chuyên gia sức khỏe tại Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (chúng tôi sẽ gọi tắt họ là người xét duyệt) 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.

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

- Những người xét duyệt cũng sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, trao đổi với bác sĩ của quý vị, và xét duyệt thông tin mà bệnh viện và chúng tôi cung cấp cho họ.
- Muộn nhất là vào trưa ngày sau khi những người xét duyệt thông báo cho chúng tôi về kháng cáo của quý vị, quý vị sẽ nhận được thông báo bằng văn bản của chúng tôi cho biết ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị. Thông báo này cũng giải thích chi tiết lý do vì sao bác sĩ, bệnh viện và chúng tôi nghĩ rằng quý vị được xuất viện vào ngày đó là đúng (phù hợp về mặt y tế).

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*, **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 vẫn 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 các giới hạn đối với các dịch vụ tại bệnh viện được bao trả của quý vị.

Điều gì xảy ra nếu câu trả lời là từ chối?

- Nếu tổ chức đánh giá *từ chối*, họ cho rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là phù 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 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 cho quý vị biết câu trả lời của họ đối với đơn kháng cáo của quý vị.

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.

- Nếu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng *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 quy trình kháng cáo.

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Phần 8.3 Hướng dẫn từng bước: Cách nộp đơn kháng cáo Cấp 2 để thay đổi ngày quý vị xuất viện

Trong quá trình kháng cáo Cấp 2, quý vị yêu cầu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng xem xét lại quyết định của họ 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 trả toàn bộ chi phí cho thời gian quý vị nằm viện sau ngày xuất viện dự kiến.

Bước 1: Liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng một lần nữa và yêu cầu xét duyệt lần nữa.

- Quý vị phải yêu cầu lần xét duyệt này **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau ngày mà Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng *từ chối* đơn kháng cáo Cấp 1 của quý vị. Quý vị chỉ có thể yêu cầu lần xét duyệt này nếu quý vị nằm viện sau ngày bảo hiểm của quý vị cho dịch vụ chăm sóc kết thúc.

Bước 2: Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng thực hiện xét duyệt lần thứ hai đối với trường hợp của quý vị.

- Những người xét duyệt tại Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ xem xét kỹ lưỡng lại tất cả thông tin liên quan đến đơn kháng cáo của quý vị.

Bước 3: Trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu kháng cáo Cấp 2 của quý vị, những người xét duyệt sẽ quyết định về đơn kháng cáo và cho biết quyết định của họ.

Nếu tổ chức đánh giá đồng ý:

- **Chúng tôi phải hoàn trả cho quý vị** phần chia sẻ 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 phần chia sẻ chi phí của mình và chương trình có thể áp dụng các giới hạn 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.
- 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 quy trình xét duyệt.

Bước 4: 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.

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

- Có thêm ba cấp trong quy trình kháng cáo sau Cấp 2 (tổng cộng năm cấp kháng cáo). Nếu quý vị muốn tiếp tục nộp đơn kháng cáo Cấp 3 thì những chi tiết về cách thực hiện sẽ có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau khi có quyết định về 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 10 của chương này cho biết thêm về Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng cáo.

Phần 8.4	Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn nộp đơn kháng cáo Cấp 1 về việc thay đổi ngày xuất viện của quý vị?
-----------------	--

Thuật Ngữ Pháp Lý

Xét duyệt nhanh (hoặc kháng cáo nhanh) còn được gọi là **kháng cáo cấp tốc**.

Quý vị có thể kháng cáo lên chúng tôi

Như đã giải thích ở trên, quý vị phải hành động nhanh chóng để bắt đầu quy trình kháng cáo Cấp 1 về ngày xuất viện của quý vị. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn đề liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng, 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

Bước 1: Hãy liên hệ với chúng tôi và yêu cầu xét duyệt nhanh.

- **Yêu cầu xét duyệt nhanh.** Điều này có nghĩa quý vị đang yêu cầu chúng tôi cho quý vị biết câu trả lời sử dụng thời hạn nhanh thay vì thời hạn tiêu chuẩn. Chương 2 có thông tin liên hệ.

Bước 2: Chúng tôi thực hiện xét duyệt 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 quá trình xét duyệt 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 xem liệu quyết định về thời gian quý vị cần rời khỏi bệnh viện có hợp lý và tuân thủ tất cả các quy tắc hay không.

Bước 3: Chúng tôi đưa ra quyết định của chúng tôi cho quý vị trong vòng 72 giờ sau khi quý vị yêu cầu xét duyệt nhanh.

- **Nếu chúng tôi đồng ý với kháng cáo của quý vị,** điều đó có nghĩa là chúng tôi đồng ý rằng quý vị vẫn cần nằm viện sau ngày xuất viện. Chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp các dịch vụ bệnh viện nội trú được bao trả của quý vị miễn là các dịch vụ này còn cần thiết về mặt y tế. Điều này cũng có nghĩa rằng chúng tôi đã đồng ý hoàn trả cho quý vị chia

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

sẽ 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 chia sẻ chi phí của quý vị và chúng tôi có thể áp dụng giới hạn mức bảo hiểm).

- **Nếu chúng tôi từ chối đơn kháng cáo của quý vị**, 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 nằm 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.

Bước 4: Nếu chúng tôi **từ chối** đơn kháng cáo của quý vị, trường hợp của quý vị sẽ được tự động chuyển lên cấp tiếp theo của quy trình kháng cáo.

Hướng dẫn từng bước: Quy Trình Kháng Cáo Thay Thế Cấp 2

Thuật Ngữ Pháp Lý
Tên chính thức cho tổ chức đánh giá độc lập là Cơ Quan Đánh Giá Độc Lập . Tổ chức này đôi khi được gọi là IRE .

Tổ chức đánh giá độc lập là một tổ chức độc lập được Medicare thuê. Tổ chức này không liên kết với chương trình của chúng tôi và không phải là cơ quan chính phủ. Tổ chức này quyết định liệu quyết định chúng tôi đã đưa ra có chính xác không hoặc liệu có cần thay đổi hay không. Medicare giám sát hoạt động của tổ chức.

Bước 1: 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. Phần 11 của chương này cho biết cách nộp đơn khiếu nại).

Bước 2: Tổ chức đánh giá độc lập thực hiện xét duyệt nhanh đơn kháng cáo của quý vị. Những người xét duyệt sẽ cho quý vị biết câu trả lời trong vòng 72 giờ.

- Những người xét duyệt 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 bồi hoàn 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

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Quý vị miễn là điều đó còn cần thiết về mặt y tế. Quý vị phải tiếp tục thanh toán phần chia sẻ 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 bồi hoàn hoặc thời gian chúng tôi sẽ tiếp tục bao 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 phù hợp về mặt y tế.
- Thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được từ tổ chức đánh giá độc lập sẽ cho biết cách bắt đầu quy trình xét duyệt kháng cáo Cấp 3, được xử lý bởi một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử.

Bước 3: 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 quy trình kháng cáo sau Cấp 2 (tổng cộng năm cấp kháng cáo). Nếu những người xét duyệt 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 làm đơn kháng cáo Cấp 3.
- Phần 10 của chương này cho biết thêm về Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng cáo.

PHẦN 9 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

Phần 9.1 *Phần này chỉ trình bày về ba loại dịch vụ:*
Chương trình chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn và dịch vụ tại Cơ Sở Phục Hồi Ngoại Trú Toàn Diện (CORF)

Khi quý vị đang nhận được **dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc điều dưỡng chuyên môn hoặc chăm sóc phục hồi chức năng (Cơ Sở Phục Hồi Ngoại Trú Toàn Diện)** được bao trả, quý vị có quyền tiếp tục nhận được dịch vụ 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.

Khi chúng tôi quyết định đã đến lúc phải ngừng bao 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 thanh toán 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.

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Phần 9.2 Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết trước khi nào bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt

Thuật Ngữ Pháp Lý

Thông Báo Về Việc Không Bao Trả Của Medicare. Thông báo này cho quý vị biết cách yêu cầu xét đơn **kháng cáo giải quyết nhanh**. Yêu cầu xét đơn kháng cáo giải quyết nhanh là cách chính thức, hợp pháp để yêu cầu thay đổi quyết định bảo hiểm của chúng tôi về thời điểm ngừng dịch vụ chăm sóc của quý vị.

1. **Quý vị nhận được thông báo bằng văn bản** ít nhất hai ngày trước khi chương trình của chúng tôi ngừng bao trả dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Thông báo sẽ cho quý vị biết:
 - Ngày chúng tôi sẽ ngừng bao trả dịch vụ chăm sóc cho quý vị.
 - Cách yêu cầu kháng cáo giải quyết nhanh để yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả dịch vụ chăm sóc của quý vị trong một khoảng thời gian dài hơn.
2. **Quý vị, hoặc một người hành động thay mặt cho quý vị, sẽ được yêu cầu ký văn bản thông báo để thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông báo.** 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 vào thông báo này không có nghĩa là quý vị đồng ý với quyết định của chương trình về việc ngừng dịch vụ chăm sóc.**

Phần 9.3 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 bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị trong thời gian lâu hơn, quý vị sẽ cần phải 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 quy trình.**
- **Đáp ứng thời hạn.**
- **Yêu cầu trợ giúp nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp tại bất cứ thời điểm nào, vui lòng gọi đến Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Hoặc gọi chương trình Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Sức Khỏe Tiểu Bang, một tổ chức chính phủ cung cấp trợ giúp cá nhân.

Trong quá trình kháng cáo Cấp 1, Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ xét duyệt đơn kháng cáo của quý vị. Tổ chức này sẽ quyết định xem ngày kết thúc dịch vụ chăm sóc của quý vị có phù hợp về mặt y tế hay không.

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Bước 1: Nộp đơn kháng cáo Cấp 1 của quý vị: liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng và yêu cầu kháng cáo giải quyết nhanh. Quý vị phải nhanh chóng hành động.

Làm thế nào để liên hệ với tổ chức này?

- Thông báo bằng văn bản quý vị đã nhận được (*Thông Báo Về Việc Không Bao Trả Của Medicare*) 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 trong tiểu bang của quý vị trong Chương 2).

Nhanh chóng hành động:

- Quý vị phải liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng để bắt đầu kháng cáo muộn nhất là vào **buổi 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 hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng và quý vị vẫn muốn kháng cáo, thì 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 9.5 của chương này.

Bước 2: Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng tiến hành xét duyệt độc lập trường hợp của quý vị.

Thuật Ngữ Pháp Lý
Giải Thích Chi Tiết về Việc Không Bao Trả. Thông báo nhằm cung cấp thông tin chi tiết về các lý do kết thúc bảo hiểm.

Điều gì xảy ra trong lần xét duyệt này?

- Các chuyên gia sức khỏe tại Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (những người xét duyệt) sẽ hỏi quý vị hoặc người đại diện của quý vị, tại sao quý vị tin rằng bảo hiểm cho dịch vụ cần được 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 xét duyệt thông tin mà chương trình của chúng tôi đã cung cấp cho họ.
- Cuối cùng, những người xét duyệt sẽ thông báo cho chúng tôi biết về kháng cáo của quý vị, quý vị cũng sẽ nhận được thư **Giải Thích Chi Tiết về Việc Không Bao Trả** từ chúng tôi nhằm giải thích chi tiết lý do chúng tôi ngừng bao trả cho các dịch vụ của quý vị.

Bước 3: Trong vòng một ngày sau khi có tất cả các thông tin cần thiết, những người xét duyệt sẽ cho quý vị biết quyết định của họ.

Điều gì sẽ xảy ra nếu những người xét duyệt trả lời đồng ý?

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

- Nếu những người xét duyệt 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 dịch vụ đó 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). Có thể có các giới hạn đối với các dịch vụ được bao trả của quý vị.

Điều gì sẽ xảy ra nếu những người xét duyệt trả lời từ chối?

- Nếu những người xét duyệt từ chối, thì bảo hiểm của quý vị **sẽ chấm dứt vào ngày chúng tôi đã thông báo cho quý vị.**
- 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.

- Nếu những người xét duyệt *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 nộp đơn kháng cáo Cấp 2.

Phần 9.4 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

Trong quá trình kháng cáo Cấp 2, quý vị yêu cầu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng xem xét lại quyết định của họ 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.

Bước 1: Liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng một lần nữa và yêu cầu xét duyệt lần nữa.

- Quý vị phải yêu cầu lần xét duyệt này **trong vòng 60 ngày** sau ngày Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng từ chối đơn kháng cáo Cấp 1 của quý vị. Quý vị chỉ có thể yêu cầu lần xét duyệt 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.

Bước 2: Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng thực hiện xét duyệt lần thứ hai đối với trường hợp của quý vị.

- Những người xét duyệt tại Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ xem xét kỹ lưỡng lại tất cả thông tin liên quan đến đơn kháng cáo của quý vị.

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Bước 3: Trong vòng 14 ngày sau khi nhận được yêu cầu kháng cáo của quý vị, những người xét duyệt sẽ quyết định về đơn kháng cáo của quý vị và cho quý vị biết quyết định của họ.

Điều gì sẽ xảy ra nếu tổ chức đánh giá trả lời đồng ý?

- **Chúng tôi phải bồi hoàn cho quý vị** phần chia sẻ 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 chia sẻ chi phí của quý vị và chúng tôi có thể áp dụng các giới hạn mức bảo hiểm.

Điều gì xảy ra nếu tổ chức đánh giá từ chối?

- Điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định đã đưa ra đối với đơn kháng cáo Cấp 1 của quý vị.
- 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 quy trình xét duyệt. 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.

Bước 4: 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 quy trình kháng cáo sau Cấp 2, trong tổng số năm cấp kháng cáo. Nếu quý vị muốn tiếp tục nộp đơn kháng cáo Cấp 3 thì những chi tiết về cách thực hiện sẽ có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau khi có quyết định về 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 10 của chương này cho biết thêm về Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng cáo.

Phần 9.5	Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn nộp đơn kháng cáo Cấp 1?
-----------------	---

Quý vị có thể kháng cáo lên chúng tôi

Như đã giải thích ở trên, quý vị phải nhanh chóng liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng để bắt đầu nộp 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 hệ 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

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Thuật Ngữ Pháp Lý

Xét duyệt nhanh (hoặc kháng cáo nhanh) còn được gọi là **kháng cáo cấp tốc**.

Bước 1: Hãy liên hệ với chúng tôi và yêu cầu xét duyệt nhanh.

- **Yêu cầu xét duyệt nhanh.** Điều này có nghĩa quý vị đang yêu cầu chúng tôi cho quý vị biết câu trả lời sử dụng thời hạn nhanh thay vì thời hạn tiêu chuẩn. Chương 2 có thông tin liên hệ.

Bước 2: Chúng tôi tiến hành xét duyệt 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 lần xét duyệt 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.

Bước 3: Chúng tôi đưa ra quyết định của chúng tôi cho quý vị trong vòng 72 giờ sau khi quý vị yêu cầu xét duyệt 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 dịch vụ đó 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 chia sẻ chi phí của quý vị và chúng tôi có thể áp dụng giới hạn mức bảo hiểm).
- **Nếu chúng tôi 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 và chúng tôi sẽ không trả bất kỳ phần chia sẻ chi phí nào sau ngày này.
- Nếu quý vị 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 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.

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối đơn kháng cáo nhanh của quý vị, trường hợp của quý vị sẽ tự động được chuyển lên cấp tiếp theo của quy trình kháng cáo.

Thuật Ngữ Pháp Lý

Tên chính thức cho tổ chức đánh giá độc lập là **Cơ Quan Đánh Giá Độc Lập**. Tổ chức này đôi khi được gọi là **IRE**.

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Hướng dẫn từng bước: Quy Trình Kháng Cáo *Thay Thế Cấp 2*

Trong quá trình kháng cáo Cấp 2, **tổ chức đánh giá độc lập** sẽ xét duyệt quyết định chúng tôi đã đưa ra đối với đơn kháng cáo nhanh của quý vị. Tổ chức này quyết định liệu quyết định đó có cần thay đổi hay không. **Tổ chức đánh giá độc lập là một tổ chức độc lập được Medicare thuê.** Tổ chức này không liên kết với chương trình của chúng tôi và không phải là 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.

Bước 1: Chúng tôi 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. Phần 11 của chương này cho biết cách nộp đơn khiếu nại).

Bước 2: Tổ chức đánh giá độc lập thực hiện xét duyệt nhanh đơn kháng cáo của quý vị. Những người xét duyệt sẽ cho quý vị biết câu trả lời trong vòng 72 giờ.

- Những người xét duyệt 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 phần chia sẻ 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 bao 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 chia sẻ 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 bồi hoàn hoặc thời gian chúng tôi sẽ tiếp tục bao trả các dịch vụ.
- **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 nộp đơn kháng cáo Cấp 3.

Bước 3: Nếu tổ chức đánh giá độc lập từ chối 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 quy trình kháng cáo sau Cấp 2, trong tổng số năm cấp kháng cáo. Nếu quý vị muốn tiếp tục nộp đơn kháng cáo Cấp 3 thì những chi tiết về cách thực hiện sẽ có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau khi có quyết định về kháng cáo Cấp 2 của quý vị.

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

- Kháng cáo Cấp 3 được xét duyệt bởi một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử. Phần 10 của chương này cho biết thêm về Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng cáo.

PHẦN 10 Tiếp tục chuyển đơn kháng cáo của quý vị lên Cấp 3 và các cấp cao hơn

Phần 10.1 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 tiền mặt của vật phẩm 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 cấp kháng cáo tiếp theo. Nếu giá trị tiền mặt thấp hơn mức tối thiểu, quý vị không thể tiếp tục 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 cách nộp đơn kháng cáo Cấp 3.

Đối với hầu hết các tình huống liên quan đến kháng cáo, ba cấp kháng cáo cuối cùng hoạt động khá giống nhau. Đây là người giải quyết việc xét duyệt đơn kháng cáo của quý vị ở mỗi cấp này.

Kháng cáo Cấp 3 Một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử làm việc cho chính phủ Liên Bang sẽ xét duyệt kháng cáo và trả lời quý vị.

- **Nếu Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử đồng ý đơn kháng cáo của quý vị, quy trình kháng cáo có thể kết thúc hoặc không thể kết thúc.** Không giống như quyết định ở kháng cáo Cấp 2, chúng tôi có quyền kháng cáo quyết định ở Cấp 3 mà có lợi cho quý vị. Nếu chúng tôi quyết định kháng cáo, trường hợp này sẽ chuyển thành kháng cáo Cấp 4.
 - Nếu chúng tôi quyết định không kháng cáo, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế 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 Cấp 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 chăm sóc y tế đang tranh chấp.
- **Nếu Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử từ chối đơn kháng cáo của quý vị, quy trình 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 thì quy trình kháng cáo kết thúc.
 - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định đó, quý vị có thể tiếp tục tới cấp tiếp theo của quy trình xét duyệt. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết việc cần làm cho kháng cáo Cấp 4.

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Kháng cáo Cấp 4 **Hội Đồng Kháng Cáo Medicare** (Hội Đồng) sẽ xét duyệt đơn kháng cáo của quý vị và cho quý vị biết câu trả lời. Hội Đồng này thuộc chính quyền Liên Bang.

- **Nếu câu trả lời là đồng ý, hoặc nếu Hội Đồng từ chối yêu cầu xét duyệt của chúng tôi đối với quyết định có lợi ở kháng cáo Cấp 3, quy trình kháng cáo *có thể* kết thúc hoặc *không thể* kết thúc.** Không giống như quyết định ở Cấp 2, chúng tôi có quyền kháng cáo quyết định ở Cấp 4 mà có lợi cho quý vị. Chúng tôi sẽ quyết định có nên kháng cáo quyết định này đến Cấp 5 hay không.
 - Nếu chúng tôi quyết định không kháng cáo quyết định đó, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế 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 từ chối yêu cầu xét duyệt, quy trình 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 thì quy trình kháng cáo kết thúc.
 - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định đó, quý vị có thể tiếp tục chuyển lên cấp tiếp theo của quy trình xét duyệt. 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 và cách tiếp tục với kháng cáo Cấp 5.

Kháng cáo Cấp 5 Một thẩm phán tại **Tòa Án Quận Liên Bang** sẽ xét duyệt đơn kháng cáo của quý vị.

- Thẩm phán sẽ xét duyệt tất cả thông tin và quyết định *đồng ý* hoặc *từ chối* yêu cầu của quý vị. Đây là câu trả lời cuối cùng. Không còn thêm cấp kháng cáo nào sau cấp Tòa Án Quận Liên Bang.

Phần 10.2 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 cấp 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 hệ 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 cấp kháng cáo cuối cùng hoạt động khá giống nhau. Đây là người giải quyết việc xét duyệt đơn kháng cáo của quý vị ở mỗi cấp này.

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Kháng cáo Cấp 3 Một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử làm việc cho chính phủ Liên Bang sẽ xét duyệt kháng cáo và trả lời quý vị.

- Nếu câu trả lời là **đồng ý**, quy trình kháng cáo kết thúc. 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**, quy trình 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 thì quy trình kháng cáo kết thúc.
 - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định đó, quý vị có thể tiếp tục tới cấp tiếp theo của quy trình xét duyệt. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết việc cần làm cho kháng cáo Cấp 4.

Kháng cáo Cấp 4 Hội Đồng Kháng Cáo Medicare (Hội Đồng) sẽ xét duyệt đơn kháng cáo của quý vị và cho quý vị biết câu trả lời. Hội Đồng này thuộc chính quyền Liên Bang.

- Nếu câu trả lời là **đồng ý**, quy trình kháng cáo kết thúc. 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**, quy trình 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 thì quy trình kháng cáo kết thúc.
 - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định đó, quý vị có thể tiếp tục chuyển lên cấp tiếp theo của quy trình xét duyệt. Nếu Hội Đồng từ chối đơn kháng cáo của quý vị hoặc từ chối yêu cầu xem xét đơn kháng cáo của quý vị, 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. Thông báo này cũng sẽ thông báo cho quý vị biết cần liên hệ với ai và cần làm gì nếu quý vị lựa chọn tiếp tục kháng cáo.

Kháng cáo Cấp 5 Một thẩm phán tại Tòa Án Quận Liên Bang sẽ xét duyệt đơn kháng cáo của quý vị.

- Thẩm phán sẽ xét duyệt tất cả thông tin và quyết định **đồng ý** hoặc **từ chối** yêu cầu của quý vị. Đây là câu trả lời cuối cùng. Không còn thêm cấp kháng cáo nào sau cấp Tòa Án Quận Liên Bang.

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

PHẦN 11 Cách nộp đơn khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ, dịch vụ khách hàng hoặc các lo ngại khác

Phần 11.1 Những loại vấn đề nào được giải quyết theo quy trình khiếu nại?

Quy trình khiếu nại *chỉ* được dùng cho một số loại vấn đề nhất định. Những loại này gồm các vấn đề về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ, và dịch vụ khách hàng. Sau đây là ví dụ về một số loại vấn đề được quy trình khiếu nại xử lý.

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 (bao gồm dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện) không?
Tôn trọng quyền riêng tư của quý vị	Có người không tôn trọng quyền riêng tư của quý vị hoặc chia sẻ thông tin bí 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 có không hài lòng với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên của chúng tôi không? - Quý vị có cảm thấy mình đang được khuyến khích rời chương trình không?
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 Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên của chúng tôi hay nhân viên khác của chương trình? - Ví dụ như chờ quá lâu khi gọi điện, trong phòng chờ hoặc phòng khám, hoặc lấy toa thuốc.
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	- Có phải chúng tôi không gửi cho quý vị thông báo cần thiết không? - Thông tin bằng văn bản của chúng tôi có khó hiểu không?

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

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)	Nếu quý vị đã yêu cầu chúng tôi về một quyết định bảo hiểm 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 ra một quyết định nhanh về bảo hiểm hoặc kháng cáo nhanh và chúng tôi đã từ chối, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại. - Quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn của các quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo; quý vị có thể khiếu nại. - Quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn bao trả hoặc bồi hoàn cho quý vị về một số vật phẩm hoặc dịch vụ y tế hoặc thuốc đã được phê duyệt; quý vị có thể khiếu nại. - Quý vị tin rằng chúng tôi không đáp ứng được thời hạn theo yêu cầu trong việc chuyển tiếp trường hợp của quý vị đến tổ chức đánh giá độc lập; quý vị có thể khiếu nại.

Phần 11.2 Cách nộp đơn khiếu nại

Thuật Ngữ Pháp Lý

- Khiếu nại** cũng được gọi là **than phiền**.
- Nộp đơn khiếu nại** cũng được gọi là **nộp đơn than phiền**.
- Sử dụng quy trình khiếu nại** cũng được gọi là **sử dụng quy trình nộp đơn than phiền**.
- Khiếu nại nhanh** còn được gọi là **than phiền nhanh**.

Phần 11.3 Hướng dẫn từng bước: Cách nộp đơn khiếu nại

Bước 1: Liên hệ 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.
- 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 khiếu nại bằng văn bản, chúng tôi sẽ phản hồi lại khiếu nại của quý vị bằng văn bản.

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

- 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. Hoặc, quý vị có thể gửi email cho chúng tôi một yêu cầu bằng văn bản tới địa chỉ được nêu trong phần *Khiếu Nại về Dịch Vụ Chăm Sóc Y Tế* hoặc *Khiếu Nại về Thuốc Theo Toa Part D* trong *Chương 2* của tài liệu này.
 - Nếu quý vị yêu cầu trả lời bằng văn bản, nếu quý vị nộp đơn khiếu nại (than phiền) bằng văn bản, 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.
 - Quý vị cần nộp đơn khiếu nại trong vòng 60 ngày sau ngày xảy ra sự việc. Quý vị có thể gửi khiếu nại của mình một cách chính thức bằng văn bản theo địa chỉ được nêu trong phần *Khiếu Nại về Dịch Vụ Chăm Sóc Y Tế* hoặc *Khiếu Nại về Thuốc Theo Toa Part D* trong *Chương 2* của tài liệu này.
 - Chúng tôi phải thông báo cho quý vị quyết định của mình về khiếu nại của quý vị nhanh chóng theo yêu cầu của trường hợp của quý vị dựa trên tình trạng sức khỏe của quý vị, tuy nhiên chậm nhất là 30 ngày theo lịch sau khi nhận được khiếu nại của quý vị. Chúng tôi có thể gia hạn thời gian tối đa 14 ngày theo lịch 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 xét duyệt nhanh về khiếu nại của quý vị. Đây được gọi là **Thủ Tục Than Phiền Nhanh**. Quý vị có quyền được xét duyệt nhanh về khiếu nại của mình nếu không đồng ý với quyết định của chúng tôi trong các trường hợp sau:
 - Chúng tôi từ chối yêu cầu được xét duyệt 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 xét duyệt 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 xét duyệt yêu cầu dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị.
 - Chúng tôi quyết định cần thêm thời gian để xét duyệt kháng cáo của quý vị về dịch vụ chăm sóc y tế bị từ chối.
- Quý vị có thể gửi loại khiếu nại này qua điện thoại bằng cách gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Quý vị cũng có thể gửi khiếu nại cho chúng tôi bằng văn bản theo địa chỉ được nêu trong phần *Khiếu Nại về Dịch Vụ Chăm Sóc Y Tế* hoặc *Khiếu Nại về Thuốc Theo Toa Part D* trong *Chương 2* của tài liệu này. Sau khi nhận được khiếu nại nhanh, một Bác Sĩ Lâm Sàng sẽ xét duyệt trường hợp của quý vị để quyết định lý do từ chối yêu cầu được xét duyệt 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

Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

trường hợp và thông báo bằng văn bản trong vòng 24 giờ kể từ khi nhận được khiếu nại của quý vị.

- **Thời hạn** nộp đơn khiếu nại là 60 ngày theo lịch kể từ khi quý vị gặp vấn đề mà quý vị muốn khiếu nại.

Bước 2: 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.
- **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 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 cho quý vị.** Nếu quý vị có đơn khiếu nại nhanh, điều đó có nghĩa là chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời trong vòng 24 giờ.
- **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 lý do trong câu trả lời của chúng tôi.

Phần 11.4 Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về chất lượng chăm sóc lên Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng

Khi đơn khiếu nại của quý vị là về *chất lượng chăm sóc*, quý vị cũng có hai tùy chọn bổ sung:

- **Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại trực tiếp lên Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng.** 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 quyền Liên Bang trả lương để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc dành cho bệnh nhân tham gia Medicare. Chương 2 có thông tin liên hệ.

Hoặc

- **Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại cùng lúc lên Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng và chúng tôi.**

Phần 11.5 Quý vị cũng có thể thông báo cho Medicare về đơn khiếu nại của quý vị

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại về chương trình của chúng tôi trực tiếp lên Medicare. Để nộp đơn khiếu nại lên Medicare, hãy truy cập www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY/TDD có thể gọi số 1-877-486-2048.

**Chương 9 Những việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại
(quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)**

CÁC VẤN ĐỀ VỀ PHÚC LỢI MEDICAID CỦA QUÝ VỊ

PHẦN 12 Xử lý các vấn đề về phúc lợi Medicaid của quý vị

Nếu quý vị cho rằng quý vị bị từ chối không hợp lý một dịch vụ hoặc thanh toán cho một dịch vụ được Medicaid bao trả, quý vị có quyền kháng cáo quyết định của chúng tôi lên Medicaid. Để nộp đơn than phiền (khiếu nại) hoặc kháng cáo về dịch vụ Medicaid, vui lòng liên hệ Medicaid. Quý vị có thể tìm thông tin liên hệ trong Chương 2, Phần 6.

CHƯƠNG 10:

*Kết thúc tư cách thành viên của quý
vị trong chương trình của chúng tôi*

Chương 10 Kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

PHẦN 1 Giới thiệu về chấm dứt tham gia chương trình của chúng tôi với tư cách thành viên

Việc chấm dứt là thành viên chương trình Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 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. Phần 2 và 3 cung cấp thông tin về việc tự nguyện chấm dứt tư cách thành viên của quý vị.
- Cũng có một số ít trường hợp khi quý vị không chọn rời bỏ, nhưng chúng tôi bị bắt buộc chấm dứt tư cách thành viên của quý vị. Phần 5 cho quý vị biết về các tình huống, khi chúng tôi phải chấm dứt tư cách thành viên của quý vị.

Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, chương trình của chúng tôi phải tiếp tục cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế và thuốc theo toa của quý vị và quý vị sẽ tiếp tục thanh toán phần chia sẻ chi phí cho đến khi tư cách thành viên của quý vị kết thúc.

PHẦN 2 Khi nào quý vị có thể chấm dứt là thành viên chương trình của chúng tôi?

Phần 2.1 Quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên do quý vị có Medicare và Medicaid

Hầu hết mọi người tham gia Medicare có thể kết thúc tư cách thành viên chỉ trong những thời điểm nhất định của năm. Bởi quý vị có Medicaid, quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi hoặc chuyển sang một chương trình khác một lần trong mỗi Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt sau đây:

- tháng 1 đến tháng 3
- tháng 4 đến tháng 6
- tháng 7 đến tháng 9

Nếu quý vị tham gia vào chương trình của chúng tôi trong một trong những giai đoạn này, quý vị sẽ phải đợi đến giai đoạn tiếp theo mới được chấm dứt tư cách thành viên hoặc chuyển sang một chương trình khác. Quý vị không thể sử dụng Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt này để chấm dứt tư cách thành viên của mình trong chương trình của chúng tôi từ tháng 10 đến tháng 12. Tuy nhiên, tất cả những người có Medicare có thể thực hiện thay đổi từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 trong Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm. Phần 2.2 cho quý vị biết thêm về Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm.

- Chọn bất kỳ loại chương trình Medicare nào sau đây:

Chương 10 Kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

- Một chương trình sức khỏe Medicare khác, có hoặc không có bảo hiểm thuốc theo toa
- Original Medicare có chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare riêng biệt
- Original Medicare không kèm theo một chương trình bảo hiểm cho thuốc theo toa riêng biệt của Medicare
 - Nếu quý vị chọn lựa chọn này, Medicare có thể đăng ký quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị đã chọn không tham gia đăng ký tự động.

Lưu ý: Nếu quý vị hủy ghi danh 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 thuốc Medicare.

Liên hệ Văn Phòng Medicaid Tiểu Bang của quý vị để tìm hiểu thêm về các lựa chọn chương trình Medicaid (các số điện thoại có trong Chương 2, Phần 6 của tài liệu này).

- **Khi nào quý vị ngưng là thành viên?** Tư cách thành viên của quý vị sẽ thường kết thúc vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu thay đổi chương trình của quý vị. Việc ghi danh của quý vị trong chương trình mới cũng sẽ bắt đầu vào ngày này.

Phần 2.2 Quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên trong Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm

Quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên của mình trong **Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm** (còn được gọi là Giai Đoạn Ghi Danh Mở Hàng Năm). Trong thời gian này, hãy xem xét bảo hiểm thuốc và sức khỏe của quý vị và quyết định về bảo hiểm cho năm tiếp theo.

- **Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm là từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12.**
- **Hãy chọn giữ lại bảo hiểm hiện tại, hoặc thay đổi 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 sức khỏe Medicare khác, có hoặc không có bảo hiểm thuốc theo toa.
 - Original Medicare có chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare riêng biệt

HOẶC

 - Original Medicare không kèm theo một chương trình bảo hiểm cho thuốc theo toa Medicare riêng biệt.
- **Tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi sẽ chấm dứt khi chương trình bảo hiểm mới của quý vị bắt đầu vào ngày 1 tháng 1.**

Chương 10 Kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Nếu quý vị nhận “Extra Help” 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 hủy ghi danh khỏi chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare và không có bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín từ 63 ngày liên tiếp trở lên, thì quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh muộn Part D nếu sau đó quý vị tham gia một chương trình thuốc Medicare.

Phần 2.3 Quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên của mình trong Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage

Quý vị có cơ hội thay đổi bảo hiểm y tế của quý vị *một lần* trong **Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage**.

- **Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage hàng năm** là từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3.
- **Trong Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage hàng năm**, quý vị có thể:
 - Chuyển sang một Chương Trình Medicare Advantage khác có hoặc không có bảo hiểm thuốc theo toa.
 - Hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi và nhận bảo hiểm thông qua Original Medicare. Nếu quý vị chọn đổi qua Original Medicare trong giai đoạn này, quý vị cũng có thể tham gia một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng vào thời điểm đó.
- **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 bảo hiểm cho thuốc theo toa Medicare, thì tư cách thành viên của quý vị trong chương trình bảo hiểm thuốc sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chương trình bảo hiểm thuốc nhận thư quý vị yêu cầu ghi danh.

Phần 2.4 Trong một số trường hợp nhất định, quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên trong Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt

Trong một trường hợp, quý vị có thể đủ điều kiện chấm dứt tư cách thành viên vào các thời điểm khác trong năm. Đây gọi là **Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt**.

Quý vị có thể đủ điều kiện để kết thúc tư cách thành viên trong Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt nếu quý vị nằm trong bất kỳ tình huống nào sau đây. Đây chỉ là những ví dụ, để có toàn bộ danh sách, quý vị có thể liên hệ với chương trình, gọi Medicare, hoặc vào trang web của Medicare (www.medicare.gov):

Chương 10 Kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

- Thông thường, khi nào quý vị đã di chuyển đi nơi khác.
- Nếu quý vị có California Medi-Cal (Medicaid).
- Nếu quý vị hội đủ điều kiện được nhận “Extra Help” để chi trả cho thuốc theo toa 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 Tuổi (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.
- **Lưu ý:** Phần 2.1 cho quý vị biết thêm về giai đoạn ghi danh đặc biệt cho những người có Medicaid.

Các giai đoạn thời gian ghi danh khác nhau tùy trường hợp của quý vị.

Để tìm hiểu xem quý vị có đủ điều kiện ghi danh trong Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt hay không, xin gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY gọi số 1-877-486-2048. Nếu quý vị đủ điều kiện chấm dứt 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. Quý vị có thể chọn:

- Một chương trình sức khỏe Medicare khác có hoặc không có bảo hiểm thuốc theo toa.
- Original Medicare có 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.

Lưu ý: Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare và không có bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín từ 63 ngày liên tiếp trở lên, thì quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh muộn Part D nếu sau đó quý vị tham gia một chương trình thuốc Medicare.

Nếu quý vị nhận “Extra Help” 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.

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 chương trình.

Lưu ý: Phần 2.1 và Phần 2.2 cho quý vị biết thêm về giai đoạn ghi danh đặc biệt cho những người có Medicaid và Extra Help.

Chương 10 Kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Phần 2.5 Quý vị có thể tìm thêm thông tin về việc khi nào quý vị ngưng là thành viên ở đâu?

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về việc kết thúc tư cách thành viên, quý vị có thể:

- Gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.
- Tìm thông tin trong sổ tay *Medicare & Quý Vị năm 2024*.
- Liên hệ Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. (TTY 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?

Bảng sau đây giải thích cách quý vị nên ngưng là tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi như thế nào.

Nếu quý vị muốn chuyển từ chương trình của chúng tôi sang:	Đây là điều quý vị nên làm:
• Một chương trình sức khỏe Medicare khác	• Ghi danh vào một chương trình sức khỏe mới của Medicare. Bảo hiểm mới của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo. • Quý vị sẽ được tự động hủy ghi danh khỏi Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) khi bảo hiểm của chương trình mới của quý vị bắt đầu.
• Original Medicare có chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare riêng biệt	• Ghi danh vào một chương trình bảo hiểm thuốc theo toa mới của Medicare. Bảo hiểm mới của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo. • Quý vị sẽ được tự động hủy ghi danh khỏi Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) khi bảo hiểm của chương trình mới của quý vị bắt đầu.

Chương 10 Kết thúc tư cách thành viên của quý vị 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:

- Original Medicare *không kèm theo* một chương trình bảo hiểm cho thuốc theo toa riêng biệt của Medicare
 - 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.
 - Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare và không có bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín từ 63 ngày liên tiếp trở lên 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.
- **Gửi chúng tôi yêu cầu hủy ghi danh bằng văn bản.**
 Hãy liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên nếu quý vị cần thêm thông tin về cách thực hiện việc này.
- Quý vị cũng có thể liên hệ **Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần và yêu cầu hủy ghi danh. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.
- Quý vị sẽ được hủy ghi danh khỏi Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) khi bắt đầu có bảo hiểm Original Medicare.

Lưu ý: Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare và không có bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín từ 63 ngày liên tiếp trở lên, thì quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh muộn Part D nếu sau đó quý vị tham gia một chương trình thuốc Medicare.

Đối với các câu hỏi về phúc lợi California Medi-Cal (Medicaid), hãy liên hệ California Medi-Cal (Medicaid), 1-800-541-5555, TTY 1-800-430-7077, 8 a.m. - 5 p.m. PT, thứ Hai - thứ Sáu. Hãy hỏi xem việc tham gia một chương trình khác hay quay lại Original Medicare sẽ ảnh hưởng như thế nào đến cách quý vị nhận bảo hiểm California Medi-Cal (Medicaid).

PHẦN 4

Cho tới khi ngưng là thành viên, quý vị phải tiếp tục nhận các vật phẩm y tế, dịch vụ và thuốc qua chương trình của chúng tôi

Cho đến khi tư cách thành viên của quý vị kết thúc, và bảo hiểm Medicare và Medicaid mới của quý vị bắt đầu, quý vị phải tiếp tục nhận các vật phẩm y tế, dịch vụ và thuốc theo toa thông qua chương trình của chúng tôi.

Chương 10 Kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

- Tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi để nhận dịch vụ chăm sóc y tế.
- Tiếp tục sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi *hoặc đặt hàng qua đường bưu điện để lấy thuốc theo toa của quý vị.*
- Nếu quý vị nhập viện vào ngày kết thúc tư cách thành viên, thời gian nằm viện của quý vị sẽ được chương trình của chúng tôi bao trả cho đến khi xuất viện (ngay cả khi quý vị được xuất viện sau khi bắt đầu bảo hiểm y tế 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 Medicare Part A và Part B.
- Nếu quý vị không còn đủ điều kiện nhận Medicaid. Như đã nêu trong Chương 1, Phần 2.1, chương trình của chúng tôi dành cho những người đủ điều kiện nhận cả Medicare và Medicaid. Nếu quý vị không còn đáp ứng được các yêu cầu đủ điều kiện đặc biệt cho chương trình của chúng tôi, tư cách thành viên của quý vị trong chương trình này sẽ chấm dứt sau sáu tháng. Quý vị sẽ nhận được một thông báo từ chúng tôi để thông báo cho quý vị về việc chấm dứt tư cách thành viên của quý vị và các lựa chọn của quý vị. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về yêu cầu đủ điều kiện của quý vị, vui lòng liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên.
 - Giai đoạn được coi là vẫn tiếp tục đủ điều kiện cho chương trình của chúng tôi kéo dài sáu tháng. Giai đoạn được coi là vẫn tiếp tục đủ điều kiện bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sau tháng mà quý vị bị mất tình trạng nhu cầu đặc biệt.
- Nếu quý vị chuyển ra ngoài 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, hãy 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 của chương trình chúng tôi hay không.
- Nếu quý vị bị giam giữ (vào tù).
- Nếu quý vị không còn là công dân Hoa Kỳ hoặc sống hợp pháp tại Hoa Kỳ.

Chương 10 Kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

- Nếu quý vị nói dối hoặc che giấu thông tin về bảo hiểm khác quý vị có mà cung cấp bảo hiểm thuốc theo toa.
- Nếu quý vị phải trả thêm cho số tiền Part D vì thu nhập của quý vị và quý vị không chịu trả thì Medicare sẽ hủy ghi danh quý vị khỏi chương trình của chúng tôi.

Quý vị có thể lấy thêm thông tin ở đâu?

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc muốn biết thêm thông tin về thời điểm chúng tôi có thể kết thúc tư cách thành viên của mình, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.

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
-----------------	---

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) không được phép yêu cầu quý vị rời 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 cảm thấy đang bị yêu cầu rời chương trình của chúng tôi vì lý do liên quan đến sức khỏe, hãy gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần (TTY: 1-877-486-2048).

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 kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi, chúng tôi phải cho quý vị biết bằng văn bản lý do kết thúc tư cách thành viên của quý vị. Chúng tôi cũng phải giải thích cách quý vị có thể nộp đơn than phiền hoặc khiếu nại quyết định của chúng tôi về việc kết thúc tư cách thành viên của quý vị.

CHƯƠNG 11:

Thông báo pháp lý

PHẦN 1 Thông báo về luật quy định

Luật chủ yếu áp dụng cho tài liệu *Chứng Thực Bảo Hiểm* 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 Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid hay CMS. Ngoài ra, có thể áp dụng luật Liên Bang và trong vài tình huống, là luật tiểu bang nơi quý vị sinh sống. 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.

PHẦN 2 Thông báo về việc không phân biệt đối xử

Chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi tuân thủ Luật Dân Quyền Liên Bang. **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, thiên hướng tình dục, 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 phân biệt đối xử, bao gồm Tiêu Đề VI của Đạo Luật Dân Quyền năm 1964, Đạo Luật Phục Hồi năm 1973, Đạo Luật Không Phân Biệt Đối Xử Tuổi tác năm 1975, Đạo Luật Người Mỹ Khuyết Tật, Phần 1557 Đạo Luật Chăm Sóc Y Tế Hợp Túi Tiền, 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 nào khác áp dụng cho bất cứ lý do gì.

Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin hoặc có quan ngại về việc 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. Quý vị cũng có thể xem lại thông tin từ Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh tại <http://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Nếu quý vị bị khuyết tật và cần trợ giúp về việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên của chúng tôi. Nếu quý vị có khiếu nại, ví dụ như vấn đề với lối đi dành cho xe lăn, Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên có thể trợ giúp.

PHẦN 3 Thông báo về quyền thay thế của Chương Trình Trả Tiền Phụ cho Medicare

Chúng tôi có quyền hạn và trách nhiệm thu hồi tiền cho các dịch vụ Medicare bao trả mà Medicare không phải là chương trình trả tiền chính. Thẻ theo quy định của CMS tại điều 42 CFR mục 422.108 và 423.462, chương trình của chúng tôi, trong vai trò một Tổ Chức Medicare Advantage, sẽ thực thi các quyền hạn khi thu hồi chi phí giống Bộ Trưởng thực thi theo quy định của CMS trong các phần phụ B tới D của phần 411 của điều 42 CFR, và quy định được thiết lập 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 Dual Liberty (HMO D-SNP) của quý vị

Khi quý vị bị thương

Nếu quý vị bị thương, bị ốm hoặc xuất hiện 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 khác liên quan đến thương tích, bệnh hoặc 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 nhiệm 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 xuất hiện bệnh lý do hành động của một bên chịu trách nhiệm bao gồm, nhưng không giới hạn ở:

- Quý vị bị tai nạn xe ô tô;
- Quý vị bị trượt ngã trong một cửa hàng; hoặc
- Quý vị tiếp xúc với một chất hóa học nguy hiểm tại nơi làm việc.

Quyền thu hồi của chương trình chúng tôi áp dụng cho bất kỳ 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 thỏa thuận phúc lợi cho Người Khuyết Tật;
- Bảo hiểm các khoản thanh toán y tế theo bất kỳ hợp đồng bảo hiểm ô tô nào, bảo hiểm của chủ nhà hoặc cơ sở hoặc bảo hiểm vượt mức quy định;
- Mọi thỏa thuận hoặc phán quyết nhận được một vụ kiện hoặc một hành động pháp lý khác; hoặc

Chương 11 Thông báo pháp lý

- 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 bồi hoàn đầu tiên đi kèm khi chương trình này đã thanh toán cho các phúc lợi cho các Dịch Vụ Được Bao Trả mà quý vị đã nhận được 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 (i) 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 bồi hoàn 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 có được xác định cụ thể là khoản thu hồi chi phí y tế hay không và bất kể quý vị có được thanh toán hay 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 bệnh hoặc xuất hiện một bệnh lý do một bên chịu trách nhiệm, quý vị phải hợp tác với những nỗ lực của chương trình của chúng tôi và/hoặc 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; và 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 một cách 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 của hồ sơ vụ việc hoặc yêu cầu bồi thường và bất kỳ bản luận nào về việc thỏa thuận.

Chương 11 Thông báo pháp lý

- Thông báo ngay lập tức cho chương trình sau khi quý vị hoặc luật sư của quý vị 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, thỏa thuận 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 không và bất kể quý vị có được 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 thỏa thuận 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 của chương trình của chúng tôi.
- 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 trong việc thực hiện các khoản thu hồi hoặc 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 hoặc phúc lợi khác nằm trong *Chứng Thực Bảo Hiểm* này. Để được hưởng các dịch vụ hoặc 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 nhận dịch vụ. Vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711) 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 hủy ghi danh vì lý do đó. Chương trình của chúng tôi phải báo cáo việc hủy ghi danh 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 tham gia chương trình hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác. Các bác sĩ tham gia chương trình, và không phải là chương trình của chúng tôi, duy trì mối 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 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 có thể 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 Bảo Hiểm, 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 phạm vi thảm họa thiên nhiên, 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 về các từ quan trọng

Chương 12 Định nghĩa về các từ quan trọng

Trung Tâm Phẫu Thuật Ngoại Trú – Trung Tâm Phẫu Thuật Ngoại Trú là một cơ sở hoạt động chuyên biệt cho mục đích cung cấp các dịch vụ phẫu thuật cho bệnh nhân ngoại trú không bắt buộc nằm bệnh viện và họ dự kiến sẽ không ở lại trung tâm này quá 24 giờ.

Kháng Cáo – Kháng cáo là điều quý vị làm nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi khi từ chối một yêu cầu bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hay thuốc mua theo toa hoặc chi trả các dịch vụ hoặc những thuốc quý vị đã nhận được. Quý vị cũng có thể lập đơn kháng cáo nếu quý vị không đồng ý về quyết định của chúng tôi về việc chấm dứt các dịch vụ quý vị đang được nhận.

Sản Phẩm Sinh Học – Một loại thuốc theo toa được làm từ nguồn gốc tự nhiên và sống như tế bào động vật, tế bào thực vật, vi khuẩn hoặc nấm men. Các sản phẩm sinh học phức tạp hơn các loại thuốc khác và không thể sao chép chính xác, vì vậy các dạng thay thế được gọi là thuốc sinh học tương tự. Các thuốc sinh học tương tự nhìn chung cũng hoạt động tốt và an toàn như các sản phẩm sinh học gốc.

Thuốc Sinh Học Tương Tự – Một loại thuốc theo toa được coi là rất giống, nhưng không giống hệt, với sản phẩm sinh học gốc. Các thuốc sinh học tương tự nhìn chung cũng hoạt động tốt và an toàn như các sản phẩm sinh học gốc; tuy nhiên, các thuốc sinh học tương tự thường đòi hỏi một toa thuốc mới để thay thế cho sản phẩm sinh học gốc. Các thuốc sinh học tương tự thay thế được đáp ứng các yêu cầu bổ sung để cho phép chúng được thay thế cho sản phẩm sinh học gốc tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới, tùy theo luật pháp tiểu bang.

Thuốc Chính Hiệu – Là một loại thuốc theo toa được bào chế và bán ra bởi công ty dược phẩm đã nghiên cứu và phát triển thuốc này từ ban đầu. Các loại thuốc chính hiệu có cùng hoạt chất trong công thức bào chế thuốc như phiên bản thuốc gốc của loại thuốc này. 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 bắt đầu khi quý vị (hoặc các bên đủ tiêu chuẩn khác thay mặt quý vị) đã chi \$8,000 cho thuốc được bao trả theo Part D trong năm được bao trả. Trong giai đoạn thanh toán này, chương trình sẽ trả toàn bộ chi phí cho các loại thuốc Part D được bao trả của quý vị. Quý vị không phải trả gì cả.

Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) – Là cơ quan chính quyền Liên Bang điều hành Medicare.

Đồng Bảo Hiểm – Số tiền quý vị có thể phải trả dưới dạng tỷ lệ phần trăm (ví dụ như 20%) chia sẻ chi phí của quý vị cho dịch vụ hoặc thuốc theo toa.

Khiếu Nại – Tên chính thức của nộp đơn khiếu nại là **nộp đơn than phiền**. Quy trình khiếu nại *chỉ* được dùng cho một số loại vấn đề nhất định. Những loại vấn đề này gồm vấn đề về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ và dịch vụ khách hàng quý vị được cung cấp. Điều này cũng bao gồm các khiếu nại nếu chương trình của quý vị không tuân theo khoảng thời gian quy định trong quy trình kháng cáo.

Chương 12 Định nghĩa về các từ quan trọng

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, bao gồm vật lý trị liệu, dịch vụ xã hội hoặc tâm lý, trị liệu hô hấp, trị liệu cơ năng và dịch vụ bệnh lý âm ngữ-ngôn ngữ và dịch vụ đánh giá môi trường tại nhà.

Đồng Thanh Toán (hoặc đồng chi trả) – Khoản tiền quý vị có thể được yêu cầu thanh toán như khoản chia sẻ chi phí của quý vị cho dịch vụ hoặc vật tư y tế, như thăm khám bác sĩ, thăm khám ngoại trú tại bệnh viện hoặc thuốc theo toa. Khoản đồng thanh toán thường là một số tiền cố định (ví dụ như \$10), không phải là tỷ lệ phần trăm.

Chia Sẻ Chi Phí – Chia sẻ chi phí là số tiền một thành viên phải trả khi nhận các dịch vụ hoặc thuốc. 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 phần trăm tổng số tiền thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc, mà chương trình yêu cầu khi nhận được một dịch vụ hoặc thuốc cụ thể.

Quyết Định Bảo Hiểm – Là một quyết định rằng chương trình có bao trả một loại thuốc được kê toa cho quý vị không và số tiền mà quý vị được yêu cầu phải trả cho toa thuốc này nếu có. Nói chung, nếu quý vị mang toa thuốc tới một nhà thuốc, và họ nói với quý vị rằng toa thuốc này không được 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 bảo hiểm. Quyết định về bảo hiểm được gọi là quyết định bảo hiểm trong tài liệu này.

Thuốc Được Bao Trả – Là từ ngữ chúng tôi sử dụng, có nghĩa là mọi thuốc theo toa được chương trình của chúng tôi bao trả.

Dịch Vụ Được Bao Trả – Là từ ngữ chúng tôi sử dụng, có nghĩa là mọi dịch vụ và vật tư chăm sóc sức khỏe được chương trình của chúng tôi bao trả.

Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa Có Uy Tín – Là bảo hiểm cho thuốc theo toa (ví dụ: từ một chủ lao động hay công đoàn) dự kiến sẽ chi trả trung bình ít nhất là tương đương với mức bảo hiểm thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare. Những người có loại bảo hiểm này, khi họ hội đủ điều kiện nhận Medicare, thường có thể giữ được bảo hiểm đó mà không phải trả tiền phạt, nếu họ quyết định ghi danh vào bảo hiểm thuốc theo toa Medicare sau này.

Chăm Sóc Đời Sống Thường Nhật – Chăm sóc đời sống thường nhật là việc chăm sóc cá nhân trong một viện dưỡng lão, cơ sở chăm sóc cuối đời hoặc một cơ sở khác khi quý vị không cần chăm sóc y tế chuyên môn hoặc chăm sóc điều dưỡng chuyên môn. Chăm sóc đời sống thường nhật, được cung cấp bởi những người không có kỹ năng hay đào tạo chuyên môn, bao gồm giúp đỡ các hoạt động 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. Điều này cũng có thể bao gồm loại chăm sóc liên quan đến sức khỏe 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.

Chương 12 Định nghĩa về các từ quan trọng

Mức chia sẻ chi phí hàng ngày – Có thể áp dụng một mức chia sẻ chi phí hàng ngày khi bác sĩ của quý vị cho toa cung cấp thuốc ít hơn một tháng cho quý vị, và quý vị bị bắt buộc trả khoản đồng thanh toán. Mức chia sẻ chi phí hàng ngày là khoản đồng thanh toán được chia ra theo số ngày trong một tháng dùng thuốc. Đây là một ví dụ: 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 “mức chia sẻ chi phí hàng ngày” của quý vị là \$1 mỗi ngày.

Tiền Khấu Trừ – Là số tiền quý vị phải trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc theo toa trước khi chương trình của chúng tôi chi trả.

Hủy Ghi Danh hoặc Việc Hủy Ghi Danh – Là quá trình chấm dứt tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi.

Phí Cấp Bán Thuốc – Khoản phí được tính mỗi lần cấp bán thuốc được bao trả để thanh toán cho chi phí để lấy một toa thuốc, chẳng hạn như thời gian của dược sĩ chuẩn bị và đóng gói toa thuốc.

Cá Nhân Hội Đủ Điều Kiện Kép – Người đủ điều kiện cho bảo hiểm Medicare và Medicaid.

Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt Đủ Điều Kiện Kép(D-SNP) – D-SNP đăng ký những cá nhân có quyền được hưởng cả Medicare (tiêu đề XVIII của Đạo Luật An Sinh Xã Hội) và hỗ trợ y tế từ chương trình của tiểu bang theo Medicaid (tiêu đề XIX). Các tiểu bang bao trả một số chi phí của Medicare, tùy thuộc vào tiểu bang và tình trạng đủ điều kiện của cá nhân.

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, vật tư cho bệnh tiểu đường, máy truyền thuốc qua đường tĩnh mạch, thiết bị phát âm, thiết bị oxy, máy xông khí dung, giường bệnh viện do nhà cung cấp yêu cầu để sử dụng tại nhà.

Cấp Cứu – Trường hợp cấp cứu y tế là khi quý vị, hay một người không hành nghề y 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 y khoa cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để ngăn ngừa tử vong (và thai nhi tử vong nếu quý vị là phụ nữ mang thai), mất chân tay, hay chân tay không hoạt động được, hoặc mất hoặc suy giảm nghiêm trọng chức năng cơ thể. 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 Tiết Lộ Thông Tin – Văn bản này, kèm theo đơn ghi danh và mọi giấy tờ khác đính kèm, các Phụ Lục, hay một số mức bảo hiểm tùy chọn khác nhằm giải thích về 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 của chúng tôi (ngoại lệ trong danh mục thuốc),

Chương 12 Định nghĩa về các từ quan trọng

hay một loại thuốc không được ưu tiên ở bậc chia sẻ chi phí thấp hơn (ngoại lệ về phân bậc). Quý vị cũng có thể yêu cầu một trường hợp ngoại lệ nếu chương trình của chúng tôi yêu cầu quý vị dùng thử một loại thuốc khác trước khi nhận loại thuốc mình yêu cầu, hoặc nếu chương trình của chúng tôi hạn chế số lượng hoặc liều lượng thuốc mà quý vị yêu cầu (một ngoại lệ trong danh mục thuốc).

Extra Help – Là một chương trình của Medicare hoặc của Tiểu Bang để giúp những ai có mức thu nhập và nguồn lực hạn chế có thể chi trả phí tổn cho chương trình thuốc theo toa Medicare, như là phí bảo hiểm, tiền khấu trừ, và khoản đồng bảo hiểm.

Thuốc Gốc – Là một loại thuốc theo toa được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (FDA) chấp thuận là có cùng (những) hoạt chất giống như thuốc chính hiệu. Thông thường, thuốc gốc có tác dụng tương tự như thuốc chính hiệu nhưng thường rẻ hơn.

Than Phiền – Là một loại đơn khiếu nại để quý vị than phiền về chương trình của chúng tôi, các nhà cung cấp hoặc các nhà thuốc, bao gồm khiếu nại về chất lượng của dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Việc này không liên quan tới tranh chấp về bảo hiểm hay số tiền chi trả.

Người Trợ Giúp Chăm Sóc Sức Khỏe Tại Nhà – Một người cung cấp các dịch vụ không cần kỹ năng 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).

Chăm Sóc Cuối Đời – Một phúc lợi nhằm cung cấp điều trị đặc biệt cho thành viên đã được chứng nhận y tế là mắc bệnh giai đoạn cuối, nghĩa là dự tính sống thêm được 6 tháng trở xuống. Chúng tôi, chương trình của quý vị, phải cung cấp một danh sách các dịch vụ chăm sóc cuối đời trong khu vực địa lý của quý vị. Nếu quý vị chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời và tiếp tục đóng phí bảo hiểm, 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 phúc lợi bổ sung mà chúng tôi cung cấp.

Nằm Viện Điều Trị Nội Trú – Là nằm bệnh viện là khi quý vị được chính thức nhập viện để nhận các dịch vụ y tế chuyên môn. Kể cả nếu quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú.

Số Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập (IRMAA) – Nếu thu nhập đã điều chỉnh chưa trừ thuế của quý vị như được báo cáo trong hồ sơ hoàn thuế IRS của quý vị từ 2 năm trước vượt quá một mức nhất định, quý vị sẽ phải đóng một khoản phí bảo hiểm tiêu chuẩn và Số Tiền Điều Chỉnh Hàng tháng Liên Quan Đến Thu Nhập, còn gọi 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 phí bảo hiểm cao hơn.

Hiệp Hội Bác Sĩ Hành Nghề Độc Lập (IPA) – Là hiệp hội gồm có các bác sĩ, bao gồm PCP và các bác sĩ chuyên khoa, và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, bao gồm các bệnh viện ký hợp đồng với chương trình để cung cấp các dịch vụ cho thành viên. Xem mục .

Giới Hạn Bảo Hiểm Ban Đầu – Mức giới hạn bảo hiểm tối đa trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu.

Chương 12 Định nghĩa về các từ quan trọng

Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu – Đây là giai đoạn trước khi tổng 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 đạt đến \$5,030.

Giai Đoạn Ghi Danh Ban Đầu – Khi quý vị bắt đầu hội đủ điều kiện tham gia Medicare, đây là giai đoạn khi quý vị có thể đăng ký Medicare Part A và Part B. Nếu quý vị hội đủ điều kiện tham gia Medicare khi quý vị đủ 65 tuổi, Giai Đoạn Ghi Danh Ban Đầu của quý vị là giai đoạn 7 tháng bắt đầu từ 3 tháng trước tháng quý vị đủ 65 tuổi, gồm cả tháng quý vị đủ 65 tuổi và 3 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.

Trợ Cấp Cho Người Có Thu Nhập Thấp (LIS) – Xem “Extra Help”.

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. Số tiền quý vị trả cho phí bảo hiểm Medicare Part A và Part B, và tiền mua thuốc theo toa không được tính vào số tiền tự trả tối đa. (**Lưu ý:** Do thành viên của chúng tôi cũng nhận được hỗ trợ từ Medicaid nên có rất ít thành viên từng đạt đến số tiền tự trả tối đa này).

Medicaid (hay 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 lực hạn chế. Các chương trình Medicaid của tiểu bang có khác nhau, nhưng hầu hết phí tổn chăm sóc sức khỏe đều được bao trả nếu quý vị đủ điều kiện hưởng cả Medicare và Medicaid.

Nhóm Y Tế – Là một nhóm các bác sĩ, bao gồm PCP, bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác, bao gồm 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.

Cần Thiết Về Mặt Y Tế – Là các dịch vụ, vật tư y tế, hoặc thuốc cần thiết cho việc phòng ngừa, chẩn đoán, hoặc chữa trị bệnh lý của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn thực hành về y khoa được chấp nhận.

Medicare – Là chương trình bảo hiểm y tế của chính quyền Liên Bang dành cho những người 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi bị khuyết tật nhất định, và những người mắc Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (thường là những người suy thận vĩnh viễn cần thẩm tách hoặc cấy ghép thận).

Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage – Là giai đoạn từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 khi các thành viên trong chương trình Medicare Advantage có thể hủy bỏ việc ghi danh trong 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 giai đoạn này, quý vị cũng có thể tham gia một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng vào thời điểm đó. Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage cũng được mở trong khoảng thời gian 3 tháng sau khi một cá nhân lần đầu hội đủ điều kiện ghi danh Medicare.

Chương 12 Định nghĩa về các từ quan trọng

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 Medicare Part A và Part B. Medicare Advantage Plan có thể là i) HMO, ii) PPO, iii) chương trình Tính Phí Theo Mỗi Dịch Vụ Cá Nhân (PFFS) hoặc iv) chương trình Tài Khoản Tiết Kiệm Y Tế Medicare (MSA). Ngoài việc lựa chọn trong các loại chương trình này, chương trình Medicare Advantage HMO hoặc PPO cũng có thể là Special Needs Plan (SNP). Trong đa số các trường hợp, các Medicare Advantage Plan cũng có chương trình Medicare Part D (bảo hiểm thuốc theo toa). Các chương trình này được gọi là **Medicare Advantage Plan kèm theo Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa**.

Chương Trình Giảm Giá Khoảng Trống Bảo Hiểm Medicare – Một chương trình cung cấp giảm giá cho hầu hết các thuốc chính hiệu được Part D bao trả cho những thành viên Part D đã đạt tới Giai Đoạn Khoảng Trống Bảo Hiểm và chưa nhận được “Extra Help”. Các khoản giảm giá được dựa trên thỏa thuận giữa chính phủ Liên Bang và một số nhà sản xuất thuốc nhất định.

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 phải bao trả mọi dịch vụ mà Medicare Part A và B bao trả. Thuật ngữ Dịch Vụ Được Medicare Bao Trả không bao gồm các phúc lợi bổ sung, chẳng hạn như nhãn khoa, nha khoa hoặc thính lực, mà chương trình Medicare Advantage có thể cung cấp.

Medicare Health Plan – Một chương trình sức khỏe Medicare được đưa ra bởi một công ty tư nhân ký hợp đồng với Medicare để cung cấp các phúc lợi của Part A và Part B cho những người có Medicare ghi danh vào chương trình. Từ ngữ này bao gồm tất cả Medicare Advantage Plan, Medicare Cost Plan, Special Needs Plan, Chương Trình Mẫu/Thí Điểm và Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện cho Người Cao Tuổi (PACE).

Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa Medicare (Medicare Part D) – Là bảo hiểm giúp chi trả thuốc theo toa cho bệnh nhân ngoại trú, vắc-xin, các sản phẩm sinh học, và một số vật tư y tế không được bao trả bởi Medicare Part A hoặc Part B.

Chính Sách Medigap (Bảo Hiểm Bổ Sung Medicare) – Các công ty bảo hiểm tư nhân bán bảo hiểm Medicare bổ sung, để lấp những khoảng trống trong Original Medicare. Các hợp đồng bảo hiểm Medigap chỉ hoạt động chung với Original Medicare. (Medicare Advantage Plan không phải là một hợp đồng bảo hiểm Medigap).

Thành Viên (Thành Viên của Chương Trình của chúng tôi, hay Thành Viên Chương Trình) – Một người có Medicare đủ điều kiện nhận các dịch vụ được bao trả và 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.

Nhà Thuốc Trong Mạng Lưới – Nhà thuốc đã ký hợp đồng với chương trình của chúng tôi, ở đó các thành viên của chương trình chúng tôi có thể nhận các phúc lợi thuốc theo toa của họ. 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.

Chương 12 Định nghĩa về các từ quan trọng

Nhà Cung Cấp Trong Mạng Lưới – Nhà Cung Cấp là thuật ngữ chung cho bác sĩ, chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, bệnh viện và cơ sở chăm sóc sức khỏe khác được Medicare và Tiểu Bang cấp phép hoặc chứng nhận để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. **Nhà cung cấp trong mạng lưới** ký hợp đồng với chương trình của chúng tôi để chấp nhận phần thanh toán của chúng tôi như là toàn bộ số tiền chi trả và trong vài trường hợp là để phối hợp cũng như cung cấp các dịch vụ được bao trả cho các thành viên chương trình của chúng tôi. Các nhà cung cấp trong mạng lưới còn được gọi là “các nhà cung cấp trong chương trình”.

Quyết Định Của Tổ Chức – Một quyết định mà chương trình của chúng tôi đưa ra về việc liệu các vật phẩm hay dịch vụ có được bao trả hay không hoặc quý vị phải trả bao nhiêu cho các vật phẩm hay dịch vụ được bao trả. Các quyết định của tổ chức cũng được gọi là các quyết định bảo hiểm trong tài liệu này.

Original Medicare (Medicare Truyền Thống hoặc Medicare tính phí theo mỗi dịch vụ) – Original Medicare là do chính quyền cung cấp, và không phải là bảo hiểm y tế tư nhân, như Medicare Advantage Plan và chương trình bảo hiểm thuốc theo toa. Theo Original Medicare, các dịch vụ Medicare được bao trả bằng cách trả tiền cho các bác sĩ, bệnh viện, các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, với những số tiền do Quốc hội Hoa Kỳ ấn định. Quý vị có thể đến khám với bất kỳ bác sĩ, bệnh viện hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác chấp nhận Medicare. Quý vị phải trả trước tiền khấu trừ. Medicare chi trả phần chia sẻ chi phí của mình với số tiền Medicare chấp thuận, và quý vị chi trả phần chia sẻ chi phí 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. Hầu hết các thuốc quý vị nhận được từ các nhà thuốc ngoài mạng lưới không được chương trình của chúng tôi bao trả trừ khi áp dụng một số điều kiện nhất định.

Nhà Cung Cấp Ngoài Mạng Lưới hoặc Cơ Sở Ngoài Mạng Lưới – Là một nhà cung cấp hoặc cơ sở y tế không có hợp đồng với chương trình của chúng tôi để phối hợp hoặc cung cấp các dịch vụ được bao trả cho các thành viên chương trình của chúng tôi. Nhà cung cấp ngoài mạng lưới là nhà cung cấp không được tuyển dụng, sở hữu hoặc vận hành bởi chương trình của chúng tôi.

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 phần dịch vụ hoặc thuốc nhận được, còn gọi là chi phí mà thành viên phải tự trả.

PACE Plan – Chương trình PACE (Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện cho Người Cao Tuổi) kết hợp các dịch vụ và hỗ trợ về y tế, xã hội, và chăm sóc dài hạn (LTSS) 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. Những ai ghi danh vào các chương trình PACE thì được nhận phúc lợi bảo hiểm từ cả Medicare và Medicaid thông qua chương trình này.

Part C – xem Medicare Advantage (MA) Plan.

Part D – Là Chương Trình Phúc Lợi Thuốc Theo Toa Medicare tự nguyện.

Chương 12 Định nghĩa về các từ quan trọng

Thuốc Part D – Các thuốc có thể được bao trả theo Part D. Chúng tôi có thể có hoặc không cung cấp tất cả thuốc Part D. Một số nhóm thuốc nhất định đã bị Quốc Hội loại trừ khỏi bảo hiểm Part D. Một số nhóm thuốc Part D nhất định phải được bao trả trong mọi chương trình.

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 không có bảo hiểm có uy tín (mức bảo hiểm dự kiến sẽ trả trung bình ít nhất là tương đương với mức bảo hiểm thuốc theo toa Medicare tiêu chuẩn) cho một giai đoạn 63 ngày liên tục trở lên sau khi quý vị lần đầu hội đủ điều kiện tham gia một chương trình Part D. Nếu mất Extra Help, quý vị có thể bị phạt ghi danh muộn nếu quý vị không có bảo hiểm thuốc theo toa Part D hoặc bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín khác từ 63 ngày trở lên liên tiếp.

Phí Bảo Hiểm – Là một số tiền định kỳ trả cho Medicare, một công ty bảo hiểm, hoặc một chương trình bảo hiểm chăm sóc sức khỏe cho bảo hiểm sức khỏe hoặc thuốc theo toa.

Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (PCP) – Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác mà quý vị sẽ đến khám trước tiên đối với phần lớn các vấn đề về sức khỏe. Trong rất nhiều chương trình bảo hiểm sức khỏe của Medicare, quý vị phải tới khám tại nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của mình trước khi tới khám tại bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác.

Sự Chấp Thuận Trước – Phê duyệt trước để nhận các dịch vụ hoặc thuốc nhất định. Các dịch vụ được bao trả cần sự chấp thuận trước sẽ được đánh dấu trong Bảng Phúc Lợi Y Tế ở Chương 4. Các thuốc được bao trả cần sự chấp thuận trước thì được đánh dấu trong danh mục thuốc.

Chân Tay Giả và Dụng Cụ Chính Hình – Những dụng cụ y tế bao gồm, nhưng không giới hạn ở nẹp tay, lưng và cổ; chân tay giả; mắt giả; và thiết bị cần thiết để thay thế cho một bộ phận hoặc chức năng bên trong cơ thể, bao gồm vật tư cho hậu môn nhân tạo và liệu pháp dinh dưỡng qua đường tiêu hóa và ngoài đường tiêu hóa.

Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (QIO) – Một nhóm các bác sĩ đang hành nghề 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.

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 bao trả cho mỗi toa thuốc, hoặc cho một thời gian ấn định.

Công Cụ Phúc Lợi Thời Gian Thực – Một công thông tin hoặc ứng dụng máy tính trong đó các thành viên có thể tra cứu thông tin về phúc lợi và danh mục thuốc một cách đầy đủ, chính xác, kịp thời, thích hợp về mặt lâm sàng và cụ thể cho từng thành viên. Thông tin này bao gồm số tiền chia sẻ chi phí, thuốc thay thế trong danh mục thuốc có thể sử dụng cho cùng một loại bệnh lý giống như một loại thuốc nhất định, và các giới hạn bảo hiểm (Sự Chấp Thuận Trước, Phương Pháp Trị Liệu Từng Bước, Giới Hạn Số Lượng) áp dụng cho các thuốc thay thế.

Dịch Vụ Phục Hồi Chức Năng – Là các dịch vụ bao gồm vật lý trị liệu, trị liệu về ngữ âm và ngôn ngữ, và trị liệu cơ năng.

Chương 12 Định nghĩa về các từ quan trọng

Khu Vực Dịch Vụ – Một khu vực địa lý nơi quý vị phải sống để tham gia một chương trình bảo hiểm sức khỏe cụ thể. Đối với các chương trình có giới hạn về bác sĩ và bệnh viện mà quý vị có thể sử dụng, đó cũng thường là giới hạn về khu vực quý vị có thể nhận các dịch vụ thường quy (không phải cấp cứu). Chương trình phải hủy ghi danh quý vị nếu quý vị vĩnh viễn chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của chương trình.

Chăm Sóc tại Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Môn (SNF) – Là các dịch vụ chăm sóc 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 dịch vụ chăm sóc này bao gồm vật lý trị liệu hoặc chích thuốc vào tĩnh mạch mà chỉ có y tá hoặc bác sĩ có giấy phép hành nghề mới có thể làm được.

Special Needs Plan – Là một loại Medicare Advantage Plan đặc biệt nhằm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chú trọng hơn cho những nhóm người riêng biệt, như những ai có cả Medicare và Medicaid, những người ở trong viện dưỡng lão hoặc những người có một số bệnh lý kinh niên.

Phương Pháp Trị Liệu Từng Bước – Là một công cụ sử dụng đòi hỏi quý vị trước hết phải dùng thử một thuốc khác để điều trị bệnh lý của quý vị trước khi chúng tôi 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 phúc lợi hàng tháng do Sở An Sinh Xã Hội chi trả cho những người có mức thu nhập và nguồn lực hạn chế, bị khuyết tật, mù lòa, hoặc từ 65 tuổi trở lên. Các phúc lợi SSI không giống như các phúc lợi An Sinh Xã Hội.

Các Dịch Vụ Cần Thiết Khẩn Cấp – Là các dịch vụ được bao trả và không phải là dịch vụ cấp cứu, được cung cấp khi các nhà cung cấp trong mạng lưới tạm thời không có sẵn hoặc không thể tiếp cận được, hoặc khi thành viên ở ngoài khu vực dịch vụ. Ví dụ, quý vị cần được chăm sóc ngay lập tức vào cuối tuần. Các dịch vụ phải là cần ngay lập tức và cần thiết về mặt y tế.

Thẻ Wellcare Spendables™ – Một loại thẻ ghi nợ, được nạp sẵn bởi chương trình và có thể sử dụng để giúp thanh toán cho các vật phẩm như mô tả trong Bảng Phúc Lợi Y Tế.

Trang này cố ý để trống.

Trang này cố ý để trống.

Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

Phương thức	Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-800-431-9007 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai–Chủ Nhật, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai–Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Tuy nhiên, xin lưu ý 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 sẽ làm việc từ Thứ Hai–Chủ Nhật, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai–Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 8 p.m.
VIẾT THƯ	Wellcare by Health Net 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105
TRANG WEB	www.wellcare.com/healthnetCA

Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) California

Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) California là một chương trình của tiểu bang nhận tiền từ chính quyền Liên Bang để tư vấn miễn phí tại địa phương về bảo hiểm sức khỏe cho những ai có Medicare.

Phương thức	Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-800-434-0222
TTY	711
VIẾT THƯ	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
TRANG WEB	https://www.aging.ca.gov/hicap/

Báo Cáo Công Khai PRA Theo Đạo Luật Giảm Công Việc Giấy Tờ năm 1995, không một ai phải hồi đáp một tập hợp thông tin trừ khi chúng có số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho tập hợp thông tin này 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.