Ngày 1 tháng 1 – Ngày 31 tháng 12 năm 2027

Chứng Thực Bảo Hiểm cho năm 2027:

Phúc Lợi, Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe và bảo hiểm Thuốc Medicare của quý vị với tư cách là Thành Viên của Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)

Tài liệu này trình bày chi tiết về bảo hiểm sức khỏe và bảo hiểm thuốc Medicare của quý vị từ ngày 1 tháng 1 – ngày 31 tháng 12 năm 2027. **Đây là một tài liệu pháp lý quan trọng. Hãy cất sổ tay này ở nơi an toàn.**

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

- Phí bảo hiểm và mức chia sẻ chi phí cho chương trình của quý vị
- Phúc lợi y tế và thuốc của quý vị
- Cách nộp đơn khiếu nại nếu quý vị không hài lòng với dịch vụ hoặc cách điều trị
- Cách liên hệ với chúng tôi
- Các biện pháp bảo vệ khác theo yêu cầu của luật Medicare

Nếu có câu hỏi về tài liệu này, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007. (Người dùng TTY gọi số 711). Giờ làm việc: Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện 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 được miễn phí.

Chương trình này, Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP), do HEALTH NET COMMUNITY SOLUTIONS, INC. cung cấp. (Khi *Chứng Thực Bảo Hiểm* này nhắc đến "chúng tôi" hoặc "của chúng tôi", đó có nghĩa là HEALTH NET COMMUNITY SOLUTIONS, INC. Khi tài liệu nhắc đến "chương trình" hoặc "chương trình của chúng tôi", đó có nghĩa là Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP).)

Tài liệu này được cung cấp miễn phí ở tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Việt, tiếng Farsi và tiếng Trung. Chúng tôi có thể gửi cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh (ngoài (các) ngôn ngữ đã liệt kê ở trên) hoặc ở định dạng thay thế (như chữ nổi, âm thanh hoặc bản in khổ lớn). Vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên nếu quý vị cần thông tin chương trình ở định dạng khác.

OMB Approval 0938-1051 (Expires: July 31, 2029)
7108174_CA7CNCEOCVIE_M_0009
H3561009000
H3561_009_2027_CA_EOC_DSNP_7001232VIE_C

Phúc lợi, tiền khấu trừ và/hoặc đồng thanh toán/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 năm 2028.

Danh mục thuốc, mạng lưới nhà thuốc và/hoặc mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi có thể thay đổi bất cứ lúc nào. Quý vị sẽ nhận được thông báo về bất kỳ thay đổi nào có thể ảnh hưởng đến quý vị trước ít nhất 30 ngày.Dựa trên đánh giá Mô Hình Chăm Sóc, Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) đã được Ủy Ban Quốc Gia về Đảm Bảo Chất Lượng (NCQA) phê duyệt để vận hành như Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt (SNP) trong suốt năm 2027.

Mục Lục

CHƯƠNG 1: Bắt đầu với tư cách thành viên 5

PHẦN 1 Quý vị là thành viên của Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP).....5

PHẦN 2 Các yêu cầu về tình trạng đủ điều kiện tham gia chương trình 6

PHẦN 3 Những hoạt động sẽ diễn ra khi quý vị lần đầu tiên tham gia chương trình của chúng tôi 8

PHẦN 4 Tài liệu quan trọng dành cho thành viên 9

PHẦN 5 Tóm Tắt Các Chi Phí Quan Trọng cho năm 2027.....11

PHẦN 6 Thông tin bổ sung về phí bảo hiểm chương trình hàng tháng.....16

PHẦN 7 Luôn cập nhật hồ sơ thành viên chương trình của quý vị.....17

PHẦN 8 Cách thức các chương trình bảo hiểm khác kết hợp với chương trình chúng tôi 17

CHƯƠNG 2: Các số điện thoại và nguồn lực 19

PHẦN 1 Thông tin liên hệ chương trình của chúng tôi 19

PHẦN 2 Nhận trợ giúp từ Medicare.....24

PHẦN 3 Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (SHIP) 26

PHẦN 4 Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (QIO) 26

PHẦN 5 An Sinh Xã Hội 27

PHẦN 6 Medicaid 28

PHẦN 7 Chương trình trợ giúp thanh toán thuốc theo toa.....30

PHẦN 8 Ủy Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt (RRB) 33

PHẦN 9 Nếu quý vị có bảo hiểm theo nhóm hoặc bảo hiểm y tế khác từ chủ lao động 34

CHƯƠNG 3: Sử dụng chương trình cho dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị ... 35

PHẦN 1 Cách để nhận dịch vụ chăm sóc y tế và các dịch vụ khác với tư cách là thành viên trong chương trình của chúng tôi.....35

PHẦN 2 Sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình chúng tôi để nhận dịch vụ chăm sóc y tế và các dịch vụ khác.....37

PHẦN 3 Cách nhận dịch vụ trong trường hợp cấp cứu, thảm họa hoặc cần được chăm sóc khẩn cấp 42

PHẦN 4 Nếu quý vị bị tính hóa đơn trực tiếp cho toàn bộ chi phí của dịch vụ được bao trả thì sao?.....45

Mục Lục

PHẦN 5 Dịch vụ y tế trong nghiên cứu lâm sàng....46

PHẦN 6 Các quy tắc về việc nhận dịch vụ chăm sóc tại cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế....47

PHẦN 7 Quy tắc về việc sở hữu các thiết bị y tế lâu bền....48

CHƯƠNG 4: Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)....50

PHẦN 1 Hiểu rõ về những dịch vụ được bao trả....50

PHẦN 2 Bảng Phúc Lợi Y Tế cho biết phúc lợi và chi phí y tế của quý vị....51

PHẦN 3 Những dịch vụ được bao trả bên ngoài chương trình....106

PHẦN 4 Dịch vụ không được chương trình của chúng tôi bao trả (các trường hợp loại trừ)....107

CHƯƠNG 5: Sử dụng quyền lợi bảo hiểm của chương trình cho thuốc Phần D....110

PHẦN 1 Các quy định cơ bản của chương trình chúng tôi về bảo hiểm thuốc Phần D....110

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 chúng tôi....111

PHẦN 3 Thuốc của quý vị cần nằm trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi....116

PHẦN 4 Các loại thuốc có giới hạn bảo hiểm....118

PHẦN 5 Điều quý vị có thể làm nếu một trong các loại thuốc của quý vị không được bao trả theo cách quý vị mong muốn....119

PHẦN 6 Danh Sách Thuốc của chúng tôi có thể thay đổi trong năm....122

PHẦN 7 Những loại thuốc không được chúng tôi bao trả....124

PHẦN 8 Cách để lấy thuốc theo toa....125

PHẦN 9 Bảo hiểm thuốc Phần D trong một số trường hợp đặc biệt....125

PHẦN 10 Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc....127

CHƯƠNG 6: Số tiền quý vị thanh toán cho thuốc Phần D....130

PHẦN 1 Số tiền quý vị thanh toán cho thuốc Phần D....130

PHẦN 2 Các giai đoạn thanh toán tiền thuốc đối với thành viên chương trình của chúng tôi....132

PHẦN 3 *Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm Phần D* giải thích quý vị đang ở giai đoạn thanh toán nào....133

PHẦN 4 Giai Đoạn Khấu Trừ....134

PHẦN 5 Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu 135
PHẦN 6 Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương 144
PHẦN 7 Số tiền quý vị thanh toán cho vắc-xin Phần D 144

CHƯƠNG 7: Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẻ của chúng tôi trong hóa đơn về thuốc hoặc dịch vụ y tế được bao trả.... 147

PHẦN 1 Những trường hợp quý vị nên yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẻ của chúng tôi cho dịch vụ hoặc thuốc được bao trả 147
PHẦN 2 Cách yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị hoặc thanh toán cho hóa đơn quý vị nhận được....150
PHẦN 3 Chúng tôi sẽ cân nhắc yêu cầu thanh toán của quý vị và tuyên bố đồng ý hoặc từ chối....151

CHƯƠNG 8: Quyền và trách nhiệm của quý vị 152

PHẦN 1 Chương trình của chúng tôi phải tôn trọng các quyền và sự khác biệt về văn hóa của quý vị 152
PHẦN 2 Trách nhiệm của quý vị với tư cách là thành viên của chương trình chúng tôi....163

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại) 165

PHẦN 1 Việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có quan ngại 165
PHẦN 2 Nơi nhận thêm thông tin và trợ giúp cá nhân....166
PHẦN 3 Quy trình cần sử dụng cho vấn đề của quý vị 167
PHẦN 4 Xử lý các vấn đề về phúc lợi Medicare của quý vị 167
PHẦN 5 Hướng dẫn về quyết định bao trả và kháng cáo 168
PHẦN 6 Dịch vụ chăm sóc y tế: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc nộp đơn kháng cáo...171
PHẦN 7 Thuốc Phần D: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc nộp đơn kháng cáo....178
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 189
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....193
PHẦN 10 Tiếp tục chuyển kháng cáo của quý vị lên Cấp 3, 4 và 5....197
PHẦN 11 Cách nộp đơn khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ, dịch vụ khách hàng hoặc các lo ngại khác....200
PHẦN 12 Xử lý các vấn đề về phúc lợi California Medi-Cal (Medicaid) của quý vị 204

CHƯƠNG 10: Kết thúc tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi 205

PHẦN 1 Chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi 205

PHẦN 2 Khi nào quý vị có thể chấm dứt là thành viên chương trình của chúng tôi? 205

PHẦN 3 Cách chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi 209

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 210

PHẦN 5 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) phải chấm dứt tư cách thành viên chương trình của quý vị trong một số trường hợp 210

CHƯƠNG 11: Thông báo pháp lý..... 213

PHẦN 1 Thông báo về luật quy định.....213

PHẦN 2 Thông báo về việc không phân biệt đối xử.....213

PHẦN 3 Thông báo về quyền thay thế của Chương Trình Trả Tiền Phụ cho Medicare.....213

PHẦN 4 Thu hồi phúc lợi chương trình của chúng tôi đã thanh toán theo chương trình Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) của quý vị.....214

PHẦN 5 Thẻ thành viên 216

PHẦN 6 Nhà thầu độc lập.....216

PHẦN 7 Gian lận trong chương trình chăm sóc sức khỏe.....217

PHẦN 8 Các trường hợp nằm ngoài kiểm soát của chương trình.....217

CHƯƠNG 12: Định nghĩa..... 218

CHƯƠNG 1:
Bắt đầu với tư cách thành viên

PHẦN 1 Quý vị là thành viên của Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)

Phần 1.1 Quý vị đã ghi danh vào Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP), một Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt Medicare

Quý vị được cả Medicare và California Medi-Cal (Medicaid) bao trả:

- **Medicare** là 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 của mình thông qua chương trình của chúng tôi, Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP). Chương trình của chúng tôi bao trả cho tất cả dịch vụ Phần A và Phần B. Tuy nhiên, việc chia sẻ chi phí và tiếp cận nhà cung cấp trong chương trình của chúng tôi khác với Original Medicare.

Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) là một Chương Trình Medicare Advantage chuyên biệt (Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt Medicare), nghĩa là các phúc lợi được thiết kế cho những người có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt. Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) được thiết kế cho những người có Medicare đồng thời là những người có quyền nhận trợ giúp từ California Medi-Cal (Medicaid).

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

Phần 1.2 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 2027 đến ngày 31 tháng 12 năm 2027.

Medicare cho phép chúng tôi thay đổi các chương trình mà chúng tôi cung cấp vào mỗi năm dương lịch. Điều này có nghĩa là chúng tôi có thể sửa đổi chi phí và phúc lợi của chương trình sau ngày 31 tháng 12 năm 2027. Chúng tôi cũng có thể quyết định ngừng cung cấp chương trình của chúng tôi trong khu vực dịch vụ của quý vị sau ngày 31 tháng 12 năm 2027.

Medicare (Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid) và California Medi-Cal (Medicaid) phải phê duyệt chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể tiếp tục được hưởng quyền lợi Medicare mỗi năm 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 và California Medi-Cal (Medicaid) tiếp tục chấp thuận cho phép chương trình của chúng tôi hoạt động.

PHẦN 2 Các yêu cầu về tình trạng đủ điều kiện tham gia chương trình

Phần 2.1 Các yêu cầu về tình trạng đủ điều kiện

Quý vị đủ điều kiện để trở thành thành viên chương trình của chúng tôi miễn là quý vị đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Quý vị có cả Medicare Part A và Medicare Part B.
- Quý vị sinh sống trong khu vực dịch vụ địa lý của chúng tôi (mô tả trong Phần 2.3). Những người 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.
- Quý vị là công dân hoặc người mang quốc tịch Hoa Kỳ hoặc người không phải công dân nhưng đủ điều kiện cư trú.
- 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 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.) Để đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị phải đủ điều kiện được hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare và Toàn Bộ Phúc Lợi Medicaid theo California Medi-Cal (Medicaid).

Lưu ý: Nếu quý vị không còn đủ điều kiện tham gia California Medi-Cal (Medicaid) nhưng dự kiến có thể lấy lại tư cách đủ điều kiện trong vòng 3 tháng thì quý vị vẫn đủ điều kiện trở thành thành viên. Chương 4, Phần 2 cho quý vị biết về bảo hiểm và chia sẻ chi phí trong giai đoạn này.

Phần 2.2 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. 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 mình miễn là tuân theo các quy tắc của liên bang.

Ngoài ra, Medicaid còn cung cấp các chương trình để giúp mọi người chi 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 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 Phần B. Những người thụ hưởng đủ điều kiện cũng nhận toàn bộ phúc lợi Medicaid.
- **Điều Kiện Kép Nhận Toàn Bộ Phúc Lợi (FBDE):** Medicaid có thể chi 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 Khu vực dịch vụ của chương trình đối với Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)

Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) chỉ được cung cấp cho những người sống trong khu vực dịch vụ thuộc chương trình 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 thuộc chương trình của chúng tôi. Khu vực dịch vụ được trình bày dưới đây.

Khu vực dịch vụ của chúng tôi bao gồm các quận sau tại California: Imperial, Kern, Orange, Placer, Riverside, San Bernardino, San Diego và San Francisco.

Nếu quý vị có kế hoạch chuyển đến một tiểu bang mới, quý vị cũng nên liên hệ với văn phòng Medicaid tại tiểu bang của quý vị và hỏi xem việc chuyển đi này sẽ ảnh hưởng như thế nào đến phúc lợi Medicaid của quý vị. Số điện thoại của Medicaid có trong Chương 2, Phần 6 của tài liệu này.

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 của chương trình này. Hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số

1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711) để xem liệu chúng tôi có chương trình nào trong khu vực mới của quý vị hay không. Khi chuyển chỗ ở, quý vị sẽ có một Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt để chuyển sang chương trình Original Medicare hoặc ghi danh một chương trình sức khỏe hoặc bảo hiểm thuốc thuộc Medicare tại nơi cư ngụ mới của quý vị.

Nếu quý vị đổi chỗ ở hoặc đổi địa chỉ gửi thư, điều cũng quan trọng mà quý vị cần làm là gọi cho Sở An Sinh Xã Hội. Gọi cho Sở An Sinh Xã Hội theo số 1-800-772-1213 (người dùng TTY gọi số 1-800-325-0778).

Phần 2.4 Công dân hoặc người mang quốc tịch Hoa Kỳ hoặc người không phải công dân nhưng đủ điều kiện

Quý vị phải là công dân hoặc người mang quốc tịch Hoa Kỳ hoặc người không phải công dân nhưng đủ điều kiện cư trú thì mới trở thành thành viên trong chương trình y tế Medicare. Medicare (Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid) sẽ thông báo cho Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) nếu quý vị không hội đủ điều kiện duy trì tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi trên cơ sở này. Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) phải hủy ghi danh quý vị nếu quý vị không đáp ứng yêu cầu này.

PHẦN 3 Những hoạt động sẽ diễn ra khi quý vị lần đầu tiên tham gia chương trình của chúng tôi

Phần 3.1 Đánh giá rủi ro sức khỏe

Khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi lần đầu, quý vị sẽ được đánh giá nguy cơ sức khỏe (HRA) trong vòng 90 ngày trước hoặc sau ngày ghi danh có hiệu lực.

Chúng tôi phải hoàn thành HRA cho quý vị. HRA là cơ sở để xây dựng kế hoạch chăm sóc cho quý vị. HRA bao gồm các câu hỏi để xác định các nhu cầu của quý vị về y tế, sức khỏe hành vi và chức năng.

Chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị để hoàn thành HRA. Chúng tôi có thể hoàn thành HRA qua cuộc gặp trực tiếp, gọi điện thoại, thư bưu điện, email, tin nhắn hoặc cổng thông tin hội viên bảo mật. Chúng tôi gửi cho quý vị thêm thông tin về HRA này. Sau đó, chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị hàng năm để cập nhật thông tin nhằm xác định xem nhu cầu của quý vị có thay đổi hay không.

Phần 3.2 Nhóm chăm sóc và kế hoạch chăm sóc

Nhóm chăm sóc có thể giúp quý vị tiếp tục nhận được dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần. Nhóm chăm sóc có thể bao gồm bác sĩ của quý vị, điều phối viên dịch vụ chăm sóc, bác sĩ chuyên khoa quý vị khám hoặc nhân viên y tế khác mà quý vị chọn.

Quý vị làm việc với nhóm chăm sóc để lập kế hoạch chăm sóc dựa trên mong muốn của quý vị. Kế hoạch chăm sóc cho quý vị và bác sĩ của quý vị cùng các nhân viên y tế khác biết các dịch vụ quý vị cần và cách nhận các dịch vụ đó. Kế hoạch chăm sóc bao gồm các nhu cầu dịch vụ y tế, dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi và các dịch vụ khác.

Kế hoạch chăm sóc của quý vị bao gồm:

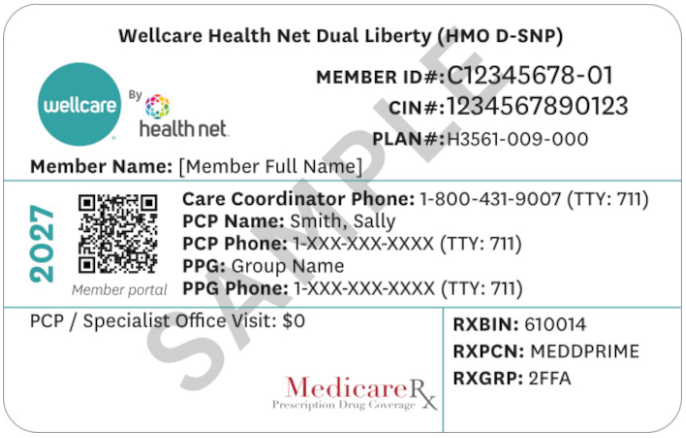
- mục tiêu chăm sóc sức khỏe theo thứ tự ưu tiên của quý vị và
- khung thời gian để nhận dịch vụ quý vị cần.

Nhóm chăm sóc của quý vị sẽ gặp quý vị sau khi làm HRA. Họ sẽ hỏi về các dịch vụ quý vị cần. Họ cũng cho quý vị biết về các dịch vụ quý vị có thể muốn cân nhắc nhận. Nhóm chăm sóc của quý vị làm việc với quý vị để cập nhật kế hoạch chăm sóc ít nhất mỗi năm một lần hoặc khi cần nếu quý vị có bất kỳ thay đổi nào về tình trạng sức khỏe.

PHẦN 4 Tài liệu quan trọng dành cho thành viên

Phần 4.1 Thẻ thành viên chương trình của chúng tôi

Sử dụng thẻ thành viên của quý vị bất cứ khi nào quý vị nhận dịch vụ được chương trình của chúng tôi bao trả và để mua thuốc theo toa tại các nhà thuốc trong mạng lưới. Quý vị phải trình thẻ thành viên California Medi-Cal (Medicaid) cho nhà cung cấp. Mẫu thẻ thành viên:



KHÔNG sử dụng thẻ Medicare đỏ, trắng và xanh dương 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 Health Net 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 chương trình của chúng tôi bị hư, bị mất hoặc bị đánh cắp, hãy gọi ngay cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711) và chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thẻ mới.

Phần 4.2 Danh Mục Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc

Danh Mục Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc go.wellcare.com/2027providerdirectories liệt kê các nhà cung cấp trong mạng lưới hiện tại 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 của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (PCP). Nếu quý vị muốn gặp một nhà cung cấp không thuộc Nhóm Y Tế của PCP, quý vị có thể phải đổi PCP. Ngoài ra, quý vị có thể bị giới hạn chỉ được sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (PCP) và/hoặc Nhóm Y 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. Nếu quý vị đi đến nơi khác khi chưa có sự chấp thuận phù hợp, quý vị sẽ phải trả 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 nhận được dịch vụ trong mạng lưới), các dịch vụ lọc máu ngoài khu vực và các trường hợp mà Wellcare Health Net 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 go.wellcare.com/2027providerdirectories.

Nếu quý vị không có *Danh Mục Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc*, quý vị có thể yêu cầu một bản (dưới dạng bản điện tử hoặc bản giấy) từ Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên thông qua số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711). *Danh Mục Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc* bản giấy mà quý vị yêu cầu sẽ được gửi đến cho quý vị trong vòng 3 ngày làm việc.

Danh Mục Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc go.wellcare.com/2027providerdirectories liệt kê các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. **Nhà thuốc trong mạng lưới** là các nhà thuốc đồng ý bán thuốc theo toa được bao trả cho các thành viên của chương trình chúng tôi. Sử dụng *Danh Mục Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc* để tìm kiếm nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị muốn sử dụng. Đi đến Chương 5, Phần 2.4 để biết thông tin về thời điểm quý vị có thể sử dụng các nhà thuốc không có trong mạng lưới của chương trình chúng tôi.

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

Nếu quý vị không có *Danh Mục Nhà Cung Cấp Và Nhà Thuốc*, quý vị có thể yêu cầu một bản từ Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711). Ngoài ra, quý vị còn có thể tìm thông tin này trên trang web của chúng tôi tại go.wellcare.com/2027providerdirectories.

Phần 4.3 Danh Sách Thuốc (danh mục thuốc)

Chương trình của chúng tôi có một *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả* (còn gọi là Danh Sách Thuốc hoặc danh mục thuốc). Danh sách này cho biết loại thuốc theo toa được bao trả theo phúc lợi Phần D trong Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP). Thuốc trên danh sách này được tuyển chọn bởi chương trình, với sự trợ giúp của bác sĩ và dược sĩ. Danh Sách Thuốc đáp ứng tất cả yêu cầu của Medicare. Thuốc bao gồm trong Chương Trình Thương Lượng Giá Thuốc Medicare sẽ có trong Danh Sách Thuốc của quý vị trừ khi loại thuốc này đã bị loại bỏ và thay thế theo mô tả trong Chương 5, Phần 6. Medicare đã phê duyệt Danh Sách Thuốc của Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP).

Danh Sách Thuốc cũng cho biết các quy định hạn chế bao trả đối với thuốc.

Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản Danh Sách Thuốc này. Để có thông tin đầy đủ và mới nhất về thuốc được bao trả, truy cập go.wellcare.com/druglist-53 hoặc gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711).

PHẦN 5 Tóm Tắt Các Chi Phí Quan Trọng cho năm 2027

	Chi Phí Của Quý Vị trong năm 2027
Phí bảo hiểm chương trình hàng tháng* * Phí bảo hiểm của quý vị có thể cao hơn số tiền này. Đến Phần 5.1 để biết chi tiết.	**$0**
Số Tiền Tự Trả Tối Đa Đây là số tiền tối đa quý vị sẽ phải tự trả cho các dịch vụ được bao trả theo Phần A và Phần B. (Đến Chương 4, Phần 1 để biết chi tiết.)	**$9,850** **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 Phần A và Phần B.**
Thăm khám tại phòng mạch bác sĩ chăm sóc chính	**Đồng thanh toán $0 mỗi lần khám**
Thăm khám tại phòng mạch bác sĩ chuyên khoa	**Đồng thanh toán $0 mỗi lần khám**

	Chi Phí Của Quý Vị trong năm 2027
Nằm Viện Điều Trị Nội Trú Bao gồm nhiều hình thức điều trị nội trú tại bệnh viện như chăm sóc cấp tính, phục hồi chức năng và chăm sóc dài hạn. Điều trị nội trú tại bệnh viện bắt đầu từ ngày quý vị chính thức nhập viện theo chỉ định của bác sĩ và kết thúc vào ngày trước khi quý vị xuất viện.	**Đối với nằm viện được Medicare bao trả, mỗi lần nằm viện:** **Đồng thanh toán $0 cho mỗi lần nằm viện.**
Bảo hiểm thuốc Phần D (Đến Chương 6 để biết thông tin chi tiết, bao gồm Tiền Khấu Trừ Hàng Năm, Giới Hạn Bảo Hiểm Ban Đầu và Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương.)	**Tiền khấu trừ bảo hiểm thuốc Phần D** **$700 ngoại trừ sản phẩm insulin được bao trả và hầu hết vắc-xin Phần D dành cho người lớn.** **Khoản Đồng Thanh Toán/Đồng Bảo Hiểm trong suốt Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu:** **Thuốc Bậc 1:** **Chia sẻ chi phí tiêu chuẩn: đồng thanh toán $15** **Chia sẻ chi phí ưu tiên: đồng thanh toán $0** **Thuốc Bậc 2:** **Chia sẻ chi phí tiêu chuẩn: đồng bảo hiểm 25%** **Quý vị chi trả số tiền không quá $35 cho mỗi lượng thuốc đủ dùng trong một tháng của mỗi sản phẩm insulin được bao trả ở bậc này.** **Chia sẻ chi phí ưu tiên: đồng bảo hiểm 20%** **Quý vị chi trả số tiền không quá $35 cho mỗi lượng thuốc đủ dùng trong một tháng của mỗi sản phẩm insulin được bao trả ở bậc này.** **Thuốc Bậc 3:** **Chia sẻ chi phí tiêu chuẩn: đồng bảo hiểm 41%** **Quý vị chi trả số tiền không quá $35 cho mỗi lượng thuốc đủ dùng trong một tháng của mỗi sản phẩm insulin được bao trả ở bậc này.**

	Chi Phí Của Quý Vị trong năm 2027
Bảo hiểm thuốc Phần D (Đến Chương 6 để biết thông tin chi tiết, bao gồm Tiền Khấu Trừ Hàng Năm, Giới Hạn Bảo Hiểm Ban Đầu và Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương.) **- tiếp theo**	**Chia sẻ chi phí ưu tiên: đồng bảo hiểm 41%** **Quý vị chi trả số tiền không quá $35 cho mỗi lượng thuốc đủ dùng trong một tháng của mỗi sản phẩm insulin được bao trả ở bậc này.** **Thuốc Bậc 4:** **Chia sẻ chi phí tiêu chuẩn: đồng bảo hiểm 15%** **Chia sẻ chi phí ưu tiên: đồng bảo hiểm 0%** **Thuốc Bậc 5:** **Chia sẻ chi phí tiêu chuẩn: đồng bảo hiểm 25%** **Chia sẻ chi phí ưu tiên: đồng bảo hiểm 25%** **Thuốc Bậc 6:** **Chia sẻ chi phí tiêu chuẩn: đồng thanh toán $0** **Chia sẻ chi phí ưu tiên: đồng thanh toán $0** **Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương:** **Trong giai đoạn thanh toán này, quý vị không phải thanh toán cho các loại thuốc Phần D được bao trả và các loại thuốc bị loại trừ được bao trả theo phúc lợi nâng cao của chúng tôi.**

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

- Phí Bảo Hiểm Chương Trình (Phần 5.1)
- Phí Bảo Hiểm Hàng Tháng Medicare Part B (Phần 5.2)
- Tiền Phạt Ghi Danh Muộn Phần D (Phần 5.3)
- Số Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập (Phần 5.4)
- Số Tiền Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare (Phần 5.5)

Phần 5.1 Phí bảo hiểm chương trình

Vì chương trình Trợ Giúp Bổ Sung thanh toán phí bảo hiểm thay cho quý vị nên quý vị không phải trả phí bảo hiểm hàng tháng riêng cho chương trình của chúng tôi.

Phần 5.2 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 giải thích trong Phần 2 nêu trên, để đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị phải duy trì trạng thái đủ điều kiện đối với California Medi-Cal (Medicaid) cũng như có cả Medicare Part A và Medicare Part B. Đối với hầu hết thành viên Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP), California Medi-Cal (Medicaid) sẽ chi trả cho phí bảo hiểm Phần A (nếu quý vị không tự động đủ điều kiện) và phí bảo hiểm Phần B của quý vị.

Nếu California Medi-Cal (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 trong chương trình của chúng tôi. Chi phí này bao gồm cả phí bảo hiểm Phần B. Quý vị cũng có thể trả phí bảo hiểm Phần A nếu quý vị không đủ điều kiện được miễn phí bảo hiểm Phần A.

Phần 5.3 Tiền Phạt Ghi Danh Muộn Phần 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 Phần D là phí bảo hiểm bổ sung phải trả cho bảo hiểm Phần D nếu vào bất cứ lúc nào sau khi giai đoạn ghi danh ban đầu đã hết, quý vị không có bảo hiểm Phần D hoặc một loại bảo hiểm thuốc 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 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 Phần D hoặc bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín khác. Nhìn chung, quý vị sẽ phải trả tiền phạt này trong suốt thời gian tham gia bảo hiểm Phần D.

Quý vị **không** phải trả tiền phạt ghi danh muộn Phần D nếu:

- Quý vị được chương trình Trợ Giúp Bổ Sung thuộc Medicare giúp chi trả chi phí thuốc.
- Quý vị không có bảo hiểm Phần D hoặc bảo hiểm có uy tín khác dưới 63 ngày liên tiếp.
- Quý vị có bảo hiểm thuốc có uy tín thông qua một nguồn khác (như chủ lao động cũ, công đoàn, TRICARE hoặc Cơ Quan Quản Lý Y Tế Cựu Chiến Binh (VA)). 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. Quý vị có thể nhận được thông tin này qua thư hoặc bản tin từ chương trình đó. 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 thư từ hoặc thông báo phải khẳng định rõ rằng 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 tiêu chuẩn của Medicare.
    - **Lưu ý:** Thẻ giảm giá thuốc theo toa, phòng khám miễn phí và trang web giảm giá thuốc không phải là bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín.

Medicare sẽ xác định mức tiền phạt ghi danh muộn Phần D. Sau đây là cách thức:

- 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 có uy tín, nếu thời gian đó từ 63 ngày trở lên.
- Sau đó Medicare xác định mức phí bảo hiểm trung bình hàng tháng của các chương trình bảo hiểm thuốc của Medicare trên toàn quốc vào năm trước (phí bảo hiểm cơ bản dành cho người thụ hưởng trên toàn quốc). Trong năm 2027, phí bảo hiểm trung bình là $41.33.
- Để tính phí phạt hàng tháng của quý vị, Medicare lấy số tháng không được bao trả (phần trăm tiền phạt) nhân với 1% phí bảo hiểm cơ bản dành cho người thụ hưởng trên toàn quốc, sau đó làm tròn số tiền đó đến con số 10 xu gần nhất. Ví dụ: nếu quý vị không có bảo hiểm Phần D hoặc bảo hiểm có uy tín khác trong 14 tháng, phí phạt sẽ là 14% nhân với $41.33, bằng $5.79. Kết quả được làm tròn thành $5.80. Số tiền này sẽ được cộng **vào phí bảo hiểm hàng tháng của người phải trả tiền phạt ghi danh muộn Phần D**.

Ba điều quan trọng cần biết về tiền phạt ghi danh muộn Phần D đóng hàng tháng này:

- **Tiền phạt có thể thay đổi hàng năm,** vì phí bảo hiểm cơ bản dành cho người thụ hưởng trên toàn quốc có thể thay đổi hàng năm.
- **Nhìn chung, 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 Medicare Part D, ngay cả khi quý vị thay đổi chương trình.
- Nếu quý vị *dưới* 65 tuổi và đã ghi danh vào Medicare, tiền phạt ghi danh muộn Phần D sẽ được tính lại khi quý vị tròn 65 tuổi. Sau 65 tuổi, tiền phạt ghi danh muộn Phần 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 không đồng ý với quyết định về tiền phạt ghi danh muộn Phần D, quý vị hoặc người đại diện cho quý vị có thể yêu cầu xem xét lại (kháng cáo) khoản phạt. Quá trình xem xét lại được thực hiện bởi một tổ chức đánh giá độc lập không liên quan tới chúng tôi. Nhìn chung, quý vị phải yêu cầu xem xét lại khoản phạt này **trong vòng 60 ngày** kể 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 quý vị tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị thường sẽ không còn cơ hội để yêu cầu xem xét lại việc phạt ghi danh muộn đó.

Phần 5.4 Số Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập

Nếu quý vị không còn đủ điều kiện tham gia chương trình này do có thay đổi về thu nhập, một số thành viên có thể được yêu cầu trả thêm phí cho chương trình Medicare của họ, còn gọi là Số Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập (IRMAA) Phần D. 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, truy cập Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Nếu quý vị phải đóng khoản IRMAA bổ sung, 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 Trí 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 IRMAA bổ sung cho chính phủ. Quý vị không thể gộp khoản này chung với phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị. Nếu không trả khoản IRMAA bổ sung này, quý vị sẽ bị hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi và mất bảo hiểm thuốc theo toa.**

Nếu không đồng ý với việc phải đóng khoản IRMAA bổ sung, quý vị có thể yêu cầu Sở An Sinh Xã Hội xem xét lại quyết định. Để biết cách thực hiện, hãy gọi cho Sở An Sinh Xã Hội theo số 1-800-772-1213 (người dùng TTY gọi số 1-800-325-0778).

Phần 5.5 Số Tiền Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare

Nếu quý vị đang tham gia Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare, mỗi tháng quý vị sẽ đóng phí bảo hiểm cho chương trình của quý vị (nếu có) và sẽ nhận hóa đơn từ chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc cho thuốc theo toa của quý vị (thay vì trả tiền cho nhà thuốc). Hóa đơn hàng tháng dựa trên số tiền quý vị phải trả cho mọi toa thuốc quý vị mua, cộng với số dư của tháng trước, chia cho số tháng còn lại trong năm.

Chương 2, Phần 7 trình bày thêm về Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare. Nếu quý vị không đồng ý với số tiền trong hoá đơn như một phần của lựa chọn thanh toán này, quý vị có thể làm theo các bước trong Chương 9 để khiếu nại hoặc kháng cáo.

PHẦN 6 Thông tin bổ sung về phí bảo hiểm chương trình hàng tháng

Phần 6.1 Phí bảo hiểm chương trình hàng tháng của quý vị sẽ không thay đổi trong năm

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

Tuy nhiên, trong một số trường hợp, quý vị có thể ngừng trả khoản phạt ghi danh muộn, nếu có, hoặc quý vị có thể cần phải bắt đầu trả khoản phạt ghi danh muộn.

- Nếu mất quyền được nhận Trợ Giúp Bổ Sung, quý vị có thể bị phạt ghi danh muộn Phần D nếu quý vị hủy ghi danh khỏi chương trình của quý vị và không có bảo hiểm thuốc Phần D hoặc bảo hiểm thuốc có uy tín khác từ 63 ngày liên tiếp trở lên.

Tìm hiểu thêm về Trợ Giúp Bổ Sung trong Chương 2, Phần 7.

PHẦN 7 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.

Bác sĩ, bệnh viện, dược sĩ và các nhà cung cấp khác trong mạng lưới chương trình của chúng tôi **sử dụng hồ sơ thành viên để biết dịch vụ và thuốc được bao trả và số tiền chia sẻ chi phí của quý vị**. Vì thế, việc quý vị giúp chúng tôi luôn có thông tin cập nhật là điều rất quan trọng.

Nếu quý vị có bất kỳ thay đổi nào trong số này, hãy cho chúng tôi biết:

- Thay đổi về 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))
- Bất kỳ yêu cầu bồi thường bảo hiểm trách nhiệm nào, chẳng hạn như yêu cầu bảo hiểm từ tai nạn ô tô
- Nếu quý vị 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 tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng (**Lưu ý:** Quý vị không bắt buộc phải thông báo cho chương trình của chúng tôi về các nghiên cứu lâm sàng mà quý vị dự định tham gia, nhưng chúng tôi khuyến khích quý vị làm như vậy.)

Nếu bất kỳ thông tin nào trong số này thay đổi, hãy cho chúng tôi biết bằng cách gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711).

Ngoài ra, quý vị cần gọi cho Sở An Sinh Xã Hội nếu quý vị đổi chỗ ở hoặc đổi địa chỉ gửi thư. Gọi cho Sở An Sinh Xã Hội theo số 1-800-772-1213 (người dùng TTY gọi số 1-800-325-0778).

PHẦN 8 Cách thức các chương trình bảo hiểm khác kết hợp với chương trình chúng tôi

Medicare yêu cầu chúng tôi thu thập thông tin về mọi bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm thuốc khác mà quý vị có để chúng tôi có thể kết hợp mọi bảo hiểm khác với phúc lợi của quý vị theo chương trình của chúng tôi. Điều này được gọi là **Phối Hợp Các Phúc Lợi**.

Mỗi năm một lần, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thư liệt kê mọi chương trình bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm thuốc khác mà chúng tôi biết. Vui lòng đọc kỹ thông tin này. 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, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711). Quý vị có thể cần cho những công ty bảo hiểm khác biết số ID thành viên trong chương trình của chúng tôi (một khi quý vị 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), quy định của Medicare 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 ("chương trình trả tiền chính") sẽ trả cho đến giới hạn của phạm vi bảo hiểm của chương trình đó. Chương trình bảo hiểm trả tiền thứ hai ("chương trình trả tiền phụ") chỉ trả phần chi phí còn lại mà chương trình bảo hiểm chính chưa trả hết. Chương trình trả tiền phụ có thể sẽ không trả hết tất cả 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 chương trình 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 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 phổi 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

PHẦN 1 Thông tin liên hệ chương trình của chúng tôi

Để được trợ giúp khi có câu hỏi về việc yêu cầu bồi thường, thanh toán, hoặc thẻ thành viên, hãy gọi điện hoặc viết thư cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên của Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP). Chúng tôi sẽ rất hân hạnh được giúp quý vị.

Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên – Thông Tin Liên Hệ	
Gọi điện	1-800-431-9007 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến 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 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m. Vui lòng lưu ý, ngoài giờ làm việc, cuối tuần và ngày lễ liên bang 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. Nếu quý vị để lại tin nhắn thoại, vui lòng nêu tên và số điện thoại, sau đó nhân viên sẽ gọi lại trong vòng một (1) ngày làm việc. Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711) cũng có dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí cho người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến 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 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m.
Viết thư	Wellcare By Health Net PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
Trang web	go.wellcare.com/HealthNetCA

Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng cáo về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị

Quyết định bao trả là quyết định mà chúng tôi đưa ra về các phúc lợi và bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền chúng tôi chi trả cho dịch vụ y tế hoặc thuốc Phần D của quý vị. Kháng cáo là cách chính thức yêu cầu chúng tôi xem xét lại và thay đổi quyết định bao trả. Để biết thêm thông tin về cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng cáo về dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc Phần D của quý vị, đến Chương 9.

Quyết Định Bảo Hiểm cho Chăm Sóc Y Tế – Thông Tin Liên Hệ	
Gọi điện	1-800-431-9007 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến 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 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến 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 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m.
Viết thư	Medical Management PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420

Quyết Định Bao Trả cho Thuốc Phần D – Thông Tin Liên Hệ	
Gọi điện	1-800-431-9007 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến 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 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến 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 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m.

Quyết Định Bao Trả cho Thuốc Phần D – Thông Tin Liên Hệ	
Fax	1-866-226-1093
Viết thư	Medicare Pharmacy Prior Authorization Department P.O. Box 31397 Tampa, FL 33631-3397
Trang web	go.wellcare.com/CAcoveragedeterminations

Kháng Cáo về Chăm Sóc Y Tế – Thông Tin Liên Hệ	
Gọi điện	1-800-431-9007 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến 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 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến 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 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	MEMBER Appeals & Grievances Medicare Operations Appeals Department - Medical P.O. Box 10052 Van Nuys, CA 91410-0052

Kháng Cáo về Thuốc Phần D – Thông Tin Liên Hệ	
Gọi điện	1-800-431-9007 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến 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 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến 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 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m.
Fax	1-866-388-1766
Viết thư	Medicare Part D Appeals Attn: Medicare Pharmacy Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383
Trang web	go.wellcare.com/HealthNetCA

Cách khiếu nại về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị

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 cách nộp đơn khiếu nại về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, đến Chương 9.

Khiếu Nại về Chăm Sóc Y Tế – Thông Tin Liên Hệ	
Gọi điện	1-800-431-9007 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến 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 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến 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 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m.

Khiếu Nại về Chăm Sóc Y Tế – Thông Tin Liên Hệ	
Fax	1-844-273-2671
Viết thư	Appeals & Grievances Medicare Operations Grievance Department P.O. Box 10344 Van Nuys, CA 91410-0344
Trang web Medicare	Để gửi khiếu nại về Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) trực tiếp tới Medicare, truy cập Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Khiếu nại về thuốc Phần D – Thông Tin Liên Hệ	
Gọi điện	1-800-431-9007 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến 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 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến 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 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	Wellcare By Health Net Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10344 Van Nuys, CA 91410-0344
Trang web Medicare	Để gửi khiếu nại về Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) trực tiếp tới Medicare, truy cập Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cách yêu cầu chúng tôi thanh toán chi phí cho dịch vụ y tế hoặc một loại thuốc quý vị đã nhận

Nếu quý vị đã nhận hóa đơn hoặc thanh toán cho các dịch vụ (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 cho hóa đơn của nhà cung cấp. Đến Chương 7 để biết thêm thông tin.

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. Đến Chương 9 để biết thêm thông tin.

Yêu Cầu Chi Trả – Thông Tin Liên Hệ	
Viết thư	Yêu Cầu Chi Trả Dịch Vụ Y Tế: Member Reimbursement Dept Medical Reimbursement Department PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420 Yêu Cầu Chi Trả Phần D: Wellcare Medicare Part D Claims Attn: Member Reimbursement Department P.O. Box 31577 Tampa, FL 33631-3577
Trang web	go.wellcare.com/HealthNetCA

PHẦN 2 Nhận trợ giúp từ Medicare

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 lọc máu hoặc ghép thận).

Cơ quan liên bang phụ trách về bảo hiểm Medicare là Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS). Cơ quan này ký hợp đồng với các tổ chức Medicare Advantage trong đó có chương trình của chúng tôi.

Medicare – Thông Tin Liên Hệ	
Gọi điện	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần.

Medicare – Thông Tin Liên Hệ	
TTY	1-877-486-2048 Số điện thoại này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số này được miễn phí.
Trò Chuyện Trực Tiếp	Trò chuyện trực tiếp tại Medicare.gov/talk-to-someone.
Viết thư	Viết thư gửi đến Medicare tại PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Trang web	Medicare.gov • Nhận thông tin về các chương trình y tế và chương trình thuốc của Medicare trong khu vực của quý vị, bao gồm những mục họ chi trả và dịch vụ họ cung cấp. • Tìm bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác tham gia Medicare. • Tìm hiểu những mục Medicare bao trả, bao gồm cả dịch vụ phòng ngừa (như sàng lọc, tiêm phòng hoặc tiêm vắc-xin và những lần thăm khám "Sức khỏe" hàng năm). • Nhận thông tin và biểu mẫu kháng cáo của Medicare. • Nhận thông tin về chất lượng chăm sóc do chương trình, viện dưỡng lão, bệnh viện, bác sĩ, cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà, cơ sở lọc thận, trung tâm chăm sóc cuối đời, cơ sở phục hồi chức năng nội trú và bệnh viện chăm sóc dài hạn cung cấp. • Tra cứu các trang web và số điện thoại hữu ích. Quý vị cũng có thể truy cập Medicare.gov để cho Medicare biết nếu quý vị có bất kỳ khiếu nại nào về chương trình của chúng tôi. **Để nộp đơn khiếu nại lên Medicare,** truy cập Medicare.gov/my/medicare-complaint. 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.

PHẦN 3 Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (SHIP)

Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (SHIP) là một chương trình của chính phủ với những nhân viên cố vấn chuyên nghiệp trên khắp các tiểu bang cung cấp trợ giúp, thông tin và câu trả lời miễn phí cho câu hỏi về Medicare. Tại California, SHIP được gọi là Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) California.

Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) California là một chương trình độc lập của tiểu bang (không liên kết với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình sức khỏe nào) 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 Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) California có thể giúp quý vị nắm được các quyền lợi Medicare, nộp đơn 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 Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) California còn có thể giúp trả lời các câu hỏi hoặc các vấn đề về Medicare, 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.

Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) California – Thông Tin Liên Hệ	
Gọi điện	1-800-434-0222 1-916- 419-7500
TTY	1-800-735-2929 Số điện thoại này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho 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/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

PHẦN 4 Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (QIO)

Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (QIO) được chỉ định phục vụ cho những người có Medicare ở mỗi tiểu bang. Tại California, Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng được gọi là Commence Health (Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng của California).

Commence Health (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 người có Medicare. Commence Health (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.

Liên hệ với Commence Health (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 nhận được. Ví dụ về quan ngại liên quan đến chất lượng chăm sóc bao gồm nhận sai thuốc, làm xét nghiệm hoặc thủ thuật không cần thiết hoặc chẩn đoán sai.
- Quý vị nghĩ là bảo hiểm nằm viện của quý vị chấm dứt quá sớm.
- Quý vị nghĩ là bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc Cơ Sở Phục Hồi Ngoại Trú Toàn Diện (CORF) của quý vị chấm dứt quá sớm.

Commence Health (Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng của California) – Thông Tin Liên Hệ	
Gọi điện	1-877-588-1123 9:00 a.m. - 5:00 p.m. giờ địa phương, Thứ Hai - Thứ Sáu; 10:00 a.m. - 4:00 p.m. giờ địa phương, Thứ Bảy - Chủ Nhật
TTY	711
Viết thư	BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23454
Trang web	https://www.commencehealthqio.cms.gov/en

PHẦN 5 An Sinh Xã Hội

Sở An Sinh Xã Hội xác định tính đủ điều kiện của Medicare và xử lý việc ghi danh Medicare. 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 Phần 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, hãy liên hệ để thông báo cho Sở An Sinh Xã Hội biết.

Sở An Sinh Xã Hội— Thông Tin Liên Hệ	
Gọi điện	1-800-772-1213 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Giờ hoạt động từ 8 a.m. đến 7 p.m., từ Thứ Hai đến Thứ Sáu. Sử dụng 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 người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Giờ hoạt động từ 8 a.m. đến 7 p.m., từ Thứ Hai đến Thứ Sáu.
Trang web	SSA.gov

PHẦN 6 Medicaid

Là thành viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị đủ điều kiện nhận cả Medicare và California Medi-Cal (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 Trình Người Thụ Hưởng Medicare 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.
- **Điều Kiện Kép Nhận Toàn Bộ Phúc Lợi (FBDE):** Medicaid có thể chi 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 trợ giúp mà quý vị nhận được từ Medicaid, hãy liên hệ California Medi-Cal (Medicaid).

California Medi-Cal (Medicaid) – Thông Tin Liên Hệ	
Gọi điện	1-800-541-5555 1-916-636-1980 1-916-449-5000 8:00 a.m. - 5:00 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 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-resources/

Chương Trình Thanh Tra Viên Dịch Vụ Chăm Sóc Dài Hạn California giúp những người ghi danh California Medi-Cal (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.

Chương Trình Thanh Tra Viên Dịch Vụ Chăm Sóc Dài Hạn California - Thông Tin Liên Hệ	
Gọi điện	1-916-419-7510 8:00 a.m. - 4:00 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/

Chương Trình Thanh Tra Viên Dịch Vụ Chăm Sóc Dài Hạn California hỗ trợ mọi người nhận thông tin về các viện dưỡng lão và giải quyết các vấn đề giữa viện dưỡng lão và cư dân hoặc gia đình của họ.

Chương Trình Thanh Tra Viên Dịch Vụ Chăm Sóc Dài Hạn California – Thông Tin Liên Hệ	
Gọi điện	1-916-419-7510 8:00 a.m. - 5:00 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_and_Services/Long-Term_Care_Ombudsman/

PHẦN 7 Chương trình trợ giúp thanh toán thuốc theo toa

Trang web của Medicare (Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) có thông tin về cách giảm chi phí thuốc theo toa của quý vị. Các chương trình dưới đây có thể trợ giúp cho những người có thu nhập hạn chế.

Trợ Giúp Bổ Sung từ Medicare

Vì quý vị đủ điều kiện tham gia California Medi-Cal (Medicaid), quý vị đủ điều kiện và được nhận Trợ Giúp Bổ Sung từ Medicare để thanh toán cho các chi phí thuộc chương trình thuốc theo toa của quý vị. Quý vị không cần làm gì thêm để được nhận Trợ Giúp Bổ Sung.

Nếu có thắc mắc về Trợ Giúp Bổ Sung, vui lòng gọi:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY gọi số 1-877-486-2048,
- Văn phòng Sở An Sinh Xã Hội theo số 1-800-772-1213, từ 8 a.m. đến 7 p.m., Thứ Hai đến Thứ Sáu. Người dùng TTY gọi số 1-800-325-0778; hoặc
- Văn phòng Medicaid Tiểu Bang của quý vị theo số 1-800-541-5555, người dùng TTY gọi số 1-800-430-7077.

Nếu quý vị nghĩ rằng mình đang trả sai số tiền cho đơn thuốc của mình tại nhà thuốc, chương trình của chúng tôi có một quy trình để giúp quý vị nhận bằng chứng về số tiền đồng thanh toán đúng của quý vị. Nếu quý vị đã có bằng chứng về số tiền đúng, chúng tôi có thể giúp quý vị chia sẻ bằng chứng này với 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 Trợ Giúp Bổ Sung. 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 Đã Nộp Được Coi Là Đủ Điều Kiện xác nhận rằng người thụ hưởng là "… tự động đủ điều kiện nhận Trợ Giúp Bổ Sung…" (Ấn bản SSA HI 03094.605)

Nếu quý vị đang nằm điều trị tại một cơ sở chăm sóc và cho rằng mình đủ điều kiện để không phải trả phần chia sẻ chi phí, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên và cho nhân viên đại diện biết quý vị cho rằng mình đủ điều kiện nhận Trợ Giúp Bổ Sung. Quý vị có thể cần cung cấp một trong những loại giấy tờ sau:

- Việc chuyển tiền từ cơ sở thể hiện khoản thanh toán của Medicaid thay mặt cho quý vị cho cả một tháng theo lịch trong suốt một tháng sau tháng 6 của năm dương lịch trước đó;
- Bản sao giấy tờ của tiểu bang xác nhận khoản thanh toán cho cơ sở của Medicaid thay mặt quý vị cho cả một tháng 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 Trợ Giúp Bổ Sung, 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 đúng của quý vị, chúng tôi sẽ cập nhật hệ thống của mình để quý vị có thể trả khoản đồng thanh toán đúng khi quý vị mua toa thuốc kế tiếp. Nếu quý vị chi trả vượt quá mức đồng thanh toán, chúng tôi sẽ trả lại cho quý vị bằng séc hoặc giấy báo khoản đồng thanh toán trong tương lai. Nếu nhà thuốc không thu khoản đồng thanh toán và quý vị nợ họ, chúng tôi có thể thanh toán 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. Gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711) nếu quý vị có thắc mắc.

Nếu quý vị được nhận Trợ Giúp Bổ Sung và bảo hiểm từ Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc AIDS (ADAP) thì sao?

Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc AIDS (ADAP) giúp những người mắc HIV/AIDS được tiếp cận các loại thuốc HIV giúp duy trì cuộc sống. Thuốc 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 Hỗ Trợ Thuốc AIDS (ADAP) California.

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

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

Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc AIDS (ADAP) California — Thông Tin Liên Hệ	
Gọi điện	1-844-421-7050 8:00 a.m. - 5:00 p.m. giờ địa phương, Thứ Hai - Thứ Sáu (trừ ngày lễ)
TTY	711
Viết thư	California Department of Public Health Center for Infectious Diseases, Office of AIDS MS 0500, P.O. Box 997377 Sacramento, CA 95899-7377
Trang web	https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx

Lưu ý: Để đủ điều kiện được trợ giúp qua ADAP tại 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 dưới mức. Nếu quý vị thay đổi chương trình, hãy thông báo cho nhân viên ghi danh ADAP tại địa phương để có thể tiếp tục nhận trợ giúp. Để biết thông tin về các tiêu chuẩn đủ điều kiện, các loại thuốc được bao trả, hoặc cách ghi danh vào chương trình, hãy gọi cho Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc AIDS (ADAP) California.

Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare

Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare là một lựa chọn thanh toán kết hợp với bảo hiểm thuốc hiện tại của quý vị để giúp quý vị quản lý chi phí tự trả cho thuốc được chương trình của chúng tôi bao trả bằng cách chia nhỏ trong suốt **năm theo lịch** (tháng 1 – tháng 12). Bất kỳ ai có chương trình thuốc Medicare hoặc chương trình y tế Medicare có bảo hiểm thuốc (ví dụ như chương trình Medicare Advantage có bảo hiểm thuốc) đều có thể sử dụng tùy chọn thanh toán này. **Lựa chọn thanh toán này có thể giúp quý vị quản lý chi tiêu, nhưng không giúp tiết kiệm tiền hoặc giảm chi phí thuốc. Nếu quý vị đang tham gia Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare và vẫn ở trong cùng chương trình Phần D, việc tham gia của quý vị sẽ được tự động gia hạn trong năm 2027; quý vị không cần phải nộp đơn yêu cầu mới để tiếp tục tham gia vào năm 2027.** Trợ Giúp Bổ Sung từ Medicare và trợ giúp từ SPAP và ADAP, dành cho những người đủ điều kiện, có lợi hơn so với việc tham

gia Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare. Để tìm hiểu thêm về tùy chọn thanh toán này, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711) hoặc truy cập Medicare.gov.

Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare – Thông Tin Liên Hệ	
Gọi điện	1-833-750-9969 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711) cũng có dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí cho người không nói tiếng Anh.
TTY	1-800-716-3231 Số điện thoại này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần.
Viết thư	Express Scripts Medicare Prescription Payment Plan PO Box 2 Saint Louis, MO 63166
Trang web	go.wellcare.com/CA-MPPP

PHẦN 8 Ủy Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt (RRB)

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 nhận 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.

Ủy Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt (RRB) – Thông Tin Liên Hệ	
Gọi điện	1-877-772-5772 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Nhấn “0” để trò chuyện với đại diện của RRB từ 9 a.m. đến 3:30 p.m., Thứ Hai, Thứ Ba, Thứ Năm và Thứ Sáu và từ 9 a.m. đến 12 p.m. vào Thứ Tư. Nhấn “1” để tiếp cận Đường Dây Trợ Giúp tự động của RRB và thông tin được ghi lại 24 giờ một ngày, bao gồm cả cuối tuần và ngày lễ.

Ủy Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt (RRB) – Thông Tin Liên Hệ	
TTY	1-312-751-4701 Số điện thoại này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Số điện thoại này không phải là số điện thoại miễn phí.
Trang web	https://RRB.gov

PHẦN 9 Nếu quý vị có bảo hiểm theo nhóm hoặc bảo hiểm y tế khác từ chủ lao động

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, hãy gọi cho nhân viên quản trị phúc lợi của chủ lao động/nghiệp đoàn hoặc gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711) 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 ghi ở bìa sau của tài liệu này). Quý vị có thể gọi đến 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) nếu có thắc mắc về quyền lợi bảo hiểm Medicare của quý vị theo chương trình này. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.

Nếu quý vị có bảo hiểm thuốc khác qua chủ lao động hoặc nhóm hưu trí của quý vị (hoặc của vợ/chồng hay bạn đời của quý vị), hãy 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 hiểu rõ chương trình bảo hiểm thuốc hiện tại của quý vị sẽ phối hợp 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

PHẦN 1 Cách để 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 của chúng tôi để nhận dịch vụ y tế và dịch vụ khác được bao trả. Để biết thông tin chi tiết về dịch vụ chăm sóc y tế và dịch vụ khác mà chương trình của chúng tôi bao trả, tham khảo Bảng Phúc Lợi Y Tế trong Chương 4.

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

- **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, 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 dịch vụ chăm sóc y tế và các dịch vụ khác của quý vị được chương trình của chúng tôi bao trả

Là một chương trình y tế 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 để biết các dịch vụ được bao trả theo chương trình này.

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 chúng tôi** trong Chương 4.

- **Dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận 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 (đến Phần 2.1 để biết thêm thông tin).
    - Trong hầu hết các trường hợp, PCP trong mạng lưới của quý vị phải chấp thuận trước cho quý vị (giới thiệu) thì quý vị mới được dùng những nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình chúng tôi, như bác sĩ chuyên khoa, bệnh viện, cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc các cơ sở chăm sóc sức khỏe tại nhà. Để biết thêm thông tin, tham khảo Phần 2.3.
    - Quý vị không cần phải có giới thiệu từ PCP để được chăm sóc cấp cứu hoặc nhận các dịch vụ cần thiết khẩn cấp. Để tìm hiểu về các loại dịch vụ chăm sóc khác quý vị có thể nhận mà không cần phải được PCP chấp thuận trước, tham khảo Phần 2.2.
- **Quý vị phải nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp trong mạng lưới** (xem Phần 2). 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 phải trả toàn bộ chi phí cho nhà cung cấp đối với dịch vụ quý vị nhận được. *Sau đây là 3 ngoại lệ:*
    - Chương trình của chúng tôi 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 và xem các dịch vụ cần thiết khẩn cấp hoặc cấp cứu là gì, hãy đến Phần 3.
    - Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc y tế mà Medicare hoặc California Medi-Cal (Medicaid) 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 với mức chia sẻ chi phí mà quý vị thường trả cho nhà cung cấp trong mạng lưới (bắt buộc phải có sự chấp thuận trước). 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.
    - Chương trình của chúng tôi bao trả cho các dịch vụ lọc thận mà quý vị nhận được tại một cơ sở lọc máu 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 của chúng tôi cho việc lọc máu không bao giờ có thể cao hơn mức chia sẻ chi phí trong Original Medicare. Nếu quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi và được lọc máu bởi một nhà cung cấp nằm ngoài mạng lưới của chương trình, mức chia sẻ chi phí của quý vị không thể cao hơn mức chia sẻ chi phí mà quý vị trả trong mạng lưới. Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp dịch vụ lọc máu thông thường của quý vị trong mạng lưới tạm thời không có sẵn và quý vị chọn nhận dịch vụ bên trong khu vực dịch vụ của chúng tôi từ nhà cung cấp bên ngoài mạng lưới của chương trình chúng tôi, mức chia sẻ chi phí cho điều trị lọc máu có thể cao hơn.

PHẦN 2 Sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình chúng tôi 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:

- Chụp hình quang tuyến,
- Xét nghiệm,
- Vật Lý Trị Liệu, Trị Liệu Cơ Năng và/hoặc Trị Liệu Âm Ngữ,
- Dịch vụ chăm sóc của các bác sĩ chuyên khoa,
- Nhập viện và
- Chăm sóc theo dõi

“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 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.

Cách chọn PCP

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 Health Net 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 go.wellcare.com/2027providerdirectories và chọn một PCP từ mạng lưới của chương trình 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.

Cách thay đổi PCP của quý vị

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 cần phải chọn PCP mới. Trong một số trường hợp nhất định, các nhà cung cấp của chúng tôi phải tiếp tục chăm sóc quý vị sau khi rời khỏi mạng lưới của chúng tôi. Để biết thông tin chi tiết cụ thể, 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. Vì một số PCP tham gia vào các mạng lưới giới thiệu hạn chế hoặc chuyên biệt, Nhóm Y Tế và PCP mà quý vị chọn trong chương trình có thể quyết định 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 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 Dịch vụ chăm sóc y tế và các dịch vụ khác quý vị có thể nhận mà không cần 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
- Dịch vụ chăm sóc cấp cứu do nhà cung cấp trong hoặc ngoài mạng lưới cung cấp
- Các dịch vụ cần thiết khẩn cấp được chương trình bao trả là các dịch vụ cần chăm sóc y tế ngay lập tức (nhưng không phải là trường hợp cấp cứu) nếu quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi hoặc nếu dịch vụ này từ nhà cung cấp trong mạng lưới được cho là không phù hợp với thời gian, địa điểm và hoàn cảnh để quý vị nhận. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp bao gồm bệnh và chấn thương y tế không lường trước được hoặc cơn phát bệnh bất ngờ của bệnh lý hiện hữu. Thăm khám định kỳ cần thiết về mặt y tế với nhà cung cấp (như kiểm tra sức khỏe hàng năm) không được xem là cần thiết khẩn cấp ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi hoặc mạng lưới chương trình của chúng tôi tạm thời không cung cấp dịch vụ.
- Dịch vụ lọc thận quý vị nhận được tại một cơ sở lọc máu được Medicare chứng nhận khi quý vị tạm thời ở bên ngoài khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi. Nếu có thể, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711) trước khi quý vị ra khỏi khu vực dịch vụ để chúng tôi có thể giúp sắp xếp sao cho quý vị được duy trì lọc máu 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. Ví dụ:

- Bác sĩ chuyên khoa ung thư chăm sóc cho bệnh nhân bị ung thư
- Bác sĩ chuyên khoa tim chăm sóc cho bệnh nhân có những chứng bệnh về tim
- Bác sĩ chuyên khoa chỉnh hình chăm sóc cho bệnh nhân có bệnh về xương, khớp hoặc 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 tự trả tiền cho các dịch vụ đó.

Nếu bác sĩ chuyên khoa muốn quý vị quay trở lại để khám thêm, thì trước hết quý vị phải kiểm tra xem giấy giới thiệu quý vị nhận được từ PCP cho lần khám đầu tiên có bao trả cho những lần khám thêm với bác sĩ chuyên khoa hoặc nhà cung cấp khác hay không. 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 để biết thông tin về các dịch vụ cần có sự 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 "Cách đổi PCP", chúng tôi cho quý vị biết cách đổi PCP.

Khi một bác sĩ chuyên khoa hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới rời chương trình của chúng tôi

Trong năm, chúng tôi có thể thay đổi các bệnh viện, bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa (nhà cung cấp dịch vụ) trong mạng lưới của chương trình chúng tôi. Nếu bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa của quý vị rời chương trình của chúng tôi, quý vị có các quyền và biện pháp bảo vệ sau:

- Mặc dù mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi có thể thay đổi trong năm, Medicare yêu cầu rằng quý vị phải có khả năng tiếp cận không bị gián đoạn với bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa đủ điều kiện.
- 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 đến khám với nhà cung cấp đó trong vòng 3 năm qua.
    - Nếu có bất kỳ nhà cung cấp nào khác của quý vị rời chương trình, 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 3 tháng qua.
- Chúng tôi sẽ giúp quý vị chọn một nhà cung cấp mới đủ điều kiện trong mạng lưới để tiếp tục được chăm sóc.
- Nếu quý vị đang được điều trị và trị liệu y tế với nhà cung cấp hiện tại, quý vị có quyền yêu cầu tiếp tục được điều trị hoặc trị liệu cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi sẽ làm việc với quý vị để quý vị có thể tiếp tục được chăm sóc.
- Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về các giai đoạn ghi danh có sẵn và các tùy chọn có thể có để quý vị thay đổi chương trình.
- 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, 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 ở mức chia sẻ chi phí trong 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 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 ra, chương trình của chúng tôi phải bao trả cho các dịch vụ lọc máu cho các thành viên mắc Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (ESRD) đã đi ra khỏi khu vực dịch vụ của chương trình và không thể tiếp cận các nhà cung cấp trong mạng lưới. Các dịch vụ ESRD phải được nhận tại cơ sở lọc máu được Medicare chứng nhận.

- Nếu quý vị biết được bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa của quý vị sẽ rời chương trình của chúng tôi, hãy liên hệ với chúng tôi để chúng tôi có thể trợ giúp quý vị chọn 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 khiếu nại về chất lượng chăm sóc tới chương trình của chúng tôi hoặc cả hai (tham khảo Chương 9).

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

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 ra, chương trình của chúng tôi phải bao trả cho các dịch vụ lọc máu cho các thành viên mắc Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (ESRD) đã đi ra khỏi khu vực dịch vụ của chương trình và không thể tiếp cận các nhà cung cấp trong mạng lưới. Các dịch vụ ESRD phải được nhận tại cơ sở lọc máu được Medicare chứng nhận.

Nếu quý vị cần chăm sóc y tế được Medicare bao trả và nhà cung cấp ngoài mạng lưới không thể cung cấp dịch vụ chăm sóc này, quý vị có thể nhận chăm sóc từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Chương trình của chúng tôi phải xác nhận 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.

Những hoạt động sẽ diễn ra khi quý vị lần đầu tiên tham gia chương trình của chúng tôi

Nếu quý vị tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị có thể tiếp tục thăm khám với các bác sĩ mà quý vị hiện đang theo khám trong một khoảng thời gian nhất định, nếu họ không thuộc mạng lưới của chúng tôi. Chúng tôi gọi đó là tính liên tục trong dịch vụ chăm sóc. Nếu họ không thuộc mạng lưới của chúng tôi, quý vị có thể tiếp tục với các nhà cung cấp hiện tại và sự chấp thuận đối với dịch vụ của mình tại thời điểm quý vị ghi danh trong tối đa 12 tháng nếu đáp ứng tất cả các điều kiện sau đây:

- Quý vị, đại diện hoặc nhà cung cấp của quý vị yêu cầu chúng tôi cho phép quý vị tiếp tục sử dụng nhà cung cấp hiện tại của quý vị.

- Chúng tôi xác định rằng quý vị có mối quan hệ hiện có với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính hoặc chăm sóc chuyên khoa với một số trường hợp ngoại lệ. Khi chúng tôi nói về “mối quan hệ hiện có”, nghĩa là quý vị đã thăm khám với một nhà cung cấp ngoài mạng lưới ít nhất một lần cho lần thăm khám không phải là trường hợp cấp cứu trong 12 tháng trước ngày ghi danh đầu tiên của quý vị để tham gia chương trình của chúng tôi.

    - Chúng tôi xác định mối quan hệ hiện có bằng cách xem xét thông tin sức khỏe sẵn có hoặc thông tin quý vị cung cấp cho chúng tôi.

- Chúng tôi có 30 ngày để trả lời yêu cầu của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định nhanh hơn và chúng tôi phải trả lời trong vòng 15 ngày. Quý vị có thể đưa ra yêu cầu này bằng cách gọi đến 1-800-431-9007, TTY 711, Từ ngày 1 tháng 10 đến 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 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m. Nếu quý vị có nguy cơ bị tổn hại, chúng tôi phải phản hồi trong vòng 3 ngày.
- Khi gửi yêu cầu, quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị phải trình tài liệu chứng minh về mối quan hệ hiện có và đồng ý với một số điều khoản.

Lưu ý: Quý vị có thể đưa ra yêu cầu này với nhà cung cấp Thiết Bị Y Tế Lâu Bền (DME) trong ít nhất 90 ngày hoặc cho đến khi chúng tôi cho phép thuê thiết bị mới và có nhà cung cấp trong mạng lưới cung cấp dịch vụ cho thuê.

Sau khi kết thúc giai đoạn chăm sóc liên tục, quý vị sẽ cần phải thăm khám với các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác trong mạng lưới Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) liên kết với nhóm y tế của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị,trừ khi chúng tôi có thỏa thuận với bác sĩ ngoài mạng lưới của quý vị.

PHẦN 3 Cách nhận dịch vụ trong trường hợp cấp cứu, thảm họa hoặc cần được chăm sóc khẩn cấp

Phần 3.1 Nhận dịch vụ chăm sóc khi quý vị ở trong 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 y tế 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 sảy thai nếu quý vị là phụ nữ mang thai), mất chi hoặc chức năng của chi, 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 xin sự chấp thuận trước hoặc giấy giới thiệu 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 Health Net 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 theo số điện thoại ở mặt sau thẻ thành viên của quý vị.

Các dịch vụ được bao trả trong trường hợp 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 khi nào tình trạng cấp cứu y tế kết thúc.

Sau khi cấp cứu xong, quý vị có quyền được tiếp tục chăm sóc cần thiết về mặt y tế để bảo đảm tình trạng của quý vị vẫn ổn định. Bác sĩ sẽ tiếp tục điều trị cho quý vị cho đến khi bệnh lý của quý vị ổn định và, khi thích hợp, sẽ làm việc với chúng tôi để lên kế hoạch chăm sóc thêm.

Nhìn chung, quý vị nên tái khám với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính hoặc nhà cung cấp dịch vụ điều trị của mình trong vòng 5 đến 7 ngày sau khi được chăm sóc cấp cứu để hỗ trợ quá trình hồi phục. Tuy nhiên, không bắt buộc phải chăm sóc theo dõi để được bao trả dịch vụ cấp cứu và bảo hiểm của quý vị sẽ không bị ảnh hưởng nếu quý vị không thể lên lịch thăm khám theo dõi trong khung thời gian cụ thể.

Như một phần trong dịch vụ điều phối chăm sóc sức khỏe của chúng tôi, quý vị có thể được nhóm chăm sóc của chúng tôi tiếp cận để trợ giúp quý vị lên lịch hẹn tái khám hoặc kết nối quý vị với các nguồn lực bổ sung, nếu cần. Mọi dịch vụ chăm sóc theo dõi cần thiết về mặt y tế được chương trình của quý vị bao trả sẽ được thanh toán theo quy tắc chia sẻ chi phí của chương trình 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 2 cách này:

- Quý vị đến một nhà cung cấp trong mạng lưới để được chăm sóc thêm.
- Dịch vụ chăm sóc bổ sung mà quý vị nhận được coi là dịch vụ cần thiết khẩn cấp và quý vị tuân thủ các quy định dưới đây đối với việc nhận dịch vụ chăm sóc khẩn cấp này.

Phần 3.2 Nhận dịch vụ chăm sóc khi quý vị cần được chăm sóc khẩn cấp

Dịch vụ yêu cầu phải được chăm sóc y tế ngay (nhưng không phải là trường hợp cấp cứu) là dịch vụ cần thiết khẩn cấp nếu quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi hoặc nếu dịch vụ này từ nhà cung cấp trong mạng lưới được cho là không phù hợp với thời gian, địa điểm và hoàn cảnh để quý vị nhận. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp bao gồm bệnh và chấn thương y tế không lường trước được hoặc cơn phát bệnh bất ngờ của bệnh lý hiện hữu. Tuy nhiên, thăm khám định kỳ cần thiết về mặt y tế với nhà cung cấp như kiểm tra sức khỏe hàng năm không được xem là cần thiết khẩn cấp ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi hoặc mạng lưới chương trình của chúng tôi tạm thời không cung cấp 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 & Nhà Thuốc* hoặc trên trang web của chúng tôi tại go.wellcare.com/2027providerdirectories. 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 Bảng Phúc Lợi Y Tế trong Chương 4 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 Các Chương Trình Giáo Dục Về Sức Khỏe Và Bảo Vệ Sức Khỏe tại Chương 4 hoặc gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.

Chương trình của chúng tôi bao trả cho các dịch vụ chăm sóc cấp cứu và chăm sóc khẩn cấp toàn cầu bên ngoài Hoa Kỳ trong các trường hợp sau:

- Quý vị được bao trả tối đa $50,000 khi ra khỏi Hoa Kỳ trong phạm vi các dịch vụ chăm sóc cấp cứu và các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp. Chi phí vượt quá số tiền này sẽ *không* được bao trả.
- Dịch vụ vận chuyển quay lại Hoa Kỳ từ một quốc gia khác và thuốc mua khi ở bên ngoài Hoa Kỳ *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.

Lưu ý: Medicare không cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế cấp cứu bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ; tuy nhiên, chương trình của chúng tôi cung cấp phạm vi bảo hiểm này như một phúc lợi bổ sung.

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.

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 tuyên bố tình trạng thảm họa hoặc tình trạng khẩn cấp trong khu vực địa lý của quý vị, quý vị vẫn có quyền được chương trình của chúng tôi chăm sóc.

Truy cập go.wellcare.com/HealthNetCA để biết thông tin về cách nhận được chăm sóc cần thiết trong thời gian diễn ra thảm họa.

Nếu quý vị không thể sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới trong trường hợp có thảm họa, chương trình của chúng tôi sẽ cho phép quý vị nhận 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. Tham khảo Chương 5, Phần 2.4.

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

Nếu quý vị thanh toán cho dịch vụ được bao trả hoặc nếu quý vị nhận hóa đơn cho dịch vụ y tế được bao trả, tham khảo Chương 7 để biết thông tin về việc cần làm.

Phần 4.1 Nếu dịch vụ không được chương trình của chúng tôi 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. Nếu quý vị nhận dịch vụ không được chương trình của chúng tôi bao trả hoặc quý vị nhận dịch vụ từ bên ngoài mạng lưới khi chưa có sự chấp thuận và đó không phải là dịch vụ cấp cứu hoặc cần thiết khẩn cấp, 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 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 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 Dịch vụ y tế trong 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. 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 tham gia 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 nhận được như một phần trong quá trình nghiên cứu. Nếu quý vị cho chúng tôi biết quý vị đang tham gia một thử nghiệm lâm sàng đủ điều kiện, 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. Quý vị sẽ cần cung cấp giấy tờ để cho chúng tôi biết quý vị đã thanh toán bao nhiêu tiền.

Nếu quý vị muốn tham gia bất kỳ nghiên cứu lâm sàng nào đã được Medicare phê duyệt, quý vị không cần cho chúng tôi biết hoặc xin phép chúng tôi hay PCP. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị trong quá trình nghiên cứu lâm sàng không cần phải nằm trong mạng lưới chương trình của chúng tôi. (Điều này không áp dụng cho phúc lợi được bao trả yêu cầu thử nghiệm lâm sàng hoặc nghiên cứu sổ bộ để đánh giá phúc lợi, bao gồm một số phúc lợi yêu cầu bảo hiểm kèm theo nghiên cứu phát triển bằng chứng (NCDs-CED) và nghiên cứu miễn trừ thiết bị nghiên cứu (IDE). Những phúc lợi này cũng có thể phải tuân theo sự chấp thuận trước và các quy tắc khác của chương trình.)

Mặc dù quý vị không cần chương trình của chúng tôi cho phép để tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng, chúng tôi 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 phê duyệt, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm trả toàn bộ chi phí khi tham gia vào nghiên cứu này.

Phần 5.2 Bên thanh toán cho dịch vụ trong nghiên cứu lâm sàng

Khi quý vị tham gia một nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt, Original Medicare sẽ bao trả cho những dịch vụ chăm sóc và vật phẩm thông thường mà quý vị nhận được 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 tiền 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.
- Vật phẩm hoặc dịch vụ được nhà tài trợ nghiên cứu cung cấp miễn phí cho những người tham gia thử nghiệm.

Nhận thêm thông tin về việc tham gia nghiên cứu lâm sàng

Nhận thêm thông tin về việc tham gia nghiên cứu lâm sàng trong ấn bản của Medicare *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare và Nghiên Cứu Lâm Sàng), có tại Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies. Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.

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

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 dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn trái với 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 thay vào đó. Phúc lợi này chỉ được cung cấp cho những dịch vụ điều trị nội trú thuộc Phần A (dịch vụ chăm sóc sức khỏe phi y tế).

Phần 6.2 Cách nhận dịch vụ 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 **được 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.
- Chương trình của chúng tôi chỉ bao trả các khía cạnh chăm sóc *phi 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 mắc bệnh lý cho phép quý vị nhận các dịch vụ được bao trả cho dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện hoặc chăm sóc tại 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 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 sẽ không được sở hữu một số thiết bị y tế lâu bền sau khi quý vị trả một số khoản thanh toán nhất định theo chương trình của chúng tôi

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 thành viên để sử dụng tại nhà. Thành viên luôn sở hữu một số vật phẩm DME, như bộ phận cơ thể giả. Đối với các loại DME khác, 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 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 sở hữu một thiết bị DME khi đang là thành viên của chương trình chúng tôi và thiết bị cần bảo dưỡng thì nhà cung cấp được phép tính 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. Hãy gọi cho Bộ

Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711) để tìm hiểu các yêu cầu về thuê hoặc sở hữu DME và 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 quý vị tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ phải trả liên tiếp 13 khoản tiền mới sau khi quý vị chuyển sang tham gia chương trình Original Medicare để được sở hữu thiết bị DME này. Số tiền mà quý vị đã trả khi còn ghi danh trong chương trình của chúng tôi sẽ không được tính vào 13 khoản tiền này.

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 chưa có quyền sở hữu thiết bị đó trong thời gian 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 trở lại tham gia Original Medicare. Mọi khoản thanh toán quý vị đã thực hiện (bất kể cho chương trình của chúng tôi hay cho Original Medicare) sẽ không được tính.

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

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

- 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 Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) hoặc về mặt y tế không còn cần thiết bị oxy nữa, quý vị phải trả lại thiết bị oxy.

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

Original Medicare yêu cầu một nhà cung cấp oxy cung cấp dịch vụ cho quý vị trong 5 năm. Trong 36 tháng đầu tiên, quý vị sẽ thuê thiết bị. Trong 24 tháng còn lại, nhà cung cấp sẽ cung cấp thiết bị và bảo trì (quý vị vẫn có trách nhiệm với phần chia sẻ chi phí áp dụng cho oxy). Sau 5 năm, quý vị có thể chọn sử dụng tiếp công ty đó hoặc sử dụng công ty khác. Vào thời điểm này, chu kỳ 5 năm bắt đầu lại, ngay cả khi quý vị tiếp tục sử dụng công ty cũ và quý vị lại 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 5 năm sẽ bắt đầu lại.

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

PHẦN 1 Hiểu rõ về những dịch vụ được bao trả

Bảng Phúc Lợi Y Tế liệt kê các dịch vụ mà quý vị được bao trả với tư cách là thành viên trong chương trình của chúng tôi. Phần này cũng cung cấp thông tin về các dịch vụ y tế không được bao trả, đồng thời trình bày các giới hạn đối với 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 chúng tôi để nhận dịch vụ chăm sóc. (Đến 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 trợ giúp 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 Phần A và Phần B.

Chương Trình Medicare Advantage có 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. Giới hạn này được gọi là số tiền tự trả tối đa (MOOP) cho các dịch vụ y tế. **Đối với năm dương lịch 2027, số tiền MOOP là $9,850.**

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 Phần D 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 $9,850, quý vị sẽ không phải thanh toán bất kỳ chi phí tự trả nào nữa cho đến cuối năm cho các dịch vụ được Phần A và Phần B bao trả. Tuy nhiên, quý vị phải tiếp tục trả phí bảo hiểm Medicare Part B (trừ khi phí bảo hiểm Phần B được trả bởi California Medi-Cal (Medicaid) hay một bên thứ ba khác).

PHẦN 2 Bảng Phúc Lợi Y Tế cho biết phúc lợi và chi phí y tế của quý vị

Bảng Phúc Lợi Y Tế trên các trang tiếp theo liệt kê các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi bao trả (bảo hiểm thuốc Phần D có trong Chương 5). Các dịch vụ liệt kê trong Bảng Phúc Lợi Y Tế chỉ được bao trả khi đáp ứng các yêu cầu sau đây:

- Dịch vụ được bao trả theo Medicare phải được cung cấp theo hướng dẫn bảo hiểm của Medicare.
- Dịch vụ của quý vị (bao gồm dịch vụ chăm sóc y tế, dịch vụ, vật tư, thiết bị và thuốc Phần 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.
- Đối với người ghi danh mới, chương trình chăm sóc phối hợp MA của quý vị phải có thời gian chuyển tiếp tối thiểu 90 ngày, trong thời gian đó, chương trình MA mới có thể không yêu cầu sự chấp thuận trước đối với bất kỳ liệu trình điều trị hiện có nào, ngay cả khi liệu trình điều trị đó từng dành cho dịch vụ bắt đầu từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới.
- Quý vị có nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) cung cấp và theo dõi dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Trong hầu hết các trường hợp, PCP của quý vị phải chấp thuận trước cho quý vị (giới thiệu) trước khi quý vị có thể khám với nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình chúng tôi.
- Một số dịch vụ liệt kê trong Bảng Phúc Lợi Y Tế *chỉ* được bao trả khi bác sĩ của quý vị hay nhà cung cấp khác trong mạng lưới có được sự cho phép trước từ chúng tôi (đôi khi gọi là sự chấp thuận trước). Các dịch vụ được bao trả cần sự chấp thuận trước được in nghiêng trong Bảng Phúc Lợi Y Tế.
- Nếu chương trình chăm sóc phối hợp của quý vị phê duyệt yêu cầu sự chấp thuận trước cho liệu trình điều trị, quyết định phê duyệt đó phải có hiệu lực trong suốt thời gian hợp lý và cần thiết về mặt y khoa để tránh gián đoạn việc chăm sóc theo tiêu chí bảo hiểm áp dụng, bệnh sử của quý vị và khuyến cáo của nhà cung cấp dịch vụ điều trị.

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. California Medi-Cal (Medicaid) có thể bao trả phần chia sẻ 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 y tế của chương trình cho các dịch vụ bệnh viện theo diện nội trú và ngoại trú và các lần thăm khám tại phòng khám của bác sĩ, tùy vào nhóm đủ điều kiện hưởng California Medi-Cal (Medicaid) của quý vị. 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 kê toa và các dịch vụ tại nhà và trong cộng đồng.
- Cũng như tất cả các chương trình y tế Medicare, chúng tôi bao trả cho mọi thứ mà Original Medicare bao trả. (Để biết thêm về mức bảo hiểm và chi phí của Original Medicare, tham khảo sổ tay *Medicare & Quý vị năm 2027* của quý vị. Xem sổ tay trực tuyến tại Medicare.gov hoặc yêu cầu bản sao bằng cách gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY gọi số 1-877-486-2048.)

- Đối với 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 kỳ dịch vụ mới nào trong năm 2027, Medicare hoặc chương trình của chúng tôi sẽ bao trả cho các dịch vụ đó.
- Nếu quý vị không còn đủ điều kiện tham gia California Medi-Cal (Medicaid) nhưng dự kiến có thể lấy lại tư cách đủ điều kiện trong vòng 3 tháng, 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 Medi-Cal (Medicaid) nằm trong Chương Trình Medicaid Tiểu Bang 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.

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

Thông Tin Quan Trọng Về Phúc Lợi Dành Cho Người Ghi Danh Mắc Bệnh Mạn Tính

- Nếu quý vị được chẩn đoán mắc bất kỳ bệnh mạn tính nào được liệt kê bên dưới và đáp ứng các tiêu chí nhất định, quý vị có thể hội đủ điều kiện được hưởng các phúc lợi bổ sung đặc biệt cho bệnh mạn tính.
    - **Rối loạn tự miễn**
    - **Ung thư**
    - **Rối loạn tim mạch**
    - **Rối loạn mạn tính do sử dụng rượu bia và rối loạn do sử dụng chất kích thích (SUD) khác**
    - **Các bệnh trạng sức khỏe tâm thần mạn tính và khuyết tật**
    - **Các bệnh lý mạn tính làm suy giảm thị lực, thính lực (điếc), vị giác, xúc giác và khứu giác**
    - **Bệnh đường tiêu hóa mạn tính**
    - **Suy tim mạn tính**
    - **Bệnh thận mạn tính (CKD)**
    - **Rối loạn phổi mạn tính**
    - **Bệnh trạng liên quan đến suy giảm nhận thức**
    - **Bệnh trạng cần có dịch vụ trị liệu liên tục để cá nhân duy trì hoặc giữ lại chức năng**
    - **Bệnh trạng gây khó khăn về chức năng**
    - **Sa sút trí tuệ**
    - **Tiểu đường**
    - **Lạc nội mạc tử cung**
    - **HIV/AIDS**
    - **Suy giảm miễn dịch và rối loạn ức chế miễn dịch**

- **Rối loạn thần kinh**
- **Thừa cân, béo phì và hội chứng chuyển hóa**
- **Sau ghép tạng**
- **Rối loạn huyết học nặng**
- **Đột quỵ**
- Chương trình của quý vị cung cấp Phúc Lợi Bổ Sung Đặc Biệt cho Bệnh Mạn Tính (SSBCI). Các phúc lợi này được dành cho thành viên được chẩn đoán mắc một hoặc nhiều bệnh mạn tính đủ điều kiện và thành viên đáp ứng **tất cả** các yêu cầu về tiêu chí đủ điều kiện do CMS quy định:
  - Mắc một hoặc nhiều bệnh mạn tính đồng thời và phức tạp về mặt y tế, đe dọa đến tính mạng hoặc hạn chế đáng kể sức khỏe hoặc chức năng tổng thể của người ghi danh
  - Có nguy cơ cao phải nhập viện hoặc gặp phải kết quả sức khỏe bất lợi khác
  - Cần phải điều phối chăm sóc chuyên sâu

  Chỉ riêng việc được chẩn đoán mắc bệnh mạn tính sẽ không đảm bảo tính đủ điều kiện tham gia. **Ngoài việc mắc một hoặc nhiều bệnh mạn tính đủ điều kiện, khả năng đủ điều kiện tham gia SSBCI còn được chứng minh bằng việc thành viên đó có một hoặc nhiều điều kiện sau:**
  - Tiền sử nhập viện hoặc vào ED, và/hoặc
  - Thường xuyên sử dụng các dịch vụ ngoại trú hoặc chăm sóc chuyên khoa, và/hoặc
  - Bằng chứng về việc kiểm soát bệnh hoặc tuân thủ thuốc kém, và/hoặc
  - Các nhu cầu xã hội phi y tế (SDOH) ảnh hưởng đến kết quả sức khỏe

  Khả năng đủ điều kiện được xác định sau khi quý vị được ghi danh vào chương trình bằng các tiêu chí khách quan, được ghi chép lại dựa trên thông tin sẵn có như hồ sơ y tế, yêu cầu bồi thường, đánh giá quản lý chăm sóc, tài liệu của nhà cung cấp và các thông tin hỗ trợ khác.

  Đối với thành viên mới không có đủ lịch sử yêu cầu bồi thường, có thể gửi xác nhận của nhà cung cấp để hỗ trợ đánh giá tính đủ điều kiện. Việc nộp xác nhận không đảm bảo việc được phê duyệt, vì tính đủ điều kiện được xác định dựa trên việc thành viên có đáp ứng tất cả các tiêu chí đủ điều kiện bắt buộc hay không.

  Bắt buộc phải xác nhận tất cả các tiêu chí đủ điều kiện đã được đáp ứng trước khi được quyền tiếp cận phúc lợi. Wellcare sẽ thông báo cho quý vị nếu đủ điều kiện và cung cấp hướng dẫn về cách tiếp cận phúc lợi SSBCI. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về những phúc lợi này hoặc tính đủ điều kiện của quý vị, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số ở mặt sau thẻ ID thành viên của quý vị.

Tính đủ điều kiện hưởng SSBCI chỉ áp dụng cho năm chương trình hiện tại và kết thúc vào ngày 31 tháng 12. Thành viên phải đáp ứng các yêu cầu về tính đủ điều kiện trong mỗi năm chương trình để tiếp tục nhận được các phúc lợi này.

- Để biết thêm chi tiết, đi đến dòng *Phúc Lợi Bổ Sung Đặc Biệt cho Bệnh Mạn Tính* trong Bảng Phúc Lợi Y Tế dưới đây.
- Liên hệ với chúng tôi để tìm hiểu chính xác phúc lợi quý vị có thể đủ điều kiện hưởng.

Quả táo này thể hiện dịch vụ phòng ngừa trong Bảng Phúc Lợi Y Tế.

Bảng Phúc Lợi Y Tế

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Để biết các dịch vụ được California Medi-Cal (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. Phạm vi bảo hiểm và 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 phạm vi bảo hiểm và phần chia sẻ chi phí của quý vị.	
Khám tầm soát phình động mạch chủ bụng Siêu âm một lần sàng lọc bệnh, cho những ai có rủi ro mắc bệnh. Chương trình của chúng tôi chỉ bao trả dịch vụ khám sàng lọc này nếu quý vị có một số yếu tố nguy cơ và nếu quý vị nhận giới thiệu dịch vụ đó từ bác sĩ, trợ lý bác sĩ (PA), chuyên viên điều dưỡng (NP) hoặc chuyên gia điều dưỡng lâm sàng (CNS) 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 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 trở lên • Không đặc hiệu, nghĩa là không có nguyên nhân toàn thân xác định được (tức là không liên quan đến bệnh di căn, viêm, nhiễm trùng v.v.) • Không liên quan đến phẫu thuật	Đồng thanh toán $0 cho dịch vụ châm cứu được Medicare bao trả thực hiện tại phòng khám PCP. Đồng thanh toán $0 cho dịch vụ châm cứu được Medicare bao trả thực hiện tại phòng khám Bác Sĩ Chuyên Khoa. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Châm cứu điều trị đau thắt lưng mạn tính - tiếp tục • Không liên quan đến thai kỳ 8 buổi châm cứu bổ sung sẽ được bao trả cho những bệnh nhân có sự cải thiện. Mỗi năm không được thực hiện quá 20 đợt châm cứu. Phải ngừng điều trị nếu bệnh nhân không cải thiện hoặc trầm trọng hơn. **Các Yêu Cầu Đối Với Nhà Cung Cấp:** Bác sĩ 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) 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 Hội Đồng Kiểm Định về Phương Pháp Châm Cứu và Y Học Cổ Truyền (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: Puerto Rico) của Hoa Kỳ hoặc District of 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.	Đồng thanh toán $0 cho dịch vụ châm cứu được Medicare bao trả thực hiện tại phòng khám Bác Sĩ Chuyên Khoa Nắn Xương Khớp. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
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 dịch vụ cấp cứu đường bộ, tới cơ sở thích hợp gần nhất có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc trong trường hợp dịch vụ đó được cung cấp cho thành viên có bệnh lý mà những phương tiện chuyên chở khác có thể sẽ nguy hiểm cho sức khỏe của người đó hoặc nếu được chương trình của chúng tôi 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 cấp cứu đường bộ được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước đối với vận chuyển không cấp cứu bằng máy bay có cánh cố định.* Đồng thanh toán $0 cho mỗi chuyến đi một chiều cho dịch vụ cấp cứu đường hàng không được Medicare bao trả.

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Dịch vụ xe cứu thương - tiếp tục	*Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước đối với vận chuyển không cấp cứu bằng máy bay có cánh cố định.*
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 Tổng Quát Hàng Năm. Sau đây là ví dụ về các dịch vụ có thể được thực hiện hoặc yêu cầu trong quá trình khám: • Đo các chỉ số thông thường (chiều cao, cân nặng, huyết áp) • Đánh giá các yếu tố nguy cơ của các bệnh có thể phòng ngừa • Kiểm tra phản xạ và sinh hiệu • Xét nghiệm (mẫu nước tiểu và máu)	Đồng thanh toán $0 cho một lần khám sức khỏe định kỳ hàng năm.*
Khám sức khỏe tổng quát hàng năm Nếu quý vị đã có bảo hiểm Phần B lâu hơn 12 tháng, quý vị có thể được khám sức khỏe tổng quát 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. Chương trình của chúng tôi sẽ bao trả cho một lần khám sức khỏe tổng quát hàng năm mỗi năm theo lịch. **Lưu ý:** Quý vị không được thực hiện lần khám sức khỏe tổng quát hàng năm đầu tiên trong vòng 12 tháng kể từ lần khám phòng bệnh dịp *Chào mừng tham gia Medicare*. Tuy nhiên, quý vị không cần phải thăm khám vào dịp *Chào mừng tham gia Medicare* để được bao trả cho các lần khám sức khỏe tổng quát hàng năm sau khi quý vị đã có Phần B 12 tháng.	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ cho khám sức khỏe tổng quát hàng năm.

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
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.
Khám tầm soát ung thư vú (chụp nhũ ảnh) Các dịch vụ được bao trả gồm có: • Một lần chụp x-quang vú ở thời điểm ban đầu cho phụ nữ từ 35 đến 39 tuổi • 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	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ đối với chụp x-quang vú tầm soát được bao trả.
Dịch vụ phục hồi chức năng tim Các chương trình toàn diện cho các dịch vụ phục hồi chức năng tim bao gồm thể dục, giáo dục và tư vấn được bao trả cho các thành viên đáp ứng một số điều kiện có giấy giới thiệu của bác sĩ. Chương trình của chúng tôi bao trả cho các chương trình toàn diện này nếu quý vị đã từng mắc ít nhất một trong những tình trạng sau: • Đau tim trong vòng 12 tháng qua • Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành • Đau thắt ngực ổn định (đau ngực) • Khắc phục hoặc thay thế van tim • Nong mạch vành (thủ thuật y tế được sử dụng để mở động mạch bị tắc) hoặc đặt stent mạch vành (thủ thuật được sử dụng để giữ cho động mạch luôn mở) • Ghép tim hoặc tim và phổi • Suy tim mạn tính ổn định	Đồng thanh toán $0 cho dịch vụ phục hồi chức năng tim mạch được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.* Đồng thanh toán $0 cho dịch vụ phục hồi chức năng tim chuyên sâu được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Dịch vụ phục hồi chức năng tim - tiếp tục Giới hạn bảo hiểm: Quý vị có thể nhận tối đa 36 phiên phục hồi chức năng tim. Quý vị có thể thực hiện 2 phiên mỗi ngày (mỗi phiên kéo dài 1 giờ) và chương trình có thể kéo dài tối đa 36 tuần. Nếu đủ điều kiện, quý vị có thể nhận thêm 36 phiên nữa và có thể kéo dài trong khoảng thời gian lâu hơn.	
Khám giảm thiểu nguy cơ 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.
Khám tầm soát 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: • Các xét nghiệm Pap và khám vùng chậu 24 tháng một lần cho tất cả phụ nữ • Một lần xét nghiệm pap mỗi 12 tháng nếu có nguy cơ cao bị ung thư cổ tử cung hoặc âm đạo hoặc nếu đang ở độ tuổi sinh sản và từng có kết quả xét nghiệm pap bất thường trong vòng 3 năm trở lại đây	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 Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Dịch vụ trị liệu thần kinh cột sống Các dịch vụ được bao trả gồm có: • Chúng tôi chỉ chi trả chi phí cho dịch vụ nắn chỉnh cột sống để điều chỉnh tình trạng lệch đốt sống	Đồng thanh toán $0 cho các dịch vụ chỉnh nắn xương được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
Khám tầm soát ung thư đại 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 trước đó. • Chụp cắt lớp vi tính đại tràng cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên không có nguy cơ cao mắc ung thư đại trực tràng sẽ được bao trả khi đã qua ít nhất 59 tháng kể từ tháng gần nhất thực hiện chụp cắt lớp vi tính đại tràng sàng lọc hoặc đã qua 47 tháng kể từ tháng gần nhất thực hiện nội soi đại tràng sigma bằng ống soi mềm sàng lọc hoặc nội soi đại tràng sàng lọc. Đối với bệnh nhân có nguy cơ cao bị ung thư đại trực tràng, bao trả cho một lần chụp cắt lớp vi tính đại tràng sàng lọc sau khi đã qua ít nhất 23 tháng kể từ tháng gần nhất thực hiện chụp cắt lớp vi tính đại tràng hoặc nội soi đại tràng sàng lọc. • 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 nội soi đại tràng sàng lọc. 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 chụp cắt lớp vi tính đại tràng. • Xét nghiệm máu ẩn trong phân sàng lọc cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. 12 tháng một lần.	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ nào cho dịch vụ khám tầm soát ung thư đại tràng được Medicare bao trả. Nếu bác sĩ phát hiện 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 phải trả $0 đồng thanh toán cho dịch vụ bác sĩ của quý vị.

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Khám tầm soát ung thư đại tràng - tiếp tục • Xét nghiệm DNA 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. • 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. • Xét nghiệm sàng lọc ung thư đại tràng bao gồm nội soi đại tràng sigma bằng ống soi mềm hoặc nội soi đại tràng sàng lọc liên quan đến việc loại bỏ mô hoặc vật chất khác, hoặc thủ thuật khác được thực hiện liên quan đến, là kết quả của, và trong cùng một lần khám lâm sàng như xét nghiệm sàng lọc.	
Dịch vụ nha khoa Nhìn 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 chi trả cho 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 đó. 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 nội tạng. Ngoài ra, chúng tôi còn bao trả: **<u>Các dịch vụ khám răng bổ sung (ví dụ: khám định kỳ)</u>** • **Chăm Sóc Nha Khoa Toàn Diện** Các dịch vụ được bao trả bao gồm như sau ○ Dịch vụ phục hình - 1 trên mỗi răng mỗi 7 năm một lần theo kế hoạch	Đồng thanh toán $0 cho các dịch vụ nha khoa được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.* Đồng thanh toán $0 cho mỗi dịch vụ phục hình.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Dịch vụ nha khoa - tiếp tục	
○ Phục hình răng miệng, cố định - 1 trên mỗi răng mỗi 7 năm một lần theo kế hoạch	Đồng thanh toán $0 cho mỗi dịch vụ răng giả cố định.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
○ Phục hình răng miệng, có thể tháo ra - 1 cho mỗi cung hàm mỗi 2 đến 3 năm một lần theo kế hoạch tùy vào loại dịch vụ	Đồng thanh toán $0 cho mỗi dịch vụ răng giả có thể tháo ra. * *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
○ Các dịch vụ bổ trợ chung - 1 lần mỗi năm	Đồng thanh toán $0 cho mỗi dịch vụ tổng quát. * *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
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 (tức là 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.** **Quý vị có thể tìm thêm thông tin về phạm vi bảo hiểm nha khoa, bao gồm cả danh sách chi tiết các thủ thuật được bao trả, trong phần Thông Tin Chi Tiết Về Phúc Lợi Nha Khoa của chúng tôi tại:** go.wellcare.com/dental-ca	
Khám tầm soát 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 khám tầm soát bệnh trầm cảm hàng năm.

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Khám tầm soát bệnh đái tháo 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 nguy cơ nào trong số này: 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. Quý vị có thể đủ điều kiện được khám tầm soát bệnh đái tháo đường tối đa 2 lần mỗi 12 tháng kể từ ngày khám tầm soát bệnh đái tháo đường gần nhất.	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay tiền khấu trừ cho các xét nghiệm khám tầm soát bệnh đái tháo đường được Medicare bao trả.
Đào tạo tự kiểm soát đái tháo đường, dịch vụ và vật tư y tế cho bệnh nhân đái tháo đường Đối với tất cả những người bị tiểu đường (người dùng insulin và không dùng insulin), dịch vụ được bao trả bao gồm: • Các vật dụng để theo dõi đường huyết: máy theo dõi đường huyết (máy theo dõi đường huyết bằng phương pháp chích máu đầu ngón tay truyền thống), máy theo dõi đường huyết liên tục (CGM), 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.	Đồng thanh toán $0 cho máy theo dõi đường huyết do Medicare bao trả (máy theo dõi đường huyết dạng chích đầu ngón tay truyền thống). *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.* Đồng thanh toán $0 cho máy theo dõi đường huyết liên tục do Medicare bao trả (CGM). *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.* Đồng thanh toán $0 cho que thử đường huyết, thiết bị chích và kim chích và các giải pháp kiểm soát đường huyết được Medicare bao trả.

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Đào tạo tự kiểm soát đái tháo đường, dịch vụ và vật tư y tế cho bệnh nhân đái tháo đường - tiếp theo	
	Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước. Tuy nhiên, quý vị vẫn có thể phải trả đến 20% số tiền cho các sản phẩm mà California Medi-Cal (Medicaid) không bao trả.
• 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 mỗi năm dương lịch (bao gồm cả các miếng lót được cung cấp cùng với giày) và 2 cặp miếng lót bổ sung hoặc một đôi giày sâu và 3 cặp miếng lót (không bao gồm các miếng lót không tùy chỉnh có thể tháo ra được cung cấp cùng với giày), bao gồm cả việc điều chỉnh cho vừa vặn	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. *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.* Tuy nhiên, quý vị vẫn có thể phải trả đến 20% số tiền cho các sản phẩm mà California Medi-Cal (Medicaid) không bao trả.
• Chương trình đào tạo tự kiểm soát đái tháo đường trong một số điều kiện nhất định.	Đồng thanh toán $0 cho đào tạo tự kiểm soát đái tháo đường được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.* Tuy nhiên, quý vị vẫn có thể phải trả đến 20% số tiền cho các sản phẩm mà California Medi-Cal (Medicaid) không bao trả.
Accu-Chek™ Guide và True Metrix™ là thương hiệu vật tư xét nghiệm tiểu đường được ưu tiên của chúng tôi (máy đo đường huyết & que thử). Dexcom và FreeStyle Libre là các thương hiệu máy đo đường huyết liên tục ưu tiên của chúng tôi. Để có thêm thông tin về các vật dụng trong danh sách vật tư xét nghiệm và theo dõi bệnh tiểu đường ưu tiên, vui lòng liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.	

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Đào tạo tự kiểm soát đái tháo đường, dịch vụ và vật tư y tế cho bệnh nhân đái tháo đường - tiếp theo Nếu quý vị dùng vật tư xét nghiệm và theo dõi bệnh tiểu đường không được ưu tiên trong chương trình, hãy trao đổi với nhà cung cấp để được nhận toa thuốc mới hoặc để yêu cầu sự chấp thuận trước để dùng máy đo đường huyết và que thử không được ưu tiên.	
Thiết bị y tế lâu bền (DME) và vật tư liên quan (Để biết định nghĩa về thiết bị y tế lâu bền, đi đến Chương 12 và Chương 3) Các vật dụng được bao trả bao gồm nhưng không giới hạn ở xe lăn, nạng, hệ thống chăn 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 trong khu vực của quý vị không bán hàng một nhãn hiệu hay nhà sản xuất cụ thể, quý vị có thể hỏi họ liệu có thể đặt hàng riêng cho mình hay không. Danh sách các nhà cung cấp mới nhất có trên trang web của chúng tôi tại go.wellcare.com/2027providerdirectories.	Đồng thanh toán $0 cho thiết bị y tế lâu bền được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.* Đồng thanh toán $0 cho các vật dụng y tế được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.* 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 quý vị ghi danh trong 36 tháng. Nếu đã thanh toán tiền thuê thiết bị oxy trong 36 tháng trước khi ghi danh tham gia chương trình của chúng tôi, chia sẻ chi phí của quý vị trong chương trình của chúng tôi là đồng thanh toán $0.

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
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 • Cần thiết để đánh giá hoặc ổn định một tình trạng y tế khẩn cấp 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 quý vị nhận bên ngoài mạng lưới bằng với chia sẻ chi phí khi quý vị nhận dịch vụ đó trong mạng lưới. Các dịch vụ cấp cứu bên ngoài Hoa Kỳ được bao trả.	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 chuyển đến 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 của chúng tôi 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. Đồng thanh toán $115 cho các dịch vụ cấp cứu bên ngoài Hoa Kỳ.* Quý vị thanh toán số tiền này kể cả khi quý vị nhập viện vì cùng một 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	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Các chương trình giáo dục về sức khỏe và bảo vệ sức khỏe • **Đường dây y tá tư vấn** Đường Dây Y Tá Tư Vấn miễn phí do các y tá được đào tạo bài bản, có giấy phép hành nghề phụ trách, hoạt động 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Các y tá cung cấp hướng dẫn cho các câu hỏi liên quan đến sức khỏe, giúp các thành viên xác định mức độ chăm sóc phù hợp nhất và hỗ trợ các lo ngại về sức khỏe không khẩn cấp. Quý vị có thể tiếp cận Đường Dây Y Tá Tư Vấn bằng cách gọi đến Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên và yêu cầu chuyển đến Đường Dây Y Tá Tư Vấn.	Đồng thanh toán $0 cho đường dây y tá tư vấn.*
Dịch vụ thính giác Khám chẩn bệnh về tai và chức năng thăng bằng, 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 quý vị nhận dịch vụ đó từ một bác sĩ, bác sĩ chuyên khoa thính giác hoặc nhà cung cấp hợp lệ khác.	Đồng thanh toán $0 cho dịch vụ khám tai được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
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. **Phải sử dụng dịch vụ khám tai định kỳ từ nhà cung cấp tham gia trong mạng lưới nhà cung cấp để được nhận toàn bộ phúc lợi về thính giác mà chương trình 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.	Đồng thanh toán $0 cho 1 lần khám tai định kỳ mỗi năm.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.* Đồng thanh toán $0 cho 1 lần lắp đặt và đánh giá thiết bị trợ thính mỗi năm.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Khám tầm soát HIV Đối với những người yêu cầu được khám tầm soát HIV hoặc có rủi ro cao bị nhiễm HIV, chúng tôi sẽ bao trả cho: • Một lần khám sàng lọc mỗi 12 tháng Nếu quý vị đang mang thai, chúng tôi sẽ bao trả cho: • Tối đa 3 lần khám sàng lọc trong suốt thai kỳ	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay tiền khấu trừ đối với thành viên hội đủ điều kiện được khám sàng lọc phòng ngừa HIV được Medicare bao trả.
Dịch vụ chăm sóc của cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà Trước khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, một bác sĩ phải ký giấy chứng nhận là quý vị cần dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà và sẽ yêu cầu dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà được cung cấp bởi một cơ quan 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 hỗ trợ 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 hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tại nhà phải dưới 8 tiếng mỗi ngày và 35 giờ mỗi tuần) • Vật lý trị liệu, trị liệu cơ năng và trị liệu âm ngữ • 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 bởi cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
Liệu pháp truyền dịch tại nhà Liệu pháp truyền dịch tại nhà bao gồm sử dụng tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm dưới da thuốc hoặc sinh phẩm cho một người 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).	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.

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Liệu pháp truyền dịch tại nhà - tiếp tục Các dịch vụ được bao trả gồm có, nhưng không giới hạn ở: • Các dịch vụ chuyên môn, bao gồm cả dịch vụ điều dưỡng, được cung cấp phù hợp với chương trình chăm sóc của chúng tôi • Đào tạo và giáo dục cho bệnh nhân không được bao trả dưới phúc lợi thiết bị y tế lâu bền • Giám sát từ xa • Giám sát các dịch vụ cung cấp liệu pháp truyền dịch tại nhà và thuốc tiêm truyền tại nhà do nhà cung cấp liệu pháp truyền dịch tại nhà đủ điều kiện cung cấp	Đồng thanh toán $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. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.* 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 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.
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 chăm sóc từ chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận bất kỳ. Chương trình của chúng tôi có nghĩa vụ giúp quý vị tìm chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận trong khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi, bao gồm chương trình mà chúng tôi sở hữu, kiểm soát hoặc có lợi ích tài chính. Bác sĩ chăm sóc cuối đời có thể là nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc nhà cung cấp ngoài mạng lưới.	Khi quý vị ghi danh vào một chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận, thì các dịch vụ chăm sóc cuối đời và dịch vụ Phần A và Phần 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.

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Chăm sóc cuối đời - tiếp tục 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 • Dịch vụ chăm sóc tại nhà Khi quý vị được đưa vào cơ sở chăm sóc cuối đời, quý vị có quyền tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi; nếu quý vị tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị phải tiếp tục đóng phí bảo hiểm của chương trình. **Đối với dịch vụ chăm sóc cuối đời và dịch vụ được bao trả bởi Medicare Part A hoặc B liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị:** Original Medicare (thay vì chương trình của chúng tôi) sẽ chi trả cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị đối với dịch vụ chăm sóc cuối đời và mọi dịch vụ Phần A và Phần B 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. **Đối 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:** Nếu quý vị cần các dịch vụ không cấp cứu, không phải là cần thiết 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 (như có yêu cầu phải xin sự chấp thuận trước). • 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, 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, quý vị trả khoản chia sẻ chi phí theo chương trình Original Medicare	Chia sẻ chi phí cho dịch vụ 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.

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Chăm sóc cuối đời - tiếp tục **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:** 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 Phần 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 chúng tôi cho các dịch vụ này. **Đối với các loại thuốc có thể được bao trả theo phúc lợi Phần D của chương trình chúng tôi:** 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, 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 biết thêm thông tin, đi đến Chương 5, Phần 9.4. **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), hãy liên hệ với chúng tôi để sắp xếp dịch vụ. Chương trình của chúng tôi bao trả dịch vụ cố vấn về chăm sóc cuối đời (chỉ một lần) cho một người mắc bệnh giai đoạn cuối không chọn phúc lợi chăm sóc cuối đời.	
Chủng ngừa Các dịch vụ được Medicare Part B bao trả bao gồm: • Vắc-xin ngừa viêm phổi • Tiêm phòng cúm (hoặc tiêm vắc-xin cảm), một lần vào mỗi mùa cúm vào mùa thu và mùa đông, kết hợp với các mũi tiêm phòng cúm (hoặc tiêm vắc-xin cảm) bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế • Vắc-xin viêm gan B nếu quý vị chưa từng tiêm đủ liều, quý vị không biết lịch sử tiêm chủng của mình hoặc quý vị mắc bất kỳ bệnh lý nào khác khiến quý vị có nguy cơ cao hoặc trung bình mắc viêm gan B • Vắc-xin COVID-19	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),

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Chủng ngừa - tiếp tục • 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 bao trả cho hầu hết các vắc-xin dành cho người lớn khác theo phúc lợi thuốc Phần D của chúng tôi. Đi đến Chương 6, Phần 7 để biết thêm thông tin. Chương trình của chúng tôi bao trả hầu hết các vắc-xin Phần D cho người lớn miễn phí cho thành viên từ 19 tuổi trở lên.	vui lòng tham khảo mục thuốc theo toa Medicare Part B của bảng này để biết mức chia sẻ chi phí đang áp dụng. *Một số thuốc Phần B cần sự chấp thuận trước mới được bao trả.*
Chăm sóc nội trú tại 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 xuất viện là ngày nằm viện cuối cùng của quý vị. Quý vị được bao trả 90 ngày nằm viện nội trú được Medicare bao trả. Các dịch vụ được bao trả gồm có, nhưng không 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 • 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: đồng thanh toán $0 cho mỗi lần nằm viện. 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. 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. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Chăm sóc nội trú tại bệnh viện - tiếp tục • Trong các điều kiện nhất định, các loại cấy ghép sau đây được bao trả: giác mạc, thận, thận/tụy, tim, gan, phổi, tim/phổi, tủy xương, tế bào gốc và đường ruột/đa tạng. Nếu quý vị cần cấy ghép, 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 để 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 từ pint máu đầu tiên quý vị cần. Mọi thành phần khác của máu được bao trả bắt đầu với đơn vị thể tích đầu tiên. • Dịch vụ bác sĩ **Lưu ý:** Để trở thành bệnh nhân nội trú, nhà cung cấp 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, hãy hỏi nhân viên bệnh viện. • Nhận thêm thông tin từ tờ thông tin của Medicare *Phúc Lợi Bệnh Viện của Medicare* có tại Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf hoặc bằng cách gọi đến 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.	

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
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. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.* 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.
Nằm viện nội trú: Dịch vụ được bao trả quý vị nhận tại bệnh viện hoặc SNF trong thời gian nằm viện nội trú không được bao trả Nếu quý vị đã sử dụng hết phúc lợi nội trú hoặc nếu việc nằm viện nội trú không hợp lý và cần thiết, chúng tôi sẽ không bao trả cho quý vị nằm viện nội trú. Trong một số 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). Các dịch vụ được bao trả gồm có, nhưng không giới hạn ở:	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.

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Nằm viện nội trú: Dịch vụ được bao trả quý vị nhận tại bệnh viện hoặc SNF trong thời gian nằm viện nội trú không được bao trả - tiếp tục • Dịch vụ 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 bớt 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, trị liệu âm ngữ và trị liệu cơ năng	
Liệu pháp dinh dưỡng y tế Phúc lợi này dành cho những người mắc bệnh tiểu đường, bệnh thận (nhưng không lọc máu), 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 khác hoặc Original Medicare) và 2 giờ mỗi năm sau đó. Nếu bệnh lý, phương pháp điều trị hoặc chẩn đoán của quý vị thay đổi, quý vị có thể nhận thêm số giờ điều trị nếu có chỉ định 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 trong 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.

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Chương Trình Phòng Ngừa Bệnh Đái Tháo Đường Medicare (MDPP) **Những người đủ điều kiện sẽ được bao trả dịch vụ MDPP theo tất cả các chương trình y tế Medicare.** MDPP là 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.
Thuốc Medicare Part B **Các thuốc này được bao trả qua Phần B của bảo hiểm Original Medicare. Các thành viên nhận bảo hiểm cho các thuốc này thông 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 của chúng tôi cho phép • Thuốc điều trị bệnh Alzheimer, Leqembi® (tên thuốc gốc là lecanemab), được dùng thông qua tiêm tĩnh mạch. Ngoài chi phí thuốc, quý vị có thể cần phải chụp chiếu và xét nghiệm thêm trước và/hoặc trong quá trình điều trị, từ đó có thể làm tăng chi phí tổng thể. Hãy trao đổi với bác sĩ về các xét nghiệm và chụp chiếu quý vị có thể cần phải thực hiện trong quá trình điều trị • Các chất làm đông máu quý vị tự tiêm nếu mắc bệnh máu khó đông • Thuốc cấy ghép/ức chế miễn dịch: Medicare bao trả cho liệu pháp dùng thuốc cấy ghép nếu Medicare đã chi trả cho ca ghép tạng của quý vị. Quý vị phải có Phần A tại thời điểm thực hiện cấy ghép được bao trả và quý vị phải có Phần B tại thời điểm quý vị dùng thuốc ức chế miễn dịch. Bảo hiểm thuốc Medicare Part D bao trả cho thuốc ức chế miễn dịch nếu Phần B không bao trả	Một số thuốc có thể phải tuân theo phương pháp trị liệu từng bước. Nhà thuốc có thể cần phải gửi yêu cầu bảo hiểm cho cả chương trình của chúng tôi và California Medi-Cal (Medicaid) để quý vị được nhận thuốc Phần B ở mức chia sẻ chi phí trình bày bên dưới. **Thuốc insulin thuộc Medicare Part B** Đồng thanh toán $0 cho các thuốc insulin Phần B được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.* **Thuốc Medicare Part B khác** Đồng thanh toán $0 cho các thuốc Phần B khác được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Thuốc Medicare Part B - tiếp tục • 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 • Một số kháng nguyên: Medicare bao trả cho kháng nguyên nếu bác sĩ chuẩn bị kháng nguyên và cá nhân được hướng dẫn đúng cách (có thể chính là quý vị, người bệnh nhân) cung cấp kháng nguyên dưới sự giám sát thích hợp • Một số loại thuốc chống ung thư dạng uống: Medicare bao trả cho một số loại thuốc chống ung thư dạng uống quý vị dùng qua đường miệng nếu loại thuốc đó có dạng tiêm hoặc thuốc đó là tiền dược (dạng thuốc uống, khi uống vào sẽ phân hủy thành chính hoạt chất có trong thuốc tiêm) của thuốc tiêm. Khi có thuốc chống ung thư dạng uống mới, Phần B có thể sẽ bao trả cho thuốc đó. Nếu Phần B không bao trả, Phần D sẽ bao trả • Thuốc chống buồn nôn dạng uống: Medicare bao trả cho thuốc chống buồn nôn dạng uống quý vị sử dụng như một phần trong phác đồ hóa trị chống ung thư nếu thuốc được dùng trước, tại thời điểm hoặc trong vòng 48 giờ thực hiện hóa trị hoặc được sử dụng như phương pháp điều trị thay thế hoàn toàn cho thuốc chống buồn nôn tiêm tĩnh mạch • Một số thuốc dạng uống cho Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (ESRD) được Medicare Part B bao trả • Thuốc calcimimetic gắn phosphate theo hệ thống thanh toán ESRD, bao gồm thuốc tiêm tĩnh mạch Parsabiv® và thuốc dạng uống Sensipar® • Một số loại thuốc dùng để lọc máu tại nhà, bao gồm cả heparin, thuốc giải độc heparin khi cần thiết về mặt y tế và thuốc gây tê tại chỗ • Chất kích thích tạo hồng cầu: Medicare bao trả cho erythropoietin dạng tiêm nếu quý vị mắc Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (ESRD) hoặc quý vị cần thuốc này để điều trị thiếu máu liên quan đến một số bệnh trạng khác (như Retacrit®) • Globulin Miễn Dịch Đường Tĩnh Mạch để điều trị tại nhà cho các bệnh suy giảm miễn dịch nguyên phát • Dinh dưỡng ngoài đường ruột và trong đường ruột (cho ăn qua đường tĩnh mạch và ống thông)	**Thuốc Hóa Trị/Xạ Trị Medicare Part B** Đồng thanh toán $0 cho các thuốc hóa trị liệu Phần B được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Thuốc Medicare Part B - tiếp tục Liên kết này sẽ đưa quý vị đến danh sách thuốc Phần B có thể phải tuân theo Phương Pháp Trị Liệu Từng Bước: go.wellcare.com/CAStepTherapy. Chúng tôi cũng bao trả cho một số vắc-xin theo Phần B và hầu hết vắc-xin dành cho người lớn theo phúc lợi thuốc Phần D. Chương 5 trình bày phúc lợi thuốc Phần D của chúng tôi, bao gồm cả quy định mà quý vị phải tuân theo để được bao trả thuốc theo toa. Chương 6 trình bày số tiền quý vị trả cho thuốc Phần D của quý vị thông qua chương trình của chúng tôi.	
Tầm soát và trị liệu bệnh béo phì để khuyến khích giảm cân bền vững 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.
Dịch vụ chương trình điều trị bằng opioid Các thành viên của chương trình bị rối loạn sử dụng opioid (OUD) có thể được bao trả cho các dịch vụ điều trị OUD thông qua một Chương Trình Điều Trị Bằng Opiod (OTP) bao gồm các dịch vụ sau: • Thuốc điều trị hỗ trợ bằng thuốc (MAT) chủ vận và đối vận opioid được Food and Drug Administration (FDA) Hoa Kỳ phê duyệt • Cấp phát và sử dụng thuốc MAT (nếu có) • Tư vấn về lạm dụng chất kích thích • Trị liệu cá nhân và theo nhóm • Kiểm tra độc chất • Hoạt động dùng thuốc • Đánh giá định kỳ	Đồng thanh toán $0 cho dịch vụ điều trị opioid được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Xét nghiệm chẩn đoán, dịch vụ trị liệu và vật tư y tế cho điều trị ngoại trú Các dịch vụ được bao trả gồm có, nhưng không giới hạn ở:	
• Chụp X-quang	Đồng thanh toán $0 cho các lần chụp X-quang được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
• Xạ trị (radium và chất đồng vị) bao gồm các vật liệu và vật tư cho kỹ thuật viên	Đồng thanh toán $0 cho các dịch vụ xạ trị được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
• Vật tư phẫu thuật, chẳng hạn như băng gạc • Nẹp cố định, băng bột và các thiết bị khác được sử dụng để giảm bớt gãy xương và trật khớp	Đồng thanh toán $0 cho các vật tư y tế được Medicare bao trả bao gồm bó bột và nẹp. *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
• Xét nghiệm	Đồng thanh toán $0 cho mỗi dịch vụ xét nghiệm được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
• Máu - bao gồm bảo quản và truyền máu. Bao trả cho máu toàn phần và tế bào hồng cầu được đóng gói sẽ bắt đầu với panh máu đầu tiên mà quý vị cần. Mọi thành phần khác của máu được bao trả từ khi sử dụng pint đầu tiên	Đồng thanh toán $0 cho các dịch vụ xét nghiệm máu được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Xét nghiệm chẩn đoán, dịch vụ trị liệu và vật tư y tế cho điều trị ngoại trú - tiếp tục	
• Xét nghiệm chẩn đoán không phải trong phòng thí nghiệm như chụp CT, MRI, EKG và chụp PET khi bác sĩ hoặc các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác yêu cầu để điều trị bệnh lý	Đồng thanh toán $0 cho các dịch vụ chẩn đoán hình ảnh được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
• Các xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú khác	Đồng thanh toán $0 cho các xét nghiệm và thủ thuật chẩn đoán được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
Theo dõi ngoại trú tại 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 liệu quý vị có phải là bệnh nhân ngoại trú hay không, hãy hỏi nhân viên bệnh viện. Nhận thêm thông tin từ tờ thông tin của Medicare *Phúc Lợi Bệnh Viện của Medicare* có tại Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf hoặc bằng cách gọi đến 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.	Đồng thanh toán $0 cho mỗi lần thăm khám dịch vụ theo dõi được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Dịch vụ bệnh viện theo diện 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 cả chăm sóc trong chương trình nhập viện một phần, nếu 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 liệu quý vị có phải là bệnh nhân ngoại trú hay không, hãy hỏi nhân viên bệnh viện.	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.
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 của tiểu bang, bác sĩ tâm lý lâm sàng, nhân viên xã hội lâm sàng (CSW), chuyên viên điều dưỡng lâm sàng (CNS), tư vấn viên chuyên nghiệp được cấp phép (LPC), chuyên gia trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp 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 áp dụng của tiểu bang.	

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú - tiếp tục	
• Các dịch vụ được bác sĩ tâm thần cung cấp	Đồng thanh toán $0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu cá nhân với một bác sĩ tâm thần được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.* Đồng thanh toán $0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu nhóm với một bác sĩ tâm thần được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
• Các dịch vụ được cung cấp bởi 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 nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần khác được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.* 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. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú Các dịch vụ được bao trả bao gồm vật lý trị liệu, trị liệu cơ năng và trị liệu âm ngữ - ngôn ngữ. Dịch vụ phục hồi cho bệnh nhân ngoại trú, được cung cấp trong các cơ sở ngoại trú, như khoa khám bệnh của bệnh viện, các văn phòng 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	Đồng thanh toán $0 cho mỗi lần thăm khám nhà vật lý trị liệu được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
• Các dịch vụ được cung cấp bởi một nhà trị liệu cơ năng	Đồng thanh toán $0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu cơ năng được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
• Các dịch vụ được cung cấp bởi một nhà trị liệu âm ngữ - ngôn ngữ	Đồng thanh toán $0 cho mỗi lần thăm khám vật lý trị liệu âm ngữ - ngôn ngữ được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Dịch vụ điều trị ngoại trú cho rối loạn do sử dụng chất kích thích 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. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.* Đồng thanh toán $0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu theo nhóm được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
Phẫu thuật ngoại trú, bao gồm các dịch vụ được cung cấp tại các cơ sở ngoại trú của bệnh viện và trung tâm phẫu thuật ngoại trú **Lưu ý:** Nếu quý vị phẫu thuật tại 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	Đồng thanh toán $0 cho mỗi lần khám tại một cơ sở bệnh viện ngoại trú được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
• Các dịch vụ được cung cấp tại một trung tâm phẫu thuật ngoại trú	Đồng thanh toán $0 cho mỗi lần đến khám tại trung tâm phẫu thuật ngoại trú được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
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 dịch vụ chăm sóc quý vị nhận tại phòng khám của bác sĩ, chuyên gia trị liệu, chuyên gia trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT) hoặc tư vấn viên chuyên nghiệp được cấp phép và là biện pháp thay thế cho nhập viện nội trú.	Đồng thanh toán $0 mỗi ngày cho dịch vụ nhập viện một phần được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
Dịch vụ ngoại trú chuyên sâu là chương trình trị liệu sức khỏe hành vi (tâm thần) có cấu trúc được cung cấp tại khoa ngoại trú của bệnh viện, trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng, Trung Tâm Sức Khỏe Tiêu Chuẩn Liên Bang hoặc phòng khám khu vực nông thôn, có tính chuyên sâu hơn dịch vụ chăm sóc quý vị nhận tại phòng khám của bác sĩ, chuyên gia trị liệu, chuyên gia trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT) hoặc tư vấn viên chuyên nghiệp được cấp phép nhưng ít chuyên sâu hơn so với nhập viện một phần.	Đồng thanh toán $0 mỗi ngày cho dịch vụ ngoại trú chuyên sâu được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
Dịch vụ của bác sĩ, 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 quý vị nhận tại phòng khám của bác sĩ từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính	Đồng thanh toán $0 cho mỗi lần thăm khám tại phòng khám của PCP được Medicare bao trả.
• 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 hoặc bất kỳ địa điểm nào khác	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.
• Tư vấn, chẩn đoán và điều trị của bác sĩ chuyên khoa	Đồng thanh toán $0 cho mỗi lần thăm khám bác sĩ chuyên khoa được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Dịch vụ của bác sĩ, bao gồm khám tại phòng khám bác sĩ - tiếp theo	
• Các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác	Đồng thanh toán $0 cho mỗi lần thăm khám các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
• Khám căn bản về thính lực và thăng bằng do *PCP của quý vị hoặc bác sĩ chuyên khoa* thực hiện nếu bác sĩ yêu cầu làm vậy để xem quý vị có cần điều trị y tế không	Đồng thanh toán $0 cho các dịch vụ khám tai được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
• Một số dịch vụ chăm sóc từ xa, bao gồm: Các Dịch Vụ Cần Thiết Khẩn Cấp, Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Tại Nhà, Bác Sĩ Chăm Sóc Chính, Trị Liệu Cơ Năng, Bác Sĩ Chuyên Khoa, Các Buổi Trị Liệu Sức Khỏe Tâm Thần cho Cá Nhân và Nhóm, Dịch Vụ Điều Trị Bàn Chân, Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe Khác, Các Buổi Điều Trị Tâm Thần cho Cá Nhân và Nhóm, Dịch Vụ Vật Lý Trị Liệu và Bệnh Lý Ngôn Ngữ - Âm Ngữ, Các Buổi Điều Trị Lạm Dụng Chất Kích Thích Ngoại Trú cho Cá Nhân và Nhóm và Đào Tạo Tự Kiểm Soát Đái Tháo 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 dịch vụ y tế từ xa, quý vị phải sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới cung cấp dịch vụ y tế từ xa. ○ Thăm khám trực tuyến (còn gọi là khám bệnh từ xa hoặc chăm sóc y tế từ xa) là 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.	Đồng thanh toán $0 cho dịch vụ thăm khám trực tuyến được thực hiện thông qua nhà cung cấp thăm khám trực tuyến trong chương trình của quý vị. **Xin lưu ý:** Đồng thanh toán $0 ở trên chỉ áp dụng khi các dịch vụ được nhận từ nhà cung cấp thăm khám trực tuyến trong chương trình của quý vị. 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:

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Dịch vụ của bác sĩ, bao gồm khám tại phòng khám bác sĩ - tiếp theo	
○ Chương trình của chúng tôi cấp quyền truy cập vào các buổi thăm khám trực tuyến với các bác sĩ được hội đồng chứng nhận thông qua các nhà cung cấp trong mạng lưới có thăm khám trực tuyến 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần để giúp giải quyết nhiều câu hỏi/lo ngại về sức khỏe. Các dịch vụ được bao trả bao gồm các vấn đề y tế chung, sức khỏe hành vi, da liễu, và nhiều hơn nữa. Để biết thêm thông tin hoặc để tìm nhà cung cấp trong mạng lưới có thăm khám trực tuyến, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.	nếu quý vị nhận các dịch vụ khám sức khỏe từ xa từ PCP của quý vị, quý vị sẽ trả khoản chia sẻ chi phí PCP). *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*
• 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	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	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Dịch vụ của bác sĩ, bao gồm khám tại phòng khám bác sĩ - tiếp theo	
• 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 **nếu**: ○ 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).
• Bác sĩ đánh giá video và/hoặc hình ảnh do quý vị gửi, giải thích và theo dõi trong vòng 24 giờ **nếu**: ○ Quý vị không phải là bệnh nhân mới **và** ○ Đánh giá này không liên quan đến 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	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).
• Hội chẩn giữa bác sĩ của quý vị với các bác sĩ khác qua điện thoại, internet hoặc hồ sơ sức khỏe điện tử	Quý vị sẽ thanh toán chia sẻ chi phí áp dụng cho 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).
• Ý kiến thứ hai từ nhà cung cấp trong mạng lưới khác trước khi phẫu thuật	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	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Dịch vụ của bác sĩ, bao gồm khám tại phòng khám bác sĩ - tiếp theo	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 Phần D và thuốc theo toa Medicare Part B như được mô tả trong Bảng Phúc Lợi này.
Dịch vụ điều trị bàn 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	Đồng thanh toán $0 cho các dịch vụ điều trị bàn chân được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
Biện pháp dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP) để phòng ngừa HIV Nếu quý vị không bị HIV, nhưng bác sĩ hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác xác định quý vị có nguy cơ bị nhiễm HIV cao, chúng tôi sẽ bao trả thuốc dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP) và các dịch vụ liên quan. Nếu quý vị đủ điều kiện, dịch vụ được bao trả bao gồm: • Thuốc PrEP dạng uống hoặc tiêm được FDA phê duyệt, bao gồm cả phí tiêm thuốc, nếu có	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay tiền khấu trừ nào đối với phúc lợi PrEP.

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Biện pháp dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP) để phòng ngừa HIV- tiếp theo • Tối đa 8 buổi tư vấn cá nhân (bao gồm đánh giá rủi ro nhiễm HIV, giảm nguy cơ nhiễm HIV và tuân thủ thuốc) mỗi 12 tháng • Tối đa 8 buổi khám tầm soát HIV mỗi 12 tháng một lần • Một lần sàng lọc vi rút viêm gan B	
Khám tầm soát ung thư tuyến tiền liệt Cho nam giới 50 tuổi trở lên, các dịch vụ được bao trả bao gồm các dịch vụ sau đây, 12 tháng một lần: • Khám trực tràng kỹ thuật số	Đồng thanh toán $0 cho mỗi lần khám trực tràng kỹ thuật số hàng năm được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*
• Xét nghiệm Kháng Nguyên Đặc Hiệu Tuyến Tiền Liệt (PSA)	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay tiền khấu trừ cho một xét nghiệm PSA hàng năm.
Chân tay giả và dụng cụ chỉnh hình 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 dùng thử, gắn hoặc đào tạo sử dụng thiết bị giả và dụng cụ chỉnh hình cũng như 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 cả nịt ngực phẫu thuật sau thủ thuật cắt bỏ vú). Bao gồm một số vật tư y tế liên quan tới các thiết bị giả và dụng cụ chỉnh hình, và sửa chữa và/hoặc thay thế các thiết bị giả và dụng cụ chỉnh hình. Ngoài ra còn bao gồm một số khoản bảo hiểm sau loại bỏ đục thủy tinh thể hoặc phẫu thuật đục thủy tinh thể – đi đến phần *Chăm Sóc Thị Lực* ở phần sau bảng này để biết thêm chi tiết.	Đồng thanh toán $0 cho các bộ phận cơ thể giả hoặc dụng cụ chỉnh hình được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.* Đồng thanh toán $0 cho các vật tư y tế liên quan đến bộ phận cơ thể giả được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
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 giới thiệu phục hồi chức năng phổi.	Đồng thanh toán $0 cho mỗi lần thăm khám dịch vụ phục hồi chức năng phổi được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*
Khám tầm soát và tư vấn để giảm lạm dụng bia rượu Chúng tôi bao trả cho một lần khám sàng lọc lạm dụng bia rượu cho người lớn (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.
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 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. *Đối với việc khám tầm soát ung thư phổi LDCT sau khi sàng lọc LDCT lần đầu:* thành viên phải nhận được chỉ định khám tầm soát ung thư phổi LDCT, 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 sau này 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.

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Tầm soát nhiễm Vi-rút Viêm gan C Chúng tôi bao trả khám sàng lọc Viêm Gan C nếu bác sĩ chăm sóc chính hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ tiêu chuẩn khác của quý vị yêu cầu điều này và quý vị đáp ứng một trong những điều kiện sau: • Quý vị có nguy cơ cao vì quý vị sử dụng hoặc đã từng sử dụng các loại thuốc tiêm bất hợp pháp. • Quý vị được truyền máu trước năm 1992. • Quý vị sinh từ năm 1945-1965. Nếu quý vị sinh từ năm 1945-1965 và không được xem là có nguy cơ cao, chúng tôi sẽ bao trả cho một lần khám sàng lọc. Nếu quý vị có rủi ro cao (ví dụ: quý vị đã tiếp tục sử dụng thuốc tiêm bất hợp pháp kể từ lần kiểm tra sàng lọc Viêm Gan C âm tính trước đây), chúng tôi sẽ bao trả khám sàng lọc hàng năm.	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay tiền khấu trừ nào cho việc sàng lọc Vi-rút Viêm Gan C được Medicare bao trả.
Khám tầm soát các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI) và tư vấn phòng ngừa STI Chúng tôi bao trả khám sàng lọc bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI) để phát hiện 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 người có nguy cơ mắc STI tăng cao khi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính yêu cầu xét nghiệm. 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 chỉ bao trả cho các buổi tư vấn như một dịch vụ phòng ngừa nếu các buổi này được cung cấp bởi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính và diễn ra trong cơ sở chăm sóc chính, chẳng hạn như phòng khám của 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	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Dịch vụ điều trị bệnh thận Dịch vụ liên quan đến bệnh thận và lọc máu bao gồm:	
• 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 bác sĩ giới thiệu, chúng tôi sẽ bao trả tối đa 6 buổi cung cấp dịch vụ giáo dục về bệnh thận trong suốt cuộc đời	Đồng thanh toán $0 cho các dịch vụ giáo dục về bệnh thận được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*
• 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)	Đồng thanh toán $0 cho các buổi điều trị thẩm tách ngoại trú được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*
• Điều trị lọc máu nội trú (nếu quý vị được nhập viện với tư cách là bệnh nhân nội trú để nhận dịch vụ chăm sóc đặc biệt)	Xem phần "Chăm Sóc Tại Bệnh Viện Cho Bệnh Nhân Nội Trú" để biết các khoản chia sẻ chi phí áp dụng cho việc điều trị lọc máu nội trú.
• 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)	Đồng thanh toán $0 cho việc đào tạo tự thẩm tách được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*
• Thiết bị và vật tư thẩm tách tại nhà	Đồng thanh toán $0 cho thiết bị thẩm tách tại nhà được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.* Đồng thanh toán $0 cho vật tư thẩm tách được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Dịch vụ điều trị bệnh thận - tiếp tục • 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 loại thuốc để lọc máu được bao trả theo Medicare Part B. Để biết thông tin về phạm vi bảo hiểm đối với Thuốc Phần B, đến phần **thuốc Medicare Part B** trong bảng này.	Đồng thanh toán $0 cho các dịch vụ hỗ trợ tại nhà được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*
Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) (Để biết định nghĩa về chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, đi đến Chương 12. 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. Các dịch vụ được bao trả gồm có, nhưng không 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 trị liệu âm ngữ • Thuốc được sử dụng cho quý vị như một phần trong chương trình chăm sóc của chúng tôi (điều này bao gồm cả các chất hiện hữu tự nhiên trong cơ thể, như các yếu tố đông máu) • Máu - bao gồm bảo quản và truyền máu. Bao trả cho máu toàn phần và tế bào hồng cầu được đóng gói sẽ bắt đầu với panh máu đầu tiên mà quý vị cần. Mọi thành phần khác của máu được 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	Đối với nằm viện được Medicare bao trả, mỗi lần nằm viện: Đồng thanh toán $0 cho mỗi lần nằm 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. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) - tiếp tục • Sử dụng các vật dụng như xe lăn, thường được các SNF cung cấp • Dịch vụ bác sĩ Nói chung, quý vị sẽ nhận chăm sóc SNF từ các cơ sở trong mạng lưới. Trong một số trường hợp nhất định liệt kê bên dưới, quý vị có thể phải trả khoản chia sẻ chi phí trong mạng lưới cho một cơ sở không phải là nhà cung cấp trong mạng lưới nếu cơ sở này chấp nhận khoản thanh toán từ chương trình của chúng tôi. • Một viện dưỡng lão hoặc cộng đồng hưu trí 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	
Cai thuốc lá và bỏ hút thuốc (tư vấn ngừng hút hoặc ngừng dùng thuốc lá) Tư vấn cai thuốc lá và bỏ hút thuốc được chi trả cho bệnh nhân ngoại trú và bệnh nhân nhập viện đáp ứng các tiêu chí sau: • Có sử dụng thuốc lá, bất kể có biểu hiện dấu hiệu hoặc triệu chứng của bệnh liên quan đến thuốc lá hay không • Có đủ sức và tỉnh táo trong quá trình tư vấn • Đã được một bác sĩ đủ tiêu chuẩn hoặc bác sĩ khác do Medicare công nhận tư vấn Chúng tôi bao trả cho 2 lần cai thuốc lá mỗi năm (mỗi lần cai có thể bao gồm tối đa 4 phiên can thiệp vừa phải hoặc chuyên sâu, với việc bệnh nhân nhận tối đa 8 phiên mỗi năm).	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.
Nền tảng hỗ trợ xã hội Chương trình của chúng tôi cung cấp nền tảng hỗ trợ xã hội trực tuyến để hỗ trợ cho sức khỏe tổng thể của quý vị. Nền tảng này cung cấp các hoạt động trị liệu, gắn kết cộng đồng và các nguồn lực do chương trình tài trợ để giúp kiểm soát căng thẳng và lo âu.	Đồng thanh toán $0 cho nền tảng hỗ trợ xã hội.*

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Nền tảng hỗ trợ xã hội - tiếp theo Nền tảng này giúp quý vị dễ dàng tham gia và duy trì tham gia để hỗ trợ quý vị trong việc quản lý nhu cầu về sức khỏe hành vi. Nền tảng sẵn có trực tuyến 24/7 nên quý vị có thể sử dụng bất cứ khi nào quý vị muốn. Nền tảng hỗ trợ xã hội bao gồm: • Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Dành Riêng: Truy cập các chương trình tự hướng dẫn kéo dài 4 tuần được Twill Therapeutics thiết kế riêng nhằm nâng cao sức khỏe thể chất và tinh thần, kết hợp thông tin chuyên sâu từ các chuyên gia về lão hóa khỏe mạnh để hỗ trợ cụ thể cho thành viên. Thực hiện chương trình theo tốc độ riêng của quý vị và theo dõi tiến trình để theo dõi những cải thiện về sức khỏe. • Hỗ Trợ Đồng Đẳng và Chuyên Gia: Kết nối với cộng đồng trực tuyến trong không gian được kiểm duyệt, nơi quý vị có thể tương tác với đồng nghiệp và chuyên gia y tế đủ điều kiện. Có được quyền truy cập vào các bài viết được phê duyệt về mặt lâm sàng và nhận được các khuyến cáo dành riêng về dịch vụ Wellcare bổ sung dựa trên tương tác và nhu cầu xác định của quý vị. • Công Cụ Sức Khỏe Kỹ Thuật Số Cá Nhân Hóa: Tham gia các hoạt động tương tác, thiền định và trò chơi dựa trên liệu pháp hành vi nhận thức, chánh niệm và tâm lý học tích cực. Các công cụ này giải quyết các chủ đề như lão hóa khỏe mạnh, quản lý tình trạng cô lập, việc chăm sóc, nỗi đau buồn, tìm kiếm mục đích trong quá trình lão hóa, v.v. Thành viên có thể truy cập nền tảng bằng cách đăng nhập vào cổng thông tin thành viên tại go.wellcare.com/member hoặc gọi đến Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Sau khi đăng ký, quý vị có thể truy cập trực tiếp vào nền tảng bất kỳ lúc nào từ máy tính, máy tính bảng hoặc điện thoại thông minh.	

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Phúc lợi bổ sung đặc biệt cho bệnh mạn tính Nếu quý vị đủ điều kiện hưởng Phúc Lợi Bổ Sung Đặc Biệt cho Bệnh Mạn Tính (SSBCI), chương trình của chúng tôi cung cấp các phúc lợi bổ sung. Quý vị phải đáp ứng một số tiêu chí nhất định, bao gồm có chẩn đoán hiện đang mắc bệnh bằng văn bản cho một hoặc nhiều bệnh lý đủ điều kiện. Bệnh lý này phải đe dọa đến tính mạng hoặc hạn chế đáng kể sức khỏe hoặc chức năng tổng thể của quý vị. Ngoài ra, quý vị phải có nguy cơ nhập viện cao hoặc các kết quả bất lợi khác về sức khỏe và cần điều phối chăm sóc chuyên sâu. Các bệnh lý mạn tính đủ điều kiện bao gồm: Rối loạn tự miễn; Ung thư; Rối loạn tim mạch; Rối loạn do sử dụng rượu mạn tính và các rối loạn sử dụng chất gây nghiện (SUD) khác; Tình trạng sức khỏe tâm thần mạn tính gây suy giảm chức năng; Tình trạng mạn tính làm suy giảm thị lực, thính giác (điếc), vị giác, xúc giác và khứu giác; Bệnh đường tiêu hóa mạn tính; Suy tim mạn tính; Bệnh thận mạn tính (CKD); Các bệnh lý phổi mạn tính; Tình trạng liên quan đến suy giảm nhận thức; Tình trạng đòi hỏi phải tiếp tục điều trị để duy trì hoặc bảo tồn chức năng; Tình trạng gây khó khăn về chức năng; Sa sút trí tuệ; Đái tháo đường; Lạc nội mạc tử cung; HIV/AIDS; Suy giảm miễn dịch và các rối loạn ức chế miễn dịch; Rối loạn thần kinh; Thừa cân, béo phì và hội chứng chuyển hóa; Giai đoạn sau ghép tạng; Rối loạn huyết học nghiêm trọng; Đột quỵ. Tham khảo Chương 4, Phần 2 để biết thêm thông tin về tiêu chí đủ điều kiện. Tính đủ điều kiện nhận phúc lợi bên dưới được xác định sau khi quý vị ghi danh chương trình của chúng tôi. **Nếu đủ điều kiện, quý vị có thể sử dụng trợ cấp Wellcare Spendables® cho các phúc lợi bổ sung được liệt kê bên dưới. Cùng một mức trợ cấp được sử dụng cho các phúc lợi danh mục Không Kê Toa (OTC) Wellcare Spendables ® của quý vị. Sau khi xác định được là đủ điều kiện, các phúc lợi mở rộng này sẽ có thể dùng sau 7-10 ngày làm việc. Trợ cấp sẽ chuyển sang tháng tiếp theo nếu chưa sử dụng và hết hạn vào cuối năm chương trình. Tham khảo phúc lợi Wellcare Spendables® trong bảng này để biết thêm thông tin.**	Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ đối với Phúc Lợi Bổ Sung Đặc Biệt cho Bệnh Mạn Tính.

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Phúc lợi bổ sung đặc biệt cho bệnh mạn tính - tiếp theo • **Trả tiền xăng tại trạm** Quý vị có thể sử dụng thẻ để thanh toán tiền xăng lúc bơm tại các điểm có tham gia chương trình. 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. Việc sạc xe điện (EV) cũng có thể được bao trả tại các địa điểm tham gia chấp nhận thanh toán bằng thẻ. • **Thực Phẩm Lành Mạnh** Quý vị có thể dùng thẻ để mua thực phẩm và sản phẩm lành mạnh tại các điểm bán lẻ tham gia. Lựa chọn giao hàng cho các mặt hàng tạp hóa đủ điều kiện có thể áp dụng. Có thể đặt bữa ăn được chuẩn bị sẵn và rau củ quả tươi qua cổng thông tin thành viên trực tuyến. Không thể dùng thẻ để mua thuốc lá hoặc rượu. Các vật phẩm được phê duyệt bao gồm: ○ Trái cây và rau củ ○ Ngũ cốc nguyên hạt và các loại thực phẩm thiết yếu trong tủ bếp như bột mì, gia vị và các nguyên liệu có thể bảo quản lâu ở nhiệt độ thường ○ Sản phẩm từ sữa và sản phẩm thay thế sữa, sữa, sữa chua, phô mai ○ Các nguồn protein như thịt, gia cầm, hải sản, trứng, các loại đậu, các loại rau họ đậu, các loại quả hạch và các loại hạt ○ Các loại thức uống và thanh dinh dưỡng 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. • **Đồ Dùng Chăm Sóc Cá Nhân** Quý vị có thể dùng thẻ để mua đồ dùng chăm sóc cá nhân và đồ dùng thiết yếu trong gia đình tại các điểm bán lẻ tham gia. Có thể có các lựa chọn giao hàng cho các mặt hàng đủ điều kiện. Các vật phẩm được phê duyệt bao gồm:	

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Phúc lợi bổ sung đặc biệt cho bệnh mạn tính - tiếp theo ○ Xà phòng, dầu gội và dầu xả ○ Giấy vệ sinh và khăn giấy ○ Các sản phẩm vệ sinh cá nhân như lăn khử mùi, sữa rửa mặt và sữa tắm ○ Các sản phẩm và vật dụng vệ sinh hỗ trợ kiểm soát nhiễm khuẩn như khăn lau khử trùng và bình xịt vệ sinh đa năng 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. • **Diệt Côn Trùng Gây Hại** Quý vị có thể dùng thẻ để mua sản phẩm diệt côn trùng gây hại dùng trong và xung quanh nhà của quý vị tại các điểm bán lẻ tham gia. Có thể có các lựa chọn giao hàng cho các mặt hàng đủ điều kiện. Các sản phẩm được phê duyệt cho phúc lợi này bao gồm: ○ Thuốc xịt và thuốc xua đuổi côn trùng ○ Sản phẩm diệt kiến, gián và loài gặm nhấm ○ Bẫy côn trùng và hộp mồi nhử ○ Sản phẩm diệt muỗi 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. • **Hỗ trợ tiền thuê** Quý vị có thể sử dụng thẻ để hỗ trợ chi phí thuê nhà. Đăng nhập vào cổng thông tin nhà cung cấp dịch vụ thuê nhà/ thế chấp của quý vị để thanh toán hoặc thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp dịch vụ thuê nhà của quý vị tại nơi chấp nhận thanh toán bằng thẻ. Thẻ của quý vị chỉ có thể sử dụng tối đa số tiền trợ cấp hiện có. Không thể dùng thẻ để cài đặt thanh toán định kỳ tự động.	

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Phúc lợi bổ sung đặc biệt cho bệnh mạn tính - tiếp theo • **Thú Nuôi Đồng Hành Robot** Quý vị có thể yêu cầu thú nuôi đồng hành robot thông qua cổng thông tin thành viên. Các tùy chọn sẵn có có thể bao gồm mèo, chó hoặc chim đồng hành. Những thú cưng này được thiết kế để mang lại sự thoải mái và đồng hành nhằm hỗ trợ sức khỏe tổng thể. Thẻ của quý vị chỉ có thể sử dụng tối đa số tiền trợ cấp hiện có. Đăng nhập vào cổng thông tin thành viên của quý vị hoặc liên hệ với chúng tôi để biết thêm thông tin về cách đặt hàng và các tùy chọn sẵn có. • **Hỗ Trợ Chi Phí Tiện Ích** Quý vị có thể sử dụng trợ cấp trong thẻ để hỗ trợ chi phí tiện ích cho nhà quý vị. Đăng nhập trực tiếp vào cổng thông tin nhà cung cấp dịch vụ tiện ích và thanh toán bằng thẻ. Không thể dùng thẻ để cài đặt thanh toán định kỳ tự động. Thẻ của quý vị chỉ có thể sử dụng tối đa số tiền trợ cấp hiện có. 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 ○ Dịch vụ 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 Phúc lợi không bao gồm các dịch vụ giải trí trực tuyến, bao gồm chơi game và phát trực tiếp (như các nền tảng nghe nhạc và đọc sách) và các dịch vụ khác dựa trên gói đăng ký.	
Liệu pháp tập luyện có giám sát (SET) SET được bao trả cho những thành viên có triệu chứng của bệnh động mạch ngoại vi (PAD) và được bác sĩ chịu trách nhiệm điều trị PAD giới thiệu. Quý vị được bao trả tối đa 36 buổi trong khoảng thời gian 12 tuần nếu đáp ứng các yêu cầu của chương trình SET.	Đồng thanh toán $0 cho mỗi lần thăm khám liệu pháp tập luyện có giám sát được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Liệu pháp tập luyện có giám sát (SET) - tiếp theo 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 luyện để điều trị PAD • Dưới sự giám sát trực tiếp của bác sĩ, phụ tá bác sĩ (PA) hoặc chuyên viên điều dưỡng (NP)/chuyên gia điều dưỡng lâm sàng (CNS), 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.	
Dịch vụ cần thiết khẩn cấp Dịch vụ được chương trình bao trả yêu cầu phải được chăm sóc y tế ngay nhưng không phải cấp cứu là dịch vụ cần thiết khẩn cấp nếu quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi hoặc thậm chí nếu quý vị ở trong khu vực dịch vụ của chương trình thì việc nhận dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới là không hợp lý xét theo thời gian, địa điểm và hoàn cảnh của quý vị. Chương trình của chúng tôi phải bao trả cho các dịch vụ cần thiết khẩn cấp và chỉ tính phí chia sẻ chi phí trong mạng lưới cho quý vị. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp bao gồm bệnh và chấn thương y tế không lường trước được hoặc cơn phát bệnh bất ngờ của bệnh lý hiện hữu. Thăm khám định kỳ cần thiết về mặt y tế với nhà cung cấp (như kiểm tra sức khỏe hàng năm) không được xem là cần thiết khẩn cấp ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi hoặc mạng lưới chương trình của chúng tôi tạm thời không cung cấp dịch vụ.	Đồng thanh toán $0 cho các lần thăm khám dịch vụ cần thiết khẩn cấp được Medicare bao trả.

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Dịch vụ cần thiết khẩn cấp - tiếp theo Có bao trả cho các dịch vụ cần thiết khẩn cấp bên ngoài Hoa Kỳ.	Đồng thanh toán $115 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 vì cùng một 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.
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	Đồng thanh toán $0 cho tất cả các lần khám mắt khác để chẩn đoán và chữa bệnh cho mắt. *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
• Đối với những người 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 bao gồm những người có tiền sử gia đình bị tăng nhãn áp, người mắc bệnh tiểu đường, người Mỹ gốc Phi từ 50 tuổi trở lên và người Mỹ gốc Tây Ban Nha từ 65 tuổi trở lên	Đồng thanh toán $0 khi khám sàng lọc bệnh tăng nhãn áp được Medicare bao trả. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*
• Đối với những người bị tiểu đường, khám sàng lọc bệnh võng mạc đái tháo đường được bao trả mỗi năm một lần	Đồng thanh toán $0 khi khám võng mạc được Medicare bao trả cho thành viên bị bệnh tiểu đường hoặc khám mắt cho người bị bệnh tiểu đường. *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Chăm sóc thị lực - tiếp tục	
• Một cặp mắt kính hoặc kính áp tròng sau mỗi ca phẫu thuật đục thủy tinh thể, bao gồm cả việc đặt kính nội nhãn. Nếu quý vị có 2 ca phẫu thuật đục thủy tinh thể riêng biệt, quý vị không thể để dành phúc lợi bảo hiểm sau ca phẫu thuật đầu tiên để mua 2 cặp kính sau ca phẫu thuật thứ hai.	Đồng thanh toán $0 cho kính mắt được Medicare bao trả.
Ngoài ra, chương trình của chúng tôi bao trả cho dịch vụ khám mắt bổ sung (tức là định kỳ) sau đây:	
• Khám mắt định kỳ 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.	Đồng thanh toán $0 cho 1 lần khám mắt định kỳ mỗi năm.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
• Điều chỉnh kính mắt cho vừa vặn Giới hạn đến 1 lần thăm khám mỗi năm. Buổi thăm khám để điều chỉnh kính mắt cho vừa vặn không phải là buổi khám mắt định kỳ. Dịch vụ bao gồm điều chỉnh kính mắt cho vừa vặn (kính áp tròng, gọng kính/tròng kính).	Đồng thanh toán $0 cho 1 lần khám đo kính mỗi năm.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*
• Kính mắt Không giới hạn số cặp kính mắt theo toa mỗi năm với phúc lợi tối đa là $100 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 phúc lợi bảo hiểm tối đa của chương trình là $100 mỗi năm áp dụng cho giá bán lẻ gọng kính và/hoặc tròng kính (kể cả lựa chọn tròng kính như màu sắc và lớp sơn mỏng bảo vệ kính). Quý vị chịu trách nhiệm chi trả mọi chi phí cao hơn mức phúc lợi tối đa cho mắt kính bổ sung (tức là định kỳ).*	Đồng thanh toán $0 cho mắt kính.* *Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.*

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Chăm sóc thị lực - tiếp tục 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. Phải nhận dịch vụ thị lực thông qua mạng lưới chăm sóc thị lực của chương trình. Đối với các câu hỏi về cách tìm nhà cung cấp hoặc để biết thêm thông tin, hãy gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.	
Khám phòng bệnh dịp Chào mừng tham gia Medicare Chương trình của chúng tôi bao trả cho một lần khám phòng bệnh dịp *Chào mừng tham gia Medicare*. Lần khám này bao gồm đánh giá sức khỏe của quý vị cũng như giáo dục và tư vấn về các dịch vụ phòng ngừa quý vị cần (bao gồm một số loại sàng lọc bệnh và chích ngừa (hoặc tiêm vắc-xin)) và giới thiệu tới dịch vụ chăm sóc khác nếu cần. **Quan trọng:** Chúng tôi chỉ bao trả cho thăm khám phòng bệnh dịp *Chào mừng tham gia Medicare* trong 12 tháng đầu tiên quý vị có Medicare Part B. Khi quý vị đặt lịch hẹn, hãy cho văn phòng bác sĩ biết quý vị muốn lên lịch khám phòng bệnh dịp *Chào mừng tham gia Medicare*.	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ khi khám phòng bệnh vào dịp *Chào mừng tham gia Medicare*.
• EKG được Medicare bao trả sau lần khám Dịch Vụ Phòng Bệnh *Chào mừng đến với Medicare.*	Đồng thanh toán $0 cho mỗi EKG được Medicare bao trả theo Dịch Vụ Phòng Ngừa *Chào Mừng Tham Gia Medicare*. *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*
Wellcare Spendables® Quý vị sẽ được nạp sẵn **$10 hàng tháng** vào thẻ Wellcare Spendables® để chi tiêu cho các vật phẩm OTC và SSBCI nếu quý vị đủ điều kiện. • Trợ cấp hàng tháng **sẽ chuyển sang tháng tiếp theo nếu chưa sử dụng và hết hạn vào cuối năm chương trình.**	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ cho thẻ Wellcare Spendables®. Không có yêu cầu tối thiểu đối với việc mua tại cửa hàng.

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Wellcare Spendables® - tiếp tục **<u>Có thể sử dụng trợ cấp trong thẻ của quý vị cho -</u>** **Vật phẩm Không Kê Toa (OTC):** Quý vị có thể sử dụng thẻ này để mua các sản phẩm không kê toa (OTC) tại các địa điểm bán lẻ tham gia chương trình, qua ứng dụng di động hoặc bằng cách đăng nhập vào cổng thông tin thành viên của quý vị để đặt hàng giao hàng tại nhà. Các sản phẩm OTC được bao trả gồm có: • Sản phẩm trị dị ứng, cảm lạnh, ho, cúm và viêm xoang • Sản phẩm giảm đau, hỗ trợ tiêu hóa và hỗ trợ giấc ngủ • Vitamin và thực phẩm bổ sung • Vật tư sơ cứu và vật tư y tế không kê toa • Sản phẩm chăm sóc răng miệng, mắt và tai thông thường • Vật tư hỗ trợ bài tiết không kiểm soát, sản phẩm chăm sóc sức khỏe phụ nữ và đồ hỗ trợ sinh hoạt hàng ngày 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. **Lưu ý:** Trong một số trường hợp, thiết bị chẩn đoán và vật phẩm hỗ trợ cai thuốc lá được bao trả theo phúc lợi y tế của chương trình. Quý vị nên (khi có thể) sử dụng các phúc lợi y tế chương trình của chúng tôi trước khi sử dụng tiền trợ cấp OTC của quý vị cho những vật phẩm này. **Phúc Lợi Bổ Sung Đặc Biệt cho Bệnh Mạn Tính (SSBCI):** **<u>Các phúc lợi được đề cập dưới đây là một phần của SSBCI. Không phải tất cả thành viên đều đủ điều kiện. Quý vị phải đáp ứng tiêu chí đủ điều kiện về các phúc lợi sau đây của chương trình.</u>** **<u>Nếu quý vị đủ điều kiện, thẻ trợ cấp hàng tháng của quý vị cũng có thể được sử dụng cho:</u>** • Trả tiền xăng tại trạm • Thực Phẩm Lành Mạnh • Đồ Dùng Chăm Sóc Cá Nhân • Sản Phẩm Diệt Côn Trùng Gây Hại • Hỗ trợ tiền thuê • Thú Nuôi Đồng Hành Robot • Hỗ Trợ Chi Phí Tiện Ích	

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Wellcare Spendables® - tiếp tục Tham khảo Phúc Lợi Bổ Sung Đặc Biệt cho Bệnh Mạn Tính (SSBCI) trong bảng này để biết thêm thông tin về những phúc lợi này. **<u>Cách sử dụng thẻ:</u>** 1. Kích hoạt thẻ trước khi sử dụng. 2. Ghé cửa hàng bán lẻ đối tác, đăng nhập vào liên kết cổng thông tin được liệt kê dưới đây hoặc tải xuống ứng dụng di động Wellcare Spendables®. 3. Chọn các vật phẩm hoặc dịch vụ được phê duyệt của quý vị. 4. Tới quầy thanh toán của cửa hàng bán lẻ và thanh toán bằng thẻ Wellcare Spendables® của quý vị. Đối với đơn đặt hàng trực tuyến hoặc trên ứng dụng di động, hãy đăng nhập để truy cập và sử dụng phúc lợi của quý vị. 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 đến, hãy nhập mã PIN mà quý vị đã tạo khi kích hoạt thẻ. **Thông tin khác quý vị nên biết:** • 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. Các mặt hàng mua trực tuyến không được đổi trả. Nếu mặt hàng bị hư hỏng, vui lòng liên hệ với chúng tôi. • 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 Spendables® chỉ để sử dụng cho mục đích cá nhân, không được bán hoặc chuyển nhượng và không có giá trị tiền mặt. • Chọn phúc lợi có thể đủ điều kiện để được bồi hoàn nếu thanh toán không thành công. Hãy liên hệ với chúng tôi hoặc gửi yêu cầu bồi hoàn thông qua cổng thông tin thành viên để xem xét. Yêu cầu bồi hoàn phải được gửi trong năm chương trình mà mặt hàng hoặc dịch vụ đã được mua. Có thể cần thêm thông tin để xác minh các giao dịch mua hàng đủ điều kiện.	

Dịch Vụ Được Bao Trả	Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
Wellcare Spendables® - tiếp tục • Các giới hạn và hạn chế có thể được áp dụng, chỉ những vật phẩm được chấp thuận mới được bao trả. **Để biết thêm thông tin về thẻ Wellcare Spendables® hoặc để yêu cầu catalog, vui lòng gọi đến:** 1-800-431-9007, người dùng TTY gọi: 711. Giờ làm việc: Từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m. **Quý vị cũng có thể truy cập trực tuyến qua:** go.wellcare.com/member.	

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

Những dịch vụ không được Wellcare Health Net 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. Giờ làm việc: 8:00 a.m. - 5:00 p.m. PT, Thứ Hai - Thứ Sáu.

Chương Trình Nha Khoa Medi-Cal

Một số dịch vụ nha khoa được cung cấp thông qua 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 thông qua Chương Trình Nha Khoa Medi-Cal Trả Phí Theo Dịch Vụ (FFS). Để biết thêm thông tin, hãy liên hệ với chương trình Nha Khoa Medi-Cal 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 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 SmileCalifornia.org để biết thêm thông tin.

PHẦN 4 Dịch vụ không được chương trình của chúng tôi bao trả (các trường hợp loại trừ)

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

Bảng dưới đây liệt kê các dịch vụ và vật phẩm không được chương trình của chúng tôi bao trả trong bất kỳ điều kiện nào hoặc chỉ được chương trình của chúng tôi bao trả trong một số điều kiện cụ thể.

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 nhận dịch vụ bị loại trừ tại một cơ sở cấp cứu, 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, đi đến Chương 9, Phần 6.3.)

Những dịch vụ không được Medicare bao trả	Chỉ được bao trả trong một số trường hợp cụ thể
Châm cứu	Dành cho người bị đau lưng dưới mạn tính trong một số trường hợp nhất định
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 hoạt động sinh hoạt hàng ngày như tắm rửa hoặc thay quần áo	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào

Những dịch vụ không được Medicare bao trả	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 (Đến Chương 3, Phần 5 để biết thêm thông tin về các nghiên cứu lâm sàng)
Phí trả cho việc chăm sóc bởi người thân trực hệ hoặc thành viên trong hộ gia đình của quý vị	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	Xem phúc lợi “Thực Phẩm Lành Mạnh” trong phần SSBCI của Bảng Phúc Lợi Y Tế để biết thêm thông tin
Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà	Medicare bao trả cho dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn bán thời gian hoặc không liên tục cần thiết về mặt y tế.
Các dịch vụ nội trợ bao gồm trợ giúp việc nhà cơ bản, kể cả dọn dẹp nhà cửa nhẹ nhàng hoặc chuẩn bị bữa ăn nhẹ.	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào
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
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

Những dịch vụ không được Medicare bao trả	Chỉ được bao trả trong một số trường hợp cụ thể
Các thủ thuật đảo ngược cho phẫu thuật triệt sản và/hoặc các vật tư tránh thai không theo toa	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào
Nắn xương khớp định kỳ	Dịch vụ nắn chỉnh cột sống bằng tay để chữa sai khớp được bao trả
Chăm sóc nha khoa định kỳ, chẳng hạn như: • **Làm sạch răng (Phòng ngừa)** • **Điều trị florua** • **Dịch vụ chỉnh nha** • **Nội khoa răng miệng** • **Nha chu** • **Dịch vụ trồng răng** • **Phục hình hàm mặt**	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào Xem phúc lợi dịch vụ chăm sóc Nha khoa trong Bảng Phúc Lợi Y Tế để biết dịch vụ chăm sóc nha khoa định kỳ mà chương trình bao trả trong gói phúc lợi của quý vị
Chăm sóc bàn chân định kỳ (điều trị bàn chân)	Một số trường hợp bao trả có giới hạn theo hướng dẫn của Medicare (ví dụ: nếu quý vị bị tiểu đường)
Máy trợ thính thông thường hoặc các lần khám để điều chỉnh máy trợ thính	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
Chăm sóc thị lực: 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
Chăm sóc thị lực: Khám mắt định kỳ, kính mắt	Xem phúc lợi dịch vụ chăm sóc Thị lực trong Bảng Phúc Lợi Y Tế để biết dịch vụ chăm sóc thị lực định kỳ mà chương trình bao trả trong gói phúc lợi của quý vị.

CHƯƠNG 5:
Sử dụng quyền lợi bảo hiểm của chương trình cho thuốc Phần D

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

Vì quý vị đủ điều kiện tham gia California Medi-Cal (Medicaid), quý vị đủ điều kiện và đang nhận Trợ Giúp Bổ Sung từ Medicare để thanh toán cho các chi phí thuộc chương trình thuốc theo toa của quý vị. Vì quý vị đang tham gia chương trình Trợ Giúp Bổ Sung, một số thông tin trong *Chứng Thực Bảo Hiểm* này về chi phí cho thuốc theo toa Phần D có thể không áp dụng với quý vị. Chúng tôi đã gửi cho quý vị một tờ rơi riêng gọi là *Phụ Lục Chứng Thực Bảo Hiểm cho Người Nhận Trợ Giúp Bổ Sung cho Thuốc Theo Toa* (còn được gọi là *Phụ Lục về Trợ Cấp Cho Người Có Thu Nhập Thấp* hay *Điều Khoản Riêng LIS*), cho quý vị biết về bảo hiểm thuốc của mình. Nếu quý vị không có phụ lục đính kèm này, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711) và yêu cầu *Điều Khoản Riêng LIS*. (Số điện thoại Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên được ghi ở bìa sau của tài liệu này).

PHẦN 1 Các quy định cơ bản của chương trình chúng tôi về bảo hiểm thuốc Phần D

Đi đến Bảng Phúc Lợi Y Tế trong Chương 4 để biết 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 theo các phúc lợi California Medi-Cal (Medicaid) của quý vị. Để tìm hiểu thêm về bảo hiểm thuốc Medicaid, vui lòng liên hệ với California Medi-Cal (Medicaid) để xác định phạm vi bảo hiểm thuốc có thể dành cho quý vị. (Quý vị có thể tìm các số điện thoại và thông tin liên hệ của California Medi-Cal (Medicaid) ở Chương 2, Phần 6.)

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

- Quý vị phải có một nhà cung cấp (bác sĩ, nha sĩ hoặc người kê toa khác) viết cho quý vị một toa thuốc hợp lệ theo luật tiểu bang áp dụng.
- 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 (Đến Phần 2) *hoặc quý vị có thể mua thuốc theo toa thông qua dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện của chương trình của quý vị*.
- Thuốc của quý vị phải có trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi (Đi đến Phần 3).

- 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 FDA phê duyệt hoặc được một số sách tham khảo ủng hộ. (Đến Phần 3 để biết thêm thông tin về chỉ định được chấp nhận về mặt y tế.)
- Thuốc của quý vị có thể cần được phê duyệt từ chương trình của chúng tôi dựa trên một số tiêu chí nhất định trước khi chúng tôi đồng ý bao trả. (Đến Phần 4 để biết thêm thông tin)

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 chúng tôi

Trong hầu hết trường hợp, thuốc theo toa *chỉ* được bao trả nếu được lấy tại nhà thuốc trong mạng lưới của chương trình chúng tôi. (Đến Phần 2.4 để biết thông tin về trường hợp chúng tôi bao trả cho thuốc theo toa lấy tại nhà thuốc ngoài mạng lưới.)

Nhà thuốc trong mạng lưới là nhà thuốc đã ký hợp đồng với chương trình của chúng tôi để cung cấp thuốc được bao trả của quý vị. Thuật ngữ “thuốc được bao trả” bao hàm tất cả các thuốc Phần D nằm trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi.

Phần 2.1 Nhà thuốc trong mạng lưới

Tìm nhà thuốc trong mạng lưới trong khu vực của quý vị

Để tìm nhà thuốc trong mạng lưới, hãy tham khảo *Danh Mục Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc* của quý vị, truy cập trang web của chúng tôi (go.wellcare.com/2027providerdirectories) và/hoặc gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711).

Quý vị có thể đến bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi. Một số nhà thuốc trong mạng lưới có chia sẻ chi phí ưu tiên, có thể thấp hơn phần chia sẻ chi phí tại nhà thuốc có chia sẻ chi phí tiêu chuẩn. *Danh Mục Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc* sẽ cho quý vị biết các nhà thuốc trong mạng lưới nào có chia sẻ chi phí ưu tiên. Liên hệ với chúng tôi để tìm hiểu thêm về khác biệt trong chi phí tự trả của quý vị khi dùng các loại thuốc khác nhau.

Nếu nhà thuốc của quý vị rời mạng lưới

Nếu nhà thuốc quý vị sử dụng rời khỏi mạng lưới của chương trình chúng tôi, quý vị sẽ phải tìm nhà thuốc mới trong mạng lưới. Nếu nhà thuốc quý vị sử dụng vẫn ở trong mạng lưới nhưng không còn cung cấp phần chia sẻ chi phí ưu tiên, quý vị có thể muốn chuyển sang một nhà thuốc khác trong mạng lưới hoặc một nhà thuốc ưu tiên, nếu có. Để tìm nhà thuốc khác trong khu vực của quý vị, hãy tìm kiếm trợ giúp từ Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711) hoặc dùng *Danh Mục Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc*. Ngoài ra, quý vị còn có thể tìm thông tin này trên trang web của chúng tôi tại go.wellcare.com/2027providerdirectories.

Nhà thuốc chuyên khoa

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 truyền dịch 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 gặp khó khăn trong việc lấy thuốc Phần D tại cơ sở LTC, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711).
- 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 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. Để tìm nhà thuốc chuyên khoa, hãy tham khảo *Danh Mục Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc* go.wellcare.com/2027providerdirectories của quý vị hoặc gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711).

Phần 2.2 Dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện của chương trình chúng tôi

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

Dịch vụ đặt mua qua bưu điện của chương trình của chúng tôi cho phép quý vị đặt mua **lượng thuốc đủ dùng trong ít nhất 35 ngày và lượng cấp không quá 100 ngày.**

Khoản đồng thanh toán của quý vị có thể thấp hơn khi sử dụng dịch vụ đặt mua qua bưu điện ưu tiên của chương trình. Để biết thêm chi tiết, vui lòng tham khảo bảng trong Chương 6, phần 5.2 và 5.4.

Để lấy biểu mẫu đặt hàng và thông tin về cách mua thuốc theo toa qua đường bưu điện, hãy gọi cho Express Scripts® Pharmacy 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.

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 mua tại một nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới, còn một toa khác chỉ định đủ lượng thuốc dùng lâu dài (35 đến 100 ngày) để mua 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. Thành viên có thể gọi cho Express Scripts® Pharmacy theo số 1-833-750-0201 (TTY: 711), 24 giờ mỗi 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 nhà thuốc nhận được từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà không cần kiểm tra trước với quý vị nếu:

- Quý vị đã sử dụng 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 gọi cho Express Scripts® Pharmacy 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, hãy liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi cho Express Scripts® Pharmacy theo số 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 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 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.

Để lựa chọn không sử dụng dịch vụ giao thuốc tự động đối với các toa thuốc mới nhận được trực tiếp từ phòng khám của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, hãy liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi cho Express Scripts® Pharmacy theo số 1-833-750-0201, (TTY: 711), 24 giờ một ngày, 7 ngày mỗi tuần. Hoặc đăng nhập vào express-scripts.com/rx.

Mua thêm thuốc theo toa được đặt mua qua bưu điện. Để lấy thêm thuốc, quý vị có thể chọn ghi danh vào chương trình tự động gửi thêm thuốc cho quý vị. Theo chương trình này, chúng tôi bắt đầu xử lý lần mua thêm thuốc tự động tiếp theo của quý vị khi hồ sơ của chúng tôi cho thấy quý vị sắp hết thuốc. Nhà thuốc sẽ liên lạc với quý vị trước mỗi lần giao thuốc mua thêm để đảm bảo rằng quý vị cần thêm thuốc, và quý vị có thể hủy mua thêm thuốc theo lịch nếu quý vị có đủ thuốc 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, hãy liên hệ với nhà thuốc 21 ngày trước khi toa thuốc hiện tại 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, hãy liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi đến nhà thuốc đặt hàng qua đường bưu điện:

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

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 2.3 Cách để mua thuốc với lượng dùng dài hạn

Chương trình của chúng tôi cho phép thành viên có 2 cách để được cấp thuốc dùng dài hạn (còn gọi là lượng thuốc kéo dài) cho các loại thuốc duy trì trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi. (Các loại thuốc điều trị duy trì là thuốc quý vị sử dụng thường xuyên, dành cho bệnh lý 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* go.wellcare.com/2027providerdirectories cho quý vị 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 theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711) 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. Đến Phần 2.2 để biết thêm thông tin.

Phần 2.4 Sử dụng nhà thuốc ngoài mạng lưới của chương trình chúng tôi

Thường thì chúng tôi bao trả cho thuốc được lấy tại nhà thuốc ngoài mạng lưới *chỉ* khi quý vị không thể dùng nhà thuốc trong mạng lưới. Chúng tôi cũng có các nhà thuốc trong mạng lưới bên ngoài khu vực dịch vụ của mình nơi quý vị có thể mua thuốc theo toa với tư cách là thành viên chương trình chúng tôi. **Hãy kiểm tra trước với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711)** để xem có nhà thuốc trong mạng lưới nào gần đó hay không.

Chúng tôi chỉ bao trả cho thuốc theo toa mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới trong các trường hợp sau:

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 phần đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm) khi lấy thuốc theo toa. Quý vị có thể nộp đơn yêu cầu bảo hiểm thuốc theo toa để yêu cầu chúng tôi trả lại cho quý vị 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 nộp đơn yêu cầu bảo hiểm thuốc theo toa nhằm yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị, vui lòng tham khảo Chương 7, Phần 2.
- 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 phần đồng thanh toán hoặc 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.

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 và chỉ cho dùng tại phòng khám bác sĩ.
    - Nếu quý vị nhận thuốc theo toa được bao trả từ nhà thuốc trực thuộc cơ sở y tế trong khi là bệnh nhân tại phòng khám phẫu thuật ngoại trú hoặc trường hợp ngoại trú khác.
- 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 phần giải thích về tình huống liên quan đến việc quý vị phải sử dụng nhà thuốc không trong mạng lưới của chúng tôi. Điều này sẽ giúp chúng tôi trong việc xử lý yêu cầu bồi hoàn của quý vị.

Nếu quý vị cần phải sử dụng nhà thuốc ngoài mạng lưới, quý vị thường phải thanh toán toàn bộ giá thuốc (thay vì phần chia sẻ chi phí thông thường của quý vị) tại thời điểm lấy thuốc theo toa. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. (Đến Chương 7, Phần 2 để biết thông tin về cách yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn trả cho quý vị.) Quý vị có thể phải trả khoản chênh lệch giữa số tiền quý vị phải trả cho toa thuốc mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới và số tiền chúng tôi sẽ bao trả cho toa thuốc mua tại nhà thuốc trong mạng lưới.

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

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

Chương trình của chúng tôi có một *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả* (danh mục thuốc). Trong *Chứng Thực Bảo Hiểm* này, **chúng tôi gọi danh sách đó là Danh Sách Thuốc.**

Thuốc trên danh sách này được tuyển chọn bởi chương trình, với sự trợ giúp của bác sĩ và dược sĩ. Danh sách này đáp ứng các yêu cầu của Medicare và đã được Medicare phê duyệt.

Danh Sách Thuốc chỉ trình bày các loại thuốc được bao trả theo Medicare Part D. Ngoài các loại thuốc được bao trả theo Medicare, một số loại thuốc theo toa được bao trả theo phúc lợi Medicaid của quý vị. Để tìm hiểu thêm về bảo hiểm thuốc Medicaid, vui lòng liên hệ với California Medi-Cal (Medicaid) để xác định phạm vi bảo hiểm thuốc có thể dành cho quý vị. (Quý vị có thể tìm các số điện thoại và thông tin liên hệ của California Medi-Cal (Medicaid) ở Chương 2, Phần 6.)

Nhìn chung, chúng tôi sẽ bao trả các loại thuốc nằm trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi 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 FDA phê duyệt 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 American Hospital Formulary Service Drug Information và Hệ Thống Thông Tin Micromedex DRUGDEX.

Danh Sách Thuốc bao gồm thuốc chính hiệu, thuốc gốc và sản phẩm sinh học (có thể bao gồm cả thuốc sinh học tương tự).

Thuốc chính hiệu là thuốc theo toa được bán dưới tên nhãn hiệu do nhà sản xuất thuốc sở hữu. Sản phẩm sinh học là các loại thuốc phức tạp hơn thuốc thông thường. Trong Danh Sách Thuốc, khi chúng tôi đề cập đến thuốc, sẽ có thể có nghĩa là thuốc hoặc sản phẩm sinh học.

Thuốc gốc là một loại thuốc theo toa có cùng các thành phần hoạt chất như một loại thuốc chính hiệu. Sản phẩm sinh học có sản phẩm thay thế gọi là thuốc tương tự sinh học. Thông thường, thuốc gốc và thuốc sinh học tương tự cũng có hiệu quả như thuốc chính hiệu hoặc các sản phẩm sinh học gốc và thường có giá thấp hơn. Có các loại thuốc gốc thay thế cho nhiều loại thuốc chính hiệu và các loại thuốc tương tự sinh học thay thế cho một số sản phẩm sinh học gốc. Một số thuốc sinh học tương tự là thuốc sinh học tương tự có thể hoán đổi và tùy thuộc vào luật pháp tiểu bang, có thể được thay thế cho sản phẩm sinh học gốc tại nhà thuốc mà không cần toa mới, giống như các loại thuốc gốc thay thế cho thuốc chính hiệu.

Đến Chương 12 để biết định nghĩa về các loại thuốc có thể có trong Danh Sách Thuốc.

Các loại thuốc không có trong Danh Sách Thuốc

Chương trình của chúng tôi không bao trả cho tất cả các loại thuốc theo toa.

- Trong một số trường hợp, luật pháp không cho phép bất kỳ chương trình Medicare nào bao trả cho một số loại thuốc nhất định. (Để biết thêm thông tin, tham khảo Phần 7.)
- Trong những trường hợp khác, chúng tôi đã quyết định không đưa một loại thuốc cụ thể vào trong Danh Sách Thuốc.
- Trong một số trường hợp, quý vị có thể nhận loại thuốc không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi. (Để biết thêm thông tin, tham khảo Chương 9.)
- Các thuốc theo toa được California Medi-Cal (Medicaid) bao trả không có trong Danh Sách Thuốc. Vui lòng liên hệ với California Medi-Cal (Medicaid) để quyết định phạm vi bảo hiểm thuốc nào có thể dành cho quý vị. (Quý vị có thể tìm các số điện thoại và thông tin liên hệ của California Medi-Cal (Medicaid) ở Chương 2, Phần 6.)

Phần 3.2 Sáu bậc chia sẻ chi phí cho các loại thuốc trong Danh Sách Thuốc

Mọi loại thuốc có trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi đều thuộc một trong sáu bậc chia sẻ chi phí. Nói chung, bậc càng cao thì giá tiền thuốc càng cao:

- Bậc 1 (Thuốc Gốc) bao gồm các loại thuốc gốc ưu tiên và có thể bao gồm một số thuốc chính hiệu.
- Bậc 2 (Thuốc Chính Hiệu Ưu Tiên) bao gồm các loại thuốc chính hiệu ưu tiên và có thể bao gồm một số thuốc gốc.
- Bậc 3 (Thuốc Không Được Ưu Tiên) bao gồm các loại thuốc chính hiệu và thuốc gốc không được ưu tiên.
- Bậc 4 (Thuốc Tiêm) bao gồm các loại thuốc chọn lọc được dùng bằng cách tiêm hoặc dùng để phòng ngừa bệnh tật (vắc-xin).
- Bậc 5 (Bậc Đặc Trị) bao gồm thuốc chính hiệu và thuốc gốc có chi phí cao. Các thuốc thuộc bậc này không đủ điều kiện cho các trường hợp ngoại lệ đối với thanh toán ở bậc thấp hơn. Đây là bậc chia sẻ chi phí cao nhất.
- Bậc 6 (Thuốc Chọn Lọc Dành Cho Dịch Vụ Chăm Sóc) bao gồm các loại thuốc gốc và/hoặc thuốc chính hiệu chọn lọc dùng để điều trị các bệnh lý cụ thể. Đây là bậc chia sẻ chi phí thấp nhất.

Để biết được thuốc của quý vị được xếp vào bậc chia sẻ chi phí nào, hãy tham khảo Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi. Số tiền quý vị phải thanh toán cho các loại thuốc ở mỗi bậc chia sẻ chi phí được trình bày trong Chương 6.

Phần 3.3 Cách để biết được một loại thuốc cụ thể có nằm trong Danh Sách Thuốc hay không

Để biết được một loại thuốc có nằm trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi hay không, quý vị có các tùy chọn sau:

- Tham khảo Danh Sách Thuốc cập nhật nhất mà chúng tôi cung cấp dưới dạng điện tử.
- Truy cập trang web của chương trình chúng tôi (go.wellcare.com/HealthNetCA). Danh sách thuốc trên trang web luôn là bản mới nhất.
- Gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711) để tìm hiểu xem một loại thuốc cụ thể nào đó có nằm trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi hay không hoặc để yêu cầu được nhận bản sao danh sách này.
- Sử dụng "Real-Time Benefit Tool (Công Cụ Phúc Lợi theo Thời Gian Thực)" (go.wellcare.com/HealthNetCA) của chương trình chúng tôi để tìm kiếm các loại thuốc trong Danh Sách Thuốc để có ước tính về số tiền quý vị sẽ thanh toán và xem liệu có loại thuốc thay thế nào trong Danh Sách Thuốc có thể điều trị cùng bệnh lý hay không. Quý vị cũng có thể gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711).

PHẦN 4 Các loại thuốc có giới hạn bảo hiểm

Phần 4.1 Lý do 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 giới hạn nào trong số này áp dụng cho một loại thuốc quý vị đang dùng hay muốn dùng, vui lòng tham khảo Danh Sách Thuốc.

Mỗi khi có một loại thuốc có giá thấp hơn mà vẫn an toàn và hiệu quả về mặt y tế như loại thuốc giá cao hơn thì quy định của chương trình chúng tôi được thiết kế để khuyến khích quý vị và nhà cung cấp dịch vụ y tế cho quý vị sử dụng thuốc giá thấp hơn.

Lưu ý rằng đôi khi một loại thuốc có thể xuất hiện nhiều hơn một 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 mỗi ngày so với 2 lần mỗi ngày; viên nén so với dạng lỏng).

Phần 4.2 Các loại giới hạn

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 phải thực hiện thêm các bước để được chúng tôi bao trả thuốc đó. Gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711) để tìm hiểu xem quý vị hay nhà cung cấp của quý vị có thể làm gì để được bao trả cho thuốc đó. **Nếu quý vị muốn được miễn giới hạn đó thì cần sử dụng quy trình quyết định bao trả và yêu cầu chúng tôi chấp nhận ngoại lệ.** Chúng tôi có thể có hoặc không đồng ý miễn giới hạn cho quý vị. (Đi đến Chương 9.)

Xin phê duyệt trước của chương trình

Đối với một số loại thuốc, quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị sẽ cần yêu cầu chương trình chúng tôi chấp thuận dựa trên các tiêu chí cụ thể 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 của chúng tôi bao trả. Có thể tìm hiểu các tiêu chí về sự chấp thuận trước của chương trình chúng tôi bằng cách gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711) hoặc thông qua trang web của chúng tôi go.wellcare.com/enhanced-select-pa.

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 của chúng tôi 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 của chúng tôi có thể yêu cầu quý vị thử dùng Thuốc A trước. Nếu Thuốc A không hiệu quả đối với quý vị, 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**. Có thể tìm hiểu các tiêu chí về phương pháp trị liệu từng bước của chương trình chúng tôi bằng cách gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711) hoặc thông qua trang web của chúng tôi go.wellcare.com/enhanced-select-st.

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 Điều quý vị có thể làm nếu một trong các loại thuốc của quý vị không được bao trả theo cách quý vị mong muốn

Có những tình huống trong đó một loại thuốc theo toa quý vị dùng hoặc quý vị và nhà cung cấp của quý vị nghĩ rằng quý vị nên dùng không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi hoặc bị giới hạn. Ví dụ:

- Thuốc đó có thể hoàn toàn không được bao trả. Hoặc loại thuốc gốc của thuốc đó có thể được bao trả nhưng loại thuốc chính hiệu của thuốc đó mà quý vị muốn dùng lại không được bao trả.
- Thuốc được bao trả nhưng mức bao trả có quy định hay giới hạn bổ sung.
- Thuốc được bao trả nhưng ở bậc chia sẻ chi phí khiến phần chia sẻ chi phí của quý vị đắt hơn quý vị nghĩ.

Nếu thuốc của quý vị bị xếp vào một bậc chia sẻ chi phí khiến phần chi phí tự trả cao hơn mức mà quý vị cho là hợp lý, hãy xem Phần 5.1 để tìm hiểu những gì quý vị có thể làm.

Nếu thuốc của quý vị không nằm trong Danh Sách Thuốc hoặc bị giới hạn, đây là những lựa chọn mà quý vị có thể thực hiện:

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

- Quý vị có thể đổi sang loại thuốc khác.
- Quý vị có thể yêu cầu trường hợp **ngoại lệ** và yêu cầu chương trình của chúng tôi bao trả cho thuốc đó hoặc loại bỏ các giới hạn đối với thuốc đó.

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

Trong một số trường hợp nhất định, chương trình của chúng tôi 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 về những thay đổi.

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

- **Nếu quý vị là thành viên mới,** chúng tôi sẽ bao trả cho lượng cấp tạm thời của quý vị trong **90 ngày** đầu tiên kể từ khi quý vị trở thành thành viên của chương trình chúng tôi.
- **Nếu quý vị đã tham gia chương trình của chúng tôi vào năm ngoái,** chúng tôi sẽ cung cấp lượng 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. (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 của chúng tôi 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 cấp tạm thời ở trên.
- **Đối với thành viên có thay đổi về mức độ chăm sóc (như chuyển sang hoặc đến từ cơ sở chăm sóc dài hạn hoặc bệnh viện) và cần lượng thuốc 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).

Nếu có thắc mắc về lượng cấp tạm thời, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711).

Trong thời gian quý vị dùng lượng 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 2 lựa chọn:

Lựa chọn 1. Quý vị có thể đổi sang loại thuốc khác

Hãy hỏi nhà cung cấp xem loại thuốc khác được chương trình của chúng tôi bao trả có thể có hiệu quả tương tự cho quý vị hay không. Gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng

TTY gọi số 711) để yêu cầu nhận danh sách thuốc được bao trả giúp điều trị cho cùng 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.

Lựa chọn 2. Quý vị có thể yêu cầu được 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 của chúng tôi bao trả một loại thuốc cho dù thuốc đó không nằm trong Danh Sách Thuốc của chương trình. Hoặc quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi cho phép ngoại lệ và bao trả cho thuốc một cách không có giới hạn.

Nếu quý vị và nhà cung cấp của quý vị muốn yêu cầu ngoại lệ, hãy xem Chương 9, Phần 7.4 để tìm hiểu việc cần làm. Phần này giải thích về các thủ tục và thời hạn do Medicare quy định để đảm bảo yêu cầu của quý vị được giải quyết một cách kịp thời và công bằng.

Phần 5.1 Điều cần làm nếu quý vị cho rằng thuốc của quý vị bị xếp vào bậc chia sẻ chi phí quá cao

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

Quý vị có thể đổi sang loại thuốc khác

Nếu thuốc của quý vị bị xếp vào bậc chia sẻ chi phí mà quý vị cho là quá cao, hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị. Có thể có một loại thuốc khác thuộc bậc chia sẻ chi phí thấp hơn có thể có hiệu quả tương tự cho quý vị. Gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711) để yêu cầu nhận danh sách thuốc được bao trả giúp điều trị cho cùng 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.

Quý vị có thể yêu cầu được ngoại lệ

Quý vị và nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi cho phép trường hợp ngoại lệ đối với bậc chia sẻ chi phí cho thuốc đó để giảm phần chi phí quý vị phải trả. Nếu nhà 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 theo quy định.

Nếu quý vị và nhà cung cấp của quý vị muốn yêu cầu ngoại lệ, hãy xem Chương 9, Phần 7.4 để biết việc cần làm. Phần này giải thích về các thủ tục và thời hạn do Medicare quy định để đảm bảo yêu cầu của quý vị được giải quyết một cách kịp thời và công bằng.

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

PHẦN 6 Danh Sách Thuốc của chúng tôi có thể thay đổi trong năm

Hầu hết thay đổi về bảo hiểm thuốc sẽ được thực hiện vào đầu mỗi năm (ngày 1 tháng 1). Tuy nhiên, trong năm, chương trình của chúng tôi có thể thực hiện một vài thay đổi trong Danh Sách Thuốc. Ví dụ: chương trình của chúng tôi có thể:

- **Thêm hay xóa bỏ thuốc trong Danh Sách Thuốc.**
- **Chuyển thuốc sang bậc chia sẻ chi phí cao hơn hoặc thấp hơn.**
- **Thêm hoặc xỏa 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 tương tự sinh học có thể hoán đổi 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.

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 về những thay đổi đó. Chúng tôi cũng cập nhật Danh Sách Thuốc trực tuyến thường xuyên. Đôi khi quý vị sẽ nhận được thông báo trực tiếp nếu có thay đổi đối với loại thuốc quý vị sử dụng.

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

- **Thêm thuốc mới vào Danh Sách Thuốc và <u>ngay lập tức</u> loại bỏ hoặc thay đổi loại thuốc tương tự trong Danh Sách Thuốc.**
    - Chúng tôi có thể ngay lập tức loại bỏ loại thuốc tương tự ra khỏi Danh Sách Thuốc, chuyển loại thuốc tương tự sang bậc chia sẻ chi phí khác, thêm các hạn chế mới hoặc cả hai. Phiên bản mới của thuốc đó 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 sẽ chỉ thực hiện những thay đổi ngay lập tức này nếu chúng tôi thêm vào phiên bản thuốc gốc mới của một loại thuốc chính hiệu hoặc thêm vào một số phiên bản thuốc tương tự sinh học mới của một sản phẩm sinh học gốc đã có trong Danh Sách Thuốc.
    - Chúng tôi có thể thực hiện những thay đổi này ngay lập tức và thông báo cho quý vị sau, ngay cả khi quý vị dùng loại thuốc mà chúng tôi loại bỏ hoặc thay đổi. Nếu quý vị dùng loại thuốc tương tự tại thời điểm chúng tôi thực hiện thay đổi, chúng tôi sẽ cho quý vị biết thay đổi cụ thể mà chúng tôi đã thực hiện.
- **Thêm thuốc vào Danh Sách Thuốc và loại bỏ hoặc thay đổi loại thuốc tương tự trong Danh Sách Thuốc.**
    - Khi thêm phiên bản khác của một loại thuốc vào Danh Sách Thuốc, chúng tôi có thể loại bỏ loại thuốc tương tự ra khỏi Danh Sách Thuốc, chuyển loại thuốc tương tự đó sang bậc chia sẻ chi phí khác, thêm các hạn chế mới hoặc cả hai. Phiên bản chúng tôi thêm vào của thuốc

đó 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 sẽ chỉ thực hiện những thay đổi này nếu chúng tôi thêm vào phiên bản thuốc gốc mới của một loại thuốc chính hiệu hoặc thêm vào một số phiên bản thuốc tương tự sinh học mới của một sản phẩm sinh học gốc đã có trong Danh Sách Thuốc.
- Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị ít nhất 30 ngày trước khi thực hiện thay đổi hoặc thông báo cho quý vị về việc thay đổi và bao trả cho 30 ngày dùng phiên bản thuốc quý vị đang dùng.

- **Loại bỏ thuốc không an toàn và các loại thuốc khác trong Danh Sách Thuốc bị ngừng lưu hành 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. Trong trường hợp này, chúng tôi có thể ngay lập tức xóa thuốc đó khỏi Danh Sách Thuốc. Nếu quý vị đang dùng thuốc này, chúng tôi sẽ cho quý vị biết sau khi thực hiện thay đổi.
- **Thực hiện 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 dựa trên các cảnh báo hộp đen của FDA hoặc các hướng dẫn lâm sàng mới được Medicare công nhận.
  - Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị ít nhất 30 ngày trước khi thực hiện những thay đổi này hoặc thông báo cho quý vị về việc thay đổi và bao trả cho thêm lượng đủ dùng trong 30 ngày của phiên bản thuốc quý vị sử dụng.

Nếu chúng tôi thực hiện thay đổi đối với bất kỳ loại thuốc nào quý vị sử dụng, hãy trao đổi với người kê toa về các lựa chọn phù hợp nhất dành cho quý vị, bao gồm đổi sang loại thuốc khác để trị bệnh hoặc yêu cầu quyết định bao trả để đáp ứng mọi hạn chế mới đối với loại thuốc quý vị đang dùng. Quý vị hoặc người kê toa có thể yêu cầu chúng tôi chấp nhận ngoại lệ để tiếp tục bao trả cho loại thuốc hoặc phiên bản thuốc quý vị đang dùng. Để biết thêm thông tin về cách yêu cầu quyết định bao trả, kể cả ngoại lệ, đi đến 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 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 hiện tại của chương trình bao gồm:

- Chúng tôi chuyển thuốc của quý vị sang một bậc chia sẻ chi phí cao hơn.
- Chúng tôi đưa ra giới hạn mới đối với cách sử dụng thuốc của quý vị.

- Chúng tôi xóa 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 sử dụng (ngoại trừ trường hợp thu hồi khỏi thị trường, thuốc gốc thay thế thuốc chính hiệu hoặc thay đổi khác được nêu trong phần trên), 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.

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

PHẦN 7 Những loại thuốc không được chúng tôi bao trả

Một số 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 Phần D, chúng tôi sẽ thanh toán hoặc bao trả cho thuốc đó. (Để biết thông tin về cách kháng cáo quyết định, hãy xem Chương 9.) Nếu loại thuốc không thuộc danh mục chi trả của chương trình chúng tôi cũng không được California Medi-Cal (Medicaid) chi trả, quý vị phải tự thanh toán cho loại thuốc đó (ngoại trừ một số thuốc ngoài danh mục được bao trả theo quyền lợi bảo hiểm thuốc mở rộng của chúng tôi).

Dưới đây là 3 quy tắc chung về các loại thuốc mà các chương trình bảo hiểm thuốc Medicare sẽ không bao trả theo Phần D:

- Bảo hiểm thuốc Phần D của chương trình chúng tôi không thể bao trả cho loại thuốc sẽ được bao trả theo Medicare Part A hoặc Part B.
- Chương trình của chúng tôi không thể bao trả cho thuốc được mua bên ngoài Hoa Kỳ hoặc các lãnh thổ của Hoa Kỳ.
- Chương trình của chúng tôi không thể bao trả cho thuốc sử dụng *ngoài chỉ định* khi việc sử dụng được ủng hộ theo một số tài liệu tham khảo nhất định, chẳng hạn như American Hospital Formulary Service Drug Information và Hệ Thống Thông Tin Micromedex DRUGDEX. Sử dụng *ngoài chỉ định* có nghĩa là sử dụng thuốc theo bất kỳ cách nào khác ngoài các chỉ định ghi trên nhãn thuốc được FDA phê duyệt.

Ngoài ra, theo luật, Medicare hoặc Medicaid không bao trả cho các nhóm thuốc liệt kê dưới đây. Tuy nhiên, một số loại thuốc này có thể được bao trả cho quý vị theo bảo hiểm thuốc California Medi-Cal (Medicaid) của quý vị. Vui lòng liên hệ với California Medi-Cal (Medicaid) để quyết định phạm vi bảo hiểm thuốc nào có thể dành cho quý vị. (Quý vị có thể tìm các số điện thoại và thông tin liên hệ của California Medi-Cal (Medicaid) ở Chương 2, Phần 6.)

- 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 nhận **Trợ Giúp Bổ Sung từ Medicare** để trả chi phí cho thuốc theo toa, Trợ Giúp Bổ Sung sẽ không chi trả cho các loại thuốc bình thường không được bao trả. (Tham khảo Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi hoặc gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711) để biết thêm thông tin.) 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 mà bình thường không được chương trình thuốc Medicare bao trả. 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 cho quý vị. (Tìm số điện thoại và thông tin liên hệ của Medicaid ở Chương 2, Phần 6.)

PHẦN 8 Cách để lấy thuốc theo toa

Để lấy thuốc theo toa, hãy cung cấp thông tin thành viên chương trình của chúng tôi (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 tính hóa đơn cho chương trình của chúng tôi phần chia sẻ chi phí của chúng tôi đối với thuốc của quý vị. Quý vị sẽ cần thanh toán phần chia sẻ chi phí *của quý vị* khi lấy thuốc theo toa.

Nếu quý vị không mang theo thông tin thành viên chương trình của chúng tôi bên mình, quý vị hoặc nhà thuốc có thể gọi cho chương trình để lấy thông tin hoặc quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc tra cứu thông tin ghi danh chương trình của chúng tôi.

Nếu nhà thuốc không nhận được thông tin cần thiết**, quý vị có thể sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí cho toa thuốc khi nhận thuốc**. Sau đó quý vị có thể **yêu cầu chúng tôi hoàn trả** phần chi phí của chúng tôi. Đến Chương 7, Phần 2 để biết thông tin về cách yêu cầu chương trình của chúng tôi bồi hoàn.

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

Phần 9.1 Nằm điều trị tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn được chương trình của chúng tôi bao trả

Nếu quý vị được nhập viện hoặc vào một cơ sở điều dưỡng chuyên môn và chương trình của chúng tôi bao trả cho lần nhập viện đó, thường chúng tôi sẽ bao trả cho chi phí thuốc theo toa trong thời gian quý vị nằm viện. Sau khi quý vị được xuất viện hoặc ra khỏi cơ sở điều dưỡng chuyên môn đó, chương trình

của chúng tôi 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 mô tả trong chương này.

Phần 9.2 Quý vị đang sống ở cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC)

Các cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC) (chẳng hạn 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, 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 của chúng tôi.

Kiểm tra *Danh Mục Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc* go.wellcare.com/2027providerdirectories 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 hay không. Nếu nhà thuốc không nằm trong mạng lưới hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin hoặc trợ giúp, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711). Nếu quý vị đang ở trong một cơ sở LTC, chúng tôi phải bảo đảm quý vị thường xuyên nhận được những phúc lợi Phần D của quý vị qua mạng lưới các nhà thuốc LTC của chúng tôi.

Nếu quý vị đang sống trong một cơ sở LTC và cần loại thuốc không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi hoặc bị một số giới hạn, hãy đến Phần 5 để biết thông tin về cách nhận lượng cấp tạm thời hoặc cấp cứu.

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

Nếu quý vị có bảo hiểm thuốc khác qua chủ lao động hoặc nhóm hưu trí của quý vị (hoặc của vợ/chồng hay bạn đời của quý vị), hãy liên hệ với **nhân viên quản trị phúc lợi của nhóm đó**. Họ có thể giúp quý vị hiểu rõ chương trình bảo hiểm thuốc hiện tại của quý vị sẽ phối hợp với chương trình của chúng tôi 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 quý vị biết bảo hiểm thuốc của quý vị trong năm dương lịch tiếp theo có được coi là có uy tín hay không.

Nếu bảo hiểm của chương trình nhóm được xếp loại là có uy tín thì có nghĩa là chương trình của quý vị 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.

Lưu giữ mọi thông báo về bảo hiểm có uy tín vì sau này quý vị có thể cần những thông báo này để chứng minh 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

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 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

Chúng tôi sẽ kiểm tra việc sử dụng thuốc để giúp đảm bảo thành viên của chúng tôi 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
- Thuốc có thể không cần thiết vì quý vị 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 sử dụng
- 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, chúng tôi sẽ làm việc với nhà cung cấp dịch vụ y tế cho quý vị để giải quyết vấn đề đó.

Phần 10.1 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 người kê toa hoặc nhà thuốc, hoặc nếu quý vị mới sử dụng quá liều thuốc opioid, chúng tôi có thể nói chuyện với người kê toa 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 người kê toa của quý vị, nếu chúng tôi xét thấy việc quý vị sử dụng thuốc opioid hoặc benzodiazepine theo toa là không an toàn, chúng tôi có thể giới hạn cách quý vị có thể mua những loại thuốc đó. 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 người kê toa 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 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 giới hạn bảo hiểm của những thuốc này hay liệu quý vị sẽ phải lấy toa thuốc cho những thuốc này từ một người kê toa hoặc nhà thuốc cụ thể. Quý vị sẽ có cơ hội cho chúng tôi biết người kê toa 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. Đến Chương 9 để biết thông tin 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 hoặc bệnh hồng cầu lưỡi liềm, quý vị đang được chăm sóc cuối đời, chăm sóc giảm nhẹ hoặc chăm sóc bệnh giai đoạn cuối hoặc sống ở cơ sở chăm sóc dài hạn.

Phần 10.2 Chương trình Quản Lý Liệu Pháp Dược Phẩm (MTM) để giúp thành viên quản lý thuốc

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 Liệu Pháp Dược Phẩm (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 mắc vài bệnh mạn tính và dùng thuốc vượt quá một số tiền cụ thể cho chi phí thuốc hoặc đang tham gia chương trình DMP để giúp họ sử dụng opioid 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 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. 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, hãy thông báo để chúng tôi có thể hủy ghi danh quý vị. Nếu có thắc mắc về chương trình này, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711).

CHƯƠNG 6:
Số tiền quý vị thanh toán cho thuốc Phần D

PHẦN 1 Số tiền quý vị thanh toán cho thuốc Phần D

Trong chương này, chúng tôi sử dụng từ "thuốc" để chỉ thuốc theo toa Phần D. Không phải tất cả các loại thuốc đều là thuốc Phần D. Một số loại thuốc được loại trừ ra khỏi bảo hiểm Phần D theo luật. Một số thuốc bị loại trừ khỏi bảo hiểm Phần D được bao trả theo Medicare Part A hoặc Part B hoặc theo Medicaid. Ngoài ra, một số loại thuốc bị loại trừ có thể được chương trình của chúng tôi bao trả nếu quý vị có mua bảo hiểm thuốc bổ sung.

Để hiểu rõ thông tin về việc chi trả, quý vị cần biết các loại thuốc được bao trả, nơi lấy thuốc theo toa và các quy định cần tuân theo khi lấy thuốc được bao trả. Chương 5 trình bày các quy định này. Khi quý vị sử dụng "Công Cụ Phúc Lợi theo Thời Gian Thực" của chương trình chúng tôi để tra cứu bảo hiểm thuốc go.wellcare.com/HealthNetCA, chi phí quý vị nhìn thấy thể hiện mức ước tính chi phí tự trả mà quý vị dự kiến phải trả. Quý vị cũng có thể nhận được thông tin được cung cấp trong "Công Cụ Phúc Lợi theo Thời Gian Thực" bằng cách gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711).

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

Vì quý vị đủ điều kiện tham gia California Medi-Cal (Medicaid), quý vị đủ điều kiện và đang nhận Trợ Giúp Bổ Sung từ Medicare để thanh toán cho các chi phí thuộc chương trình thuốc theo toa của quý vị. Vì quý vị có Trợ Giúp Bổ Sung, **một số thông tin trong** *Chứng Thực Bảo Hiểm* **này về chi phí cho thuốc theo toa Phần D có thể không áp dụng với quý vị.** Chúng tôi đã gửi cho quý vị một tờ rơi riêng gọi là *Phụ Lục Chứng Thực Bảo Hiểm cho Người Nhận Trợ Giúp Bổ Sung cho Thuốc Theo Toa* (còn được gọi là *Phụ Lục về Trợ Cấp Cho Người Có Thu Nhập Thấp* hay *Điều Khoản Riêng LIS*), cho quý vị biết về bảo hiểm thuốc của mình. Nếu quý vị không có phụ lục đính kèm này, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711) và yêu cầu *Điều Khoản Riêng LIS*.

Phần 1.1 Các loại chi phí tự trả mà quý vị có thể phải thanh toán khi lấy thuốc được bao trả

Có 3 loại chi phí tự trả khác nhau đối với thuốc Phần D được bao trả mà quý vị có thể được yêu cầu thanh toán:

- **Tiền khấu trừ** là số tiền quý vị thanh toán cho thuốc trước khi chương trình của chúng tôi bắt đầu thanh toán phần chia sẻ của mình.
- **Đồng thanh toán** là số tiền cố định quý vị thanh toán mỗi lần lấy thuốc theo toa.
- **Đồng bảo hiểm** là phần trăm trong tổng chi phí quý vị thanh toán mỗi lần lấy thuốc theo toa.

Phần 1.2 Cách Medicare tính chi phí tự trả của quý vị

Medicare có các quy định về việc những khoản nào được tính và không được tính vào chi phí tự trả của quý vị. Sau đây là các quy định chúng tôi phải tuân theo để theo dõi chi phí tự trả của quý vị.

Những khoản trả dưới đây <u>được tính vào</u> chi phí tự trả của quý vị

Chi phí tự trả của quý vị **bao gồm** các khoản thanh toán được liệt kê dưới đây (miễn là các khoản thanh toán này dành cho thuốc Phần D được bao trả và quý vị tuân thủ các quy định về bảo hiểm thuốc trình bày trong Chương 5):

- Số tiền quý vị tự trả để mua thuốc khi ở trong các giai đoạn thanh toán tiền thuốc sau đây:
  - Giai Đoạn Khấu Trừ
  - Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu
- Bất cứ số tiền nào quý vị đã trả trong năm dương lịch này với tư cách là thành viên của chương trình bảo hiểm thuốc Medicare khác trước khi quý vị ghi danh vào chương trình của chúng tôi
- Bất cứ số tiền nào gia đình hoặc bạn bè đã thanh toán cho thuốc của quý vị
- Bất cứ số tiền nào Trợ Giúp Bổ Sung đã thanh toán cho thuốc của quý vị từ chương trình sức khỏe của Medicare, chủ lao động hoặc công đoàn, Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Người Mỹ Bản Xứ, chương trình hỗ trợ thuốc AIDS và hầu hết các tổ chức từ thiện

Khi chuyển sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương:

Khi quý vị (hoặc những người trả tiền cho quý vị) đã chi tổng cộng $2,400 chi phí tự trả trong một năm dương lịch, quý vị sẽ chuyển từ Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương.

Những khoản trả dưới đây <u>không được tính vào</u> chi phí tự trả của quý vị

Chi phí tự trả của quý vị **không bao gồm** bất kỳ khoản thanh toán nào thuộc các loại sau đây:

- Thuốc quý vị mua từ bên ngoài Hoa Kỳ và các lãnh thổ của Hoa Kỳ
- Thuốc không được bao trả theo chương trình của chúng tôi
- Thuốc quý vị mua từ nhà thuốc ngoài mạng lưới không đáp ứng các yêu cầu của chương trình chúng tôi về việc bao trả cho thuốc được mua từ ngoài mạng lưới
- Thuốc chỉ được Medicaid bao trả
- Thuốc theo toa được Phần A hoặc Phần B bao trả

- Những khoản quý vị trả cho thuốc được bao trả theo bảo hiểm bổ sung của chúng tôi nhưng thường không được Chương Trình Bảo Hiểm Thuốc Medicare bao trả
- Các khoản thanh toán thuốc mà Chương Trình Thuốc Medicare thường không bao trả
- Các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị từ một số chương trình bảo hiểm và chương trình chăm sóc sức khỏe được chính phủ tài trợ nhất định như TRICARE và Cơ Quan Quản Lý Y Tế Cựu Chiến Binh (VA)
- Các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị từ một bên thứ ba có nghĩa vụ pháp lý phải thanh toán chi phí thuốc theo toa (ví dụ như Bồi Thường Lao Động)
- Các khoản thanh toán được thực hiện bởi nhà sản xuất thuốc theo Chương Trình Giảm Giá của Nhà Sản Xuất

Nhắc nhở: Nếu bất kỳ tổ chức nào khác giống như các tổ chức được liệt kê ở trên thanh toán một phần hoặc tất cả chi phí tự trả của quý vị đối với thuốc, quý vị phải cho chúng tôi biết bằng cách gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711).

Theo dõi tổng chi phí tự trả của quý vị

- *Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm Phần D* (EOB) mà quý vị nhận được bao gồm tổng chi phí tự trả hiện tại của quý vị. Khi số tiền này đạt đến mức $2,400, *EOB Phần D* sẽ cho quý vị biết quý vị đã ra khỏi Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu và chuyển sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương.
- **Hãy đảm bảo chúng tôi nhận được thông tin cần thiết.** Đến Phần 3.1 để biết những gì quý vị có thể làm để giúp đảm bảo hồ sơ của chúng tôi về số tiền chi tiêu của quý vị là đầy đủ và cập nhật.

PHẦN 2 Các giai đoạn thanh toán tiền thuốc đối với thành viên chương trình của chúng tôi

Có **3 giai đoạn thanh toán tiền thuốc** cho bảo hiểm thuốc theo chương trình của chúng tôi. Số tiền quý vị phải trả cho mỗi toa thuốc phụ thuộc vào việc quý vị đang ở giai đoạn nào khi quý vị mua hoặc mua thêm thuốc theo toa. Thông tin chi tiết về từng giai đoạn được trình bày trong chương này. Các giai đoạn là:

- **Giai đoạn 1: Giai Đoạn Khấu Trừ Hàng Năm**
- **Giai đoạn 2: Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu**
- **Giai đoạn 3 Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương**

PHẦN 3 *Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm Phần D* giải thích quý vị đang ở giai đoạn thanh toán nào

Chương trình của chúng tôi theo dõi chi phí thuốc theo toa của quý vị và các khoản thanh toán quý vị thực hiện khi lấy 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 thanh toán tiền thuốc sang giai đoạn thanh toán tiền thuốc tiếp theo. Chúng tôi theo dõi 2 loại chi phí:

- **Chi Phí Tự Trả:** đây là số tiền quý vị đã thanh toán. Khoản này bao gồm số tiền quý vị đã chi trả khi mua thuốc Phần D được bao trả, mọi khoản thanh toán cho thuốc của quý vị do gia đình hoặc bạn bè thực hiện và mọi khoản thanh toán cho thuốc của quý vị thông qua Trợ Giúp Bổ Sung từ Medicare, chương trình sức khỏe của chủ lao động hoặc công đoàn, Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Người Mỹ Bản Xứ, chương trình hỗ trợ thuốc AIDS, tổ chức từ thiện và hầu hết các Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Tiểu Bang (SPAP).

- **Tổng Chi Phí Thuốc:** đây là tổng tất cả số tiền đã được thanh toán cho các loại thuốc Phần D được bao trả của quý vị. Khoản này bao gồm cả số tiền chương trình của chúng tôi đã chi trả, số tiền quý vị trả và số tiền các chương trình hoặc tổ chức khác đã chi trả cho các loại thuốc Phần D được bao trả của quý vị.

Nếu quý vị đã lấy một hoặc nhiều toa thuốc thông qua chương trình của chúng tôi trong tháng trước, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một *EOB Phần D*. *EOB Phần D* bao gồm:

- **Thông tin cho tháng đó.** Báo cáo này 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, số tiền chương trình của chúng tôi đã thanh toán và số tiền quý vị và các bên khác đại diện cho quý vị đã thanh toán.

- **Tổng số tiền thanh toán kể từ ngày 1 tháng 1.** 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 giá thuốc.** Thông tin này thể hiện tổng giá thuốc và thông tin về những thay đổi trong 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.** Phần này trình bày thông tin về các loại thuốc khác hiện có với mức chia sẻ chi phí thấp hơn cho mỗi yêu cầu bảo hiểm thuốc theo toa, nếu có

Phần 3.1 Giúp chúng tôi cập nhật thông tin về số tiền quý vị trả cho thuốc

Để theo dõi tổng chi phí thuốc của quý vị và số tiền quý vị tự trả khi mua thuốc, chúng tôi căn cứ vào các hồ sơ nhận được từ nhà thuốc. Quý vị có thể giúp chúng tôi đảm bảo thông tin này được chính xác và cập nhật bằng cách:

- **Trình thẻ thành viên của quý vị mỗi khi quý vị mua thuốc theo toa.** Điều này giúp chúng tôi đảm bảo rằng chúng tôi biết về toa thuốc quý vị mua và số tiền quý vị thanh toán.

- **Hãy đảm bảo chúng tôi nhận được 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. **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 cung cấp theo chương trình hỗ trợ bệnh nhân của nhà sản xuất thuốc.
    - Bất cứ khi nào quý vị mua thuốc được bao trả tại nhà thuốc ngoài mạng lưới hoặc thanh toán nguyên giá cho thuốc được bao trả trong một số trường hợp đặc biệt.
    - Nếu quý vị nhận được hóa đơn tính tiền cho một loại thuốc được bao trả, quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi chi trả phần chia sẻ chi phí của mình. Để biết cách yêu cầu điều này, hãy xem Chương 7, Phần 2.
- **Gửi cho chúng tôi thông tin về các khoản thanh toán mà người khác thanh toán cho quý vị.** Các khoản thanh toán được thực hiện bởi một số người và tổ chức khác cũng được tính vào chi phí tự trả của quý vị. Ví dụ: các khoản thanh toán do chương trình hỗ trợ thuốc AIDS (ADAP), Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Người Mỹ Bản Xứ và các tổ chức từ thiện thực hiện 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 Phần D*, hãy đọc kỹ để chắc chắn rằng thông tin trong đó là đầy đủ và chính xác. Nếu quý vị cho rằng có thông tin bị thiếu hoặc có thắc mắc, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711). **Thay vì nhận một bản *Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm Phần D (EOB Phần D)* qua thư, giờ đây, quý vị có lựa chọn nhận bản điện tử.** 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 email khi có *eEOB Phần D* sẵn sàng để quý vị xem, in hoặc tải xuống. Các bản *EOB Phần D* điện tử còn được gọi là các *EOB Phần D* không dùng giấy. Đây là các bản (hình ảnh) chính xác của bản in *EOB Phần D*. Hãy đảm bảo lưu giữ các bản báo cáo này.

PHẦN 4 Giai Đoạn Khấu Trừ

Bởi vì hầu hết thành viên của chúng tôi nhận Trợ Giúp Bổ Sung cho chi phí thuốc theo toa của họ, Giai Đoạn Khấu Trừ không áp dụng cho hầu hết thành viên. Nếu quý vị nhận Trợ Giúp Bổ Sung, giai đoạn thanh toán này không áp dụng cho quý vị.

Xem phụ lục đính kèm (*Điều Khoản Riêng LIS*) để biết thông tin về số tiền khấu trừ của quý vị.

Nếu quý vị không nhận Trợ Giúp Bổ Sung, Giai Đoạn Khấu Trừ là giai đoạn thanh toán đầu tiên cho bảo hiểm thuốc của quý vị. Tiền khấu trừ không áp dụng cho các sản phẩm insulin được bao trả và hầu hết

các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn, bao gồm cả vắc-xin phòng bệnh zona, uốn ván và vắc-xin trước khi đi du lịch. Quý vị sẽ phải trả khoản tiền khấu trừ hàng năm là $700 cho các loại thuốc Bậc 3 (Thuốc Không Được Ưu Tiên) và Bậc 5 (Thuốc Bậc Đặc Trị).

Quý vị phải trả toàn bộ chi phí cho các loại thuốc Bậc 3 (Thuốc Không Ưu Tiên) và Bậc 5 (Thuốc Bậc Đặc Trị) của mình cho đến khi quý vị đạt đến khoản khấu trừ của chương trình chúng tôi. Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị sẽ không phải trả bất kỳ khoản khấu trừ nào. **Toàn bộ chi phí** thường thấp hơn mức nguyên giá thông thường của thuốc vì chương trình của chúng tôi đã thương lượng được chi phí thấp hơn cho hầu hết các loại thuốc tại nhà thuốc trong mạng lưới. Toàn bộ chi phí không thể vượt quá mức giá hợp lý tối đa cộng với phí cấp bán thuốc đối với thuốc có giá đã được thương lượng theo Chương Trình Thương Lượng Giá Thuốc Medicare.

Sau khi quý vị trả $700 cho các loại thuốc Bậc 3 (Thuốc Không Được Ưu Tiên) và Bậc 5 (Thuốc Bậc Đặc Trị), quý vị sẽ rời Giai Đoạn Khấu Trừ và chuyển sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu.

PHẦN 5 Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu

Phần 5.1 Số tiền quý vị phải trả cho thuốc phụ thuộc vào loại thuốc và nơi lấy thuốc theo toa

Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu, chương trình của chúng tôi chi trả phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho thuốc được bao trả và quý vị trả phần chia sẻ của quý vị (khoản đồng thanh toán *hoặc* đồng bảo hiểm của quý vị). Phần chia sẻ chi phí của quý vị có thể thay đổi tùy theo loại thuốc và nơi quý vị lấy thuốc theo toa.

Chương trình của chúng tôi có sáu bậc chia sẻ chi phí

Mọi loại thuốc có trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi đều thuộc một trong sáu bậc chia sẻ chi phí. Nhìn chung, bậc chia sẻ chi phí càng cao thì chi phí quý vị phải trả cho thuốc càng nhiều:

- Bậc 1 (Thuốc Gốc) bao gồm các loại thuốc gốc ưu tiên và có thể bao gồm một số thuốc chính hiệu.
- Bậc 2 (Thuốc Chính Hiệu Ưu Tiên) bao gồm các loại thuốc chính hiệu ưu tiên và có thể bao gồm một số thuốc gốc. Quý vị sẽ không chi trả số tiền nhiều hơn $35 cho mỗi lượng thuốc đủ dùng trong một tháng của mỗi sản phẩm insulin được bao trả ở bậc này.
- Bậc 3 (Thuốc Không Được Ưu Tiên) bao gồm các loại thuốc chính hiệu và thuốc gốc không được ưu tiên. Quý vị sẽ không chi trả số tiền nhiều hơn $35 cho mỗi lượng thuốc đủ dùng trong một tháng của mỗi sản phẩm insulin được bao trả ở bậc này.
- Bậc 4 (Thuốc Tiêm) bao gồm các loại thuốc chọn lọc được dùng bằng cách tiêm hoặc dùng để phòng ngừa bệnh tật (vắc-xin).
- Bậc 5 (Bậc Đặc Trị) bao gồm thuốc chính hiệu và thuốc gốc có chi phí cao. Các thuốc thuộc bậc này không đủ điều kiện cho các trường hợp ngoại lệ đối với thanh toán ở bậc thấp hơn. Đây là bậc chia sẻ chi phí cao nhất.

- Bậc 6 (Thuốc Chọn Lọc Dành Cho Dịch Vụ Chăm Sóc) bao gồm các loại thuốc gốc và/hoặc thuốc chính hiệu chọn lọc dùng để điều trị các bệnh lý cụ thể. Đây là bậc chia sẻ chi phí thấp nhất.

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

Các lựa chọn nhà thuốc

Số tiền quý vị phải trả cho một loại thuốc cũng phụ thuộc vào việc quý vị lấy thuốc từ:

- Một nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới.
- Nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới có chia sẻ chi phí ưu tiên. Chi phí có thể thấp hơn nếu quý vị mua thuốc tại nhà thuốc có chia sẻ chi phí ưu tiên.
- Một nhà thuốc không có trong mạng lưới của chương trình chúng tôi. Chúng tôi chỉ bao trả cho thuốc theo toa được mua tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới trong một số trường hợp hạn chế. Đến Chương 5, Phần 2.4 để biết được những trường hợp chúng tôi sẽ bao trả cho thuốc theo toa lấy tại nhà thuốc ngoài mạng lưới.
- Nhà thuốc đặt mua qua bưu điện của chương trình chúng tôi.

Để biết thêm thông tin về việc lựa chọn nhà thuốc và lấy thuốc theo toa, tham khảo Chương 5 và *Danh Mục Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc* go.wellcare.com/2027providerdirectories của chương trình chúng tôi.

Phần 5.2 Chi phí của quý vị khi mua thuốc được bao trả với lượng đủ dùng trong *một tháng*

Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu, phần chia sẻ chi phí thuốc được bao trả của quý vị chính là khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm.

Số tiền đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm phụ thuộc vào bậc chia sẻ chi phí.

Đôi khi chi phí của thuốc thấp hơn khoản đồng thanh toán của quý vị. Trong những trường hợp này, quý vị sẽ trả mức giá thấp hơn của thuốc thay vì khoản đồng thanh toán.

Chi phí của quý vị khi mua thuốc Phần D được bao trả với lượng đủ dùng trong *một tháng*

Bậc	Chia sẻ chi phí tiêu chuẩn trong mạng lưới cho dịch vụ bán lẻ (lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 30 ngày)	Chia sẻ chi phí ưu tiên trong mạng lưới cho dịch vụ bán lẻ (lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 30 ngày)	Chia sẻ chi phí tiêu chuẩn cho dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện (lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 34 ngày)	Chia sẻ chi phí ưu tiên cho dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện (lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 34 ngày)	Chia sẻ chi phí tại cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC) (lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 31 ngày)	Chia sẻ chi phí ngoài mạng lưới (Hạn chế bao trả trong các trường hợp nhất định; đến Chương 5 để biết chi tiết.) (lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 30 ngày)
Bậc Chia Sẻ Chi Phí 1 (Thuốc Gốc - bao gồm các loại thuốc gốc ưu tiên và có thể bao gồm một số thuốc chính hiệu.)	$15	$0	Toa thuốc đặt mua qua bưu điện trong một tháng (34 ngày trở xuống) không được bao trả.	Toa thuốc đặt mua qua bưu điện trong một tháng (34 ngày trở xuống) không được bao trả.	$15	$15
Bậc Chia Sẻ Chi Phí 2 (Thuốc Chính Hiệu Ưu Tiên - bao gồm các loại thuốc chính hiệu ưu tiên và có thể bao gồm một số thuốc gốc.)	25%	20%	Toa thuốc đặt mua qua bưu điện trong một tháng (34 ngày trở xuống) không được bao trả.	Toa thuốc đặt mua qua bưu điện trong một tháng (34 ngày trở xuống) không được bao trả.	25%	25%

Bậc	Chia sẻ chi phí tiêu chuẩn trong mạng lưới cho dịch vụ bán lẻ (lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 30 ngày)	Chia sẻ chi phí ưu tiên trong mạng lưới cho dịch vụ bán lẻ (lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 30 ngày)	Chia sẻ chi phí tiêu chuẩn cho dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện (lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 34 ngày)	Chia sẻ chi phí ưu tiên cho dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện (lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 34 ngày)	Chia sẻ chi phí tại cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC) (lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 31 ngày)	Chia sẻ chi phí ngoài mạng lưới (Hạn chế bao trả trong các trường hợp nhất định; đến Chương 5 để biết chi tiết.) (lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 30 ngày)
Bậc Chia Sẻ Chi Phí 3 (Thuốc Không Được Ưu Tiên - bao gồm các loại thuốc chính hiệu và thuốc gốc không được ưu tiên.)	41%	41%	Toa thuốc đặt mua qua bưu điện trong một tháng (34 ngày trở xuống) không được bao trả.	Toa thuốc đặt mua qua bưu điện trong một tháng (34 ngày trở xuống) không được bao trả.	41%	41%
Bậc Chia Sẻ Chi Phí 4 (Thuốc Tiêm - bao gồm các loại thuốc chọn lọc được dùng bằng cách tiêm hoặc dùng để phòng ngừa bệnh tật (vắc-xin).)	15%	0%	Toa thuốc đặt mua qua bưu điện trong một tháng (34 ngày trở xuống) không được bao trả.	Toa thuốc đặt mua qua bưu điện trong một tháng (34 ngày trở xuống) không được bao trả.	15%	15%

Bậc	Chia sẻ chi phí tiêu chuẩn trong mạng lưới cho dịch vụ bán lẻ (lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 30 ngày)	Chia sẻ chi phí ưu tiên trong mạng lưới cho dịch vụ bán lẻ (lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 30 ngày)	Chia sẻ chi phí tiêu chuẩn cho dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện (lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 34 ngày)	Chia sẻ chi phí ưu tiên cho dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện (lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 34 ngày)	Chia sẻ chi phí tại cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC) (lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 31 ngày)	Chia sẻ chi phí ngoài mạng lưới (Hạn chế bao trả trong các trường hợp nhất định; đến Chương 5 để biết chi tiết.) (lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 30 ngày)
Bậc Chia Sẻ Chi Phí 5 (Bậc Đặc Trị - bao gồm một số loại thuốc gốc và thuốc chính hiệu giá cao. Các thuốc thuộc bậc này không đủ điều kiện cho các trường hợp ngoại lệ đối với thanh toán ở bậc thấp hơn.)	25%	25%	Toa thuốc đặt mua qua bưu điện trong một tháng (34 ngày trở xuống) không được bao trả.	Toa thuốc đặt mua qua bưu điện trong một tháng (34 ngày trở xuống) không được bao trả.	25%	25%

Bậc	Chia sẻ chi phí tiêu chuẩn trong mạng lưới cho dịch vụ bán lẻ (lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 30 ngày)	Chia sẻ chi phí ưu tiên trong mạng lưới cho dịch vụ bán lẻ (lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 30 ngày)	Chia sẻ chi phí tiêu chuẩn cho dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện (lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 34 ngày)	Chia sẻ chi phí ưu tiên cho dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện (lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 34 ngày)	Chia sẻ chi phí tại cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC) (lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 31 ngày)	Chia sẻ chi phí ngoài mạng lưới (Hạn chế bao trả trong các trường hợp nhất định; đến Chương 5 để biết chi tiết.) (lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 30 ngày)
Bậc Chia Sẻ Chi Phí 6 (Thuốc Chọn Lọc Dành Cho Dịch Vụ Chăm Sóc - bao gồm các loại thuốc gốc và/hoặc thuốc chính hiệu chọn lọc dùng để điều trị các bệnh lý cụ thể.)	$0	$0	Toa thuốc đặt mua qua bưu điện trong một tháng (34 ngày trở xuống) không được bao trả.	Toa thuốc đặt mua qua bưu điện trong một tháng (34 ngày trở xuống) không được bao trả.	$0	$0

Quý vị sẽ không phải trả nhiều hơn $35 cho lượng cấp đủ dùng trong một tháng của mỗi sản phẩm insulin được bao trả bất kể bậc chia sẻ chi phí, ngay cả khi quý vị chưa trả phần tiền khấu trừ của mình.

Đến Phần 7 để biết thêm thông tin về chia sẻ chi phí cho vắc-xin Phần D.

Phần 5.3 Nếu bác sĩ của quý vị kê toa với lượng thuốc ít hơn lượng đủ dùng trong một tháng, quý vị sẽ không phải trả chi phí cho lượng dùng trong cả tháng

Thường thì số tiền quý vị trả cho thuốc là tiền trả cho lượng cấp đủ dùng cho cả một tháng. Có thể có những thời điểm quý vị hoặc bác sĩ của quý vị muốn quý vị nhận lượng thuốc ít hơn lượng đủ dùng trong một tháng (ví dụ như khi quý vị mới thử dùng thuốc lần đầu). Quý vị cũng có thể yêu cầu bác sĩ kê toa và dược sĩ phát thuốc ít hơn lượng thuốc đủ dùng trong cả một tháng nếu việc này sẽ giúp quý vị lập kế hoạch mua thêm thuốc tốt hơn.

Nếu quý vị nhận một số loại thuốc ít hơn lượng thuốc đủ dùng trong cả một tháng, quý vị sẽ không phải trả tiền cho lượng thuốc đủ dùng trong cả một tháng.

- Nếu quý vị chịu trách nhiệm cho khoản đồng bảo hiểm, quý vị phải thanh toán theo *tỷ lệ phần trăm* trong tổng chi phí thuốc. Vì khoản đồng bảo hiểm được dựa trên tổng chi phí của thuốc, chi phí của quý vị sẽ thấp hơn vì tổng chi phí của thuốc sẽ thấp hơn.
- Nếu quý vị chịu trách nhiệm cho khoản đồng thanh toán thuốc, quý vị chỉ phải trả cho số ngày dùng thuốc quý vị nhận thay vì cả tháng. Chúng tôi sẽ tính toán số tiền quý vị phải trả cho mỗi ngày nhận thuốc (mức chia sẻ chi phí hàng ngày) và nhân số tiền đó với số ngày dùng thuốc mà quý vị nhận được.

Phần 5.4 Chi phí của quý vị khi mua thuốc Phần D được bao trả với lượng thuốc dùng *lâu dài* (61-100 ngày)

Đối với một số loại thuốc, quý vị có thể mua lượng thuốc dùng lâu dài (còn gọi là lượng thuốc dùng kéo dài). Lượng thuốc dùng lâu dài là lượng thuốc đủ dùng trong 61-100 ngày.

Chi phí của quý vị khi mua thuốc Phần D được bao trả với lượng thuốc dùng *lâu dài* (61-100 ngày)

Bậc	**Chia sẻ chi phí của nhà thuốc bán lẻ tiêu chuẩn (trong mạng lưới)** (lượng thuốc dùng trong 61-100 ngày)	**Chia sẻ chi phí của nhà thuốc bán lẻ ưu tiên (trong mạng lưới)** (lượng thuốc dùng trong 61-100 ngày)	**Chia sẻ chi phí tiêu chuẩn cho dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện** (lượng thuốc dùng trong 61-100 ngày)	**Chia sẻ chi phí ưu tiên cho dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện** (lượng thuốc dùng trong 61-100 ngày)
Bậc Chia Sẻ Chi Phí 1 (Thuốc Gốc - bao gồm các loại thuốc gốc ưu tiên và có thể bao gồm một số thuốc chính hiệu.)	$45	$0	$45	$0

Bậc	**Chia sẻ chi phí của nhà thuốc bán lẻ tiêu chuẩn (trong mạng lưới)** (lượng thuốc dùng trong 61-100 ngày)	**Chia sẻ chi phí của nhà thuốc bán lẻ ưu tiên (trong mạng lưới)** (lượng thuốc dùng trong 61-100 ngày)	**Chia sẻ chi phí tiêu chuẩn cho dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện** (lượng thuốc dùng trong 61-100 ngày)	**Chia sẻ chi phí ưu tiên cho dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện** (lượng thuốc dùng trong 61-100 ngày)
Bậc Chia Sẻ Chi Phí 2 (Thuốc Chính Hiệu Ưu Tiên - bao gồm các loại thuốc chính hiệu ưu tiên và có thể bao gồm một số thuốc gốc.)	25%	20%	25%	20%
Bậc Chia Sẻ Chi Phí 3 (Thuốc Không Được Ưu Tiên - bao gồm các loại thuốc chính hiệu và thuốc gốc không được ưu tiên.)	41%	41%	41%	41%
Bậc Chia Sẻ Chi Phí 4 (Thuốc Tiêm - bao gồm các loại thuốc chọn lọc được dùng bằng cách tiêm hoặc dùng để phòng ngừa bệnh tật (vắc-xin).)	15%	0%	15%	0%

Bậc	**Chia sẻ chi phí của nhà thuốc bán lẻ tiêu chuẩn (trong mạng lưới)** (lượng thuốc dùng trong 61-100 ngày)	**Chia sẻ chi phí của nhà thuốc bán lẻ ưu tiên (trong mạng lưới)** (lượng thuốc dùng trong 61-100 ngày)	**Chia sẻ chi phí tiêu chuẩn cho dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện** (lượng thuốc dùng trong 61-100 ngày)	**Chia sẻ chi phí ưu tiên cho dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện** (lượng thuốc dùng trong 61-100 ngày)
Bậc Chia Sẻ Chi Phí 5 (Bậc Đặc Trị - bao gồm một số loại thuốc gốc và thuốc chính hiệu giá cao. Các thuốc thuộc bậc này không đủ điều kiện cho các trường hợp ngoại lệ đối với thanh toán ở bậc thấp hơn.)	**Các loại thuốc trong Bậc 5 không được mua với lượng dùng lâu dài.**			
Bậc Chia Sẻ Chi Phí 6 (Thuốc Chọn Lọc Dành Cho Dịch Vụ Chăm Sóc - bao gồm các loại thuốc gốc và/hoặc thuốc chính hiệu chọn lọc dùng để điều trị các bệnh lý cụ thể.)	$0	$0	$0	$0

Quý vị sẽ không phải trả nhiều hơn $70 cho lượng cấp đủ dùng trong tối đa 2 tháng hoặc $105 cho lượng cấp đủ dùng trong tối đa 3 tháng của mỗi sản phẩm insulin được bao trả bất kể bậc chia sẻ chi phí, ngay cả khi quý vị chưa trả phần tiền khấu trừ của mình.

Phần 5.5 Quý vị ở trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu cho tới khi chi phí tự trả trong năm của quý vị đạt mức $2,400

Quý vị ở trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu cho tới khi tổng chi phí tự trả của quý vị đạt mức $2,400. Sau đó, quý vị chuyển sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương.

Chúng tôi bao trả bổ sung cho một số loại thuốc theo toa thường không được bao trả trong một chương trình bảo hiểm thuốc Medicare. Số tiền đã trả cho những loại thuốc này không được tính vào tổng chi phí tự trả của quý vị.

EOB Phần D mà quý vị nhận được sẽ giúp quý vị theo dõi số tiền quý vị, chương trình của chúng tôi và bên thứ ba bất kỳ đã chi tiêu thay cho quý vị trong năm. Không phải tất cả thành viên đều đạt đến mức giới hạn tự trả $2,400 trong một năm.

Chúng tôi sẽ báo cho quý vị biết nếu quý vị đạt đến mức này. Đến Phần 1.2 để biết thêm thông tin về cách Medicare tính chi phí tự trả của quý vị.

PHẦN 6 Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương

Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương, quý vị không phải trả bất kỳ khoản nào cho thuốc Phần D được bao trả. Quý vị bước vào Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương khi chi phí tự trả của quý vị đạt đến mức giới hạn $2,400 cho năm dương lịch. Khi quý vị chuyển sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương, quý vị sẽ tiếp tục ở trong giai đoạn này cho đến cuối năm dương lịch.

- Trong giai đoạn thanh toán này, quý vị không phải thanh toán cho các loại thuốc Phần D được bao trả và các loại thuốc bị loại trừ được bao trả theo phúc lợi nâng cao của chúng tôi.

PHẦN 7 Số tiền quý vị thanh toán cho vắc-xin Phần D

Thông báo quan trọng về số tiền quý vị trả cho vắc-xin - Một số vắc-xin được coi là phúc lợi y tế và được bao trả theo Phần B. Các vắc-xin khác được coi là thuốc Phần D. Quý vị có thể tìm thấy các loại vắc-xin này được nêu trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi. Chương trình của chúng tôi bao trả miễn phí cho hầu hết vắc-xin Phần D dành cho người lớn ngay cả khi quý vị chưa trả phần tiền khấu trừ của mình. Tham khảo Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi hoặc gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711) để biết chi tiết về phạm vi bảo hiểm và chia sẻ chi phí đối với vắc-xin cụ thể.

Chúng tôi chia bảo hiểm vắc-xin Phần D thành 2 phần:

- Phần thứ nhất là chi phí của **chính vắc-xin**.
- Phần thứ hai là cho chi phí **tiêm vắc-xin cho quý vị**. (Đôi khi việc này được gọi là cho dùng vắc-xin.)

Chi phí cho vắc-xin Phần D của quý vị phụ thuộc vào 3 yếu tố:

1. **Vắc-xin có được khuyến nghị dùng cho người lớn bởi tổ chức gọi là Ủy Ban Cố Vấn Về Thực Hành Tiêm Chủng (ACIP) hay không.**
   - Hầu hết vắc-xin Phần D dành cho người lớn được ACIP khuyến nghị và không tốn kém gì.

2. **Nơi quý vị nhận vắc-xin.**
   - Vắc-xin có thể do nhà thuốc cấp phát hoặc phòng khám của bác sĩ cung cấp.

3. **Ai là người chủng ngừa cho quý vị.**
   - Một dược sĩ hoặc một nhà cung cấp khác có thể cung cấp vắc-xin tại nhà thuốc. Hoặc, nhà cung cấp có thể cung cấp vắc-xin tại phòng khám của bác sĩ.

Số tiền quý vị phải trả tại thời điểm nhận vắc-xin Phần D có thể khác nhau, tùy theo từng trường hợp và **giai đoạn thanh toán tiền thuốc** của quý vị.

- Khi nhận vắc-xin, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho cả vắc-xin và chi phí cho nhà cung cấp cung cấp vắc-xin cho quý vị. Quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Đối với hầu hết vắc-xin Phần D dành cho người lớn, điều này có nghĩa là quý vị sẽ được hoàn trả toàn bộ chi phí quý vị đã thanh toán.

- Trong các trường hợp khác, khi quý vị nhận vắc-xin, quý vị chỉ phải trả phần chia sẻ chi phí theo phúc lợi Phần D của quý vị. Đối với hầu hết vắc-xin Phần D dành cho người lớn, quý vị sẽ được miễn phí.

Dưới đây là 3 ví dụ về cách quý vị có thể nhận vắc-xin Phần D.

Trường hợp 1: Quý vị được tiêm vắc-xin Phần D tại nhà thuốc trong mạng lưới. (Việc quý vị có lựa chọn này hay không tùy thuộc vào nơi ở của quý vị. Một số tiểu bang không cho phép nhà thuốc cung cấp một số loại vắc-xin nhất định.)

- Đối với hầu hết vắc-xin Phần D dành cho người lớn, quý vị sẽ được miễn phí.

- Đối với các vắc-xin Phần D khác, quý vị sẽ phải trả cho nhà thuốc phần đồng bảo hiểm HOẶC đồng thanh toán của quý vị cho chính vắc xin đó, bao gồm cả chi phí để cung cấp vắc-xin cho quý vị.

- Chương trình của chúng tôi sẽ bao trả phần chi phí còn lại.

Trường hợp 2: Quý vị được tiêm vắc-xin Phần D tại phòng khám của bác sĩ của quý vị.

- Khi nhận vắc-xin, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí của chính vắc-xin và chi phí cho nhà cung cấp cung cấp vắc-xin cho quý vị.

- Sau đó quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi chi trả phần chia sẻ chi phí của mình bằng cách làm theo các thủ tục mô tả trong Chương 7.

- Đối với hầu hết vắc-xin Phần D dành cho người lớn, quý vị sẽ được hoàn trả toàn bộ số tiền quý vị đã thanh toán. Đối với các vắc-xin Phần D khác, quý vị sẽ được hoàn trả số tiền đã thanh toán trừ đi khoản đồng bảo hiểm HOẶC đồng thanh toán bất kỳ cho vắc-xin đó (kể cả phí cho dùng vắc-xin) và trừ đi số tiền chênh lệch bất kỳ giữa chi phí tính trên hóa đơn của bác sĩ và số tiền thông thường chúng tôi trả. (Nếu quý vị được hưởng trợ cấp Trợ Giúp Bổ Sung, chúng tôi sẽ hoàn trả phần tiền chênh lệch này cho quý vị.)

Trường hợp 3: Quý vị mua vắc-xin Phần D tại nhà thuốc trong mạng lưới và đem đến phòng khám của bác sĩ để được tiêm vắc-xin.

- Đối với hầu hết vắc-xin Phần D dành cho người lớn, quý vị sẽ không phải trả khoản phí nào cho loại vắc-xin đó.
- Đối với các vắc-xin Phần D khác, quý vị sẽ phải trả cho nhà thuốc phần đồng bảo hiểm HOẶC đồng thanh toán của quý vị cho loại vắc xin đó.
- Khi bác sĩ tiêm vắc-xin cho quý vị, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho dịch vụ đó.
- Sau đó quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi chi trả phần chia sẻ chi phí của mình bằng cách làm theo các thủ tục trong Chương 7.
- Đối với hầu hết vắc-xin Phần D dành cho người lớn, quý vị sẽ được hoàn trả toàn bộ số tiền quý vị đã thanh toán. Đối với các vắc-xin Phần D khác, quý vị sẽ được hoàn trả số tiền đã thanh toán trừ đi khoản đồng bảo hiểm bất kỳ cho việc cho dùng vắc-xin và trừ đi số tiền chênh lệch bất kỳ giữa chi phí tính trên hóa đơn của bác sĩ và số tiền thông thường chúng tôi trả. (Nếu quý vị được hưởng trợ cấp Trợ Giúp Bổ Sung, chúng tôi sẽ hoàn trả phần tiền chênh lệch này cho quý vị.)

LƯU Ý: Chúng tôi có thể không hoàn trả lại toàn bộ chi phí quý vị đã trả tại phòng khám của bác sĩ hoặc tại nhà thuốc nếu giá tiền mặt quý vị trả cao hơn giá đã thương lượng của chúng tôi (số tiền chúng tôi thường trả) cho vắc-xin Phần D.

CHƯƠNG 7:
Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẻ của chúng tôi trong hóa đơn về thuốc hoặc dịch vụ y tế được bao trả

PHẦN 1 Những trường hợp quý vị nên yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẻ của chúng tôi cho dịch vụ hoặc thuốc được bao trả

Các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi sẽ lập hóa đơn trực tiếp cho các dịch vụ và thuốc được bao trả của quý vị. Nếu quý vị nhận được hóa đơn cho toàn bộ chi phí của dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc mà quý vị đã nhận, hãy 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 và thuốc 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 cho nhà cung cấp.

Nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ hoặc vật phẩm Medicare được chương trình của chúng tôi 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 trả lại tiền bất cứ khi nào quý vị đã thanh toán nhiều hơn phần chi phí phải trả cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được chương trình của chúng tôi bao trả. Quý vị có thể phải đáp ứng thời hạn nhất định để được hoàn trả lại. Chuyển sang Phần 2 của 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.

Ngoài ra còn có những lúc quý vị nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp cho toàn bộ chi phí của dịch vụ y tế mà quý vị đã nhận hoặc hóa đơn có thể tính nhiều hơn mức chia sẻ chi phí của quý vị. 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 cho nhà cung cấp. 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.

Ví dụ về những trường hợp mà quý vị có thể cần phải yêu cầu chương trình của chúng tôi trả tiền lại cho quý vị hoặc thanh toán một hóa đơn quý vị đã nhận được:

1. **Khi quý vị đã được chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc y tế 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 của chúng tôi.

- Nếu quý vị tự thanh toán toàn bộ số tiền vào thời điểm nhận chăm sóc, hãy yêu cầu chúng tôi hoàn trả lại cho quý vị phần chi phí của chúng tôi. 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 phải thanh toán. Gửi cho chúng tôi hóa đơn này cùng chứng từ của mọi khoản thanh toán quý vị đã thực hiện.
    - 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 trả tiền quá phần chia sẻ chi phí cho các dịch vụ, chúng tôi sẽ xác định quý vị bị nợ bao nhiêu và trả lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi.

2. Khi một nhà cung cấp trong mạng lưới gửi cho quý vị hóa đơn mà quý vị nghĩ rằng quý vị không phải trả

Các nhà cung cấp trong mạng lưới luôn phải gửi hóa đơn trực tiếp cho chương trình của chúng tôi. Nhưng đôi khi họ nhầm lẫn và yêu cầu quý vị phải trả nhiều hơn phần quý vị phải trả.

- Quý vị chỉ phải trả khoản chia sẻ chi phí của mình khi nhận dịch vụ được bao trả. Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp dịch vụ tính thêm các khoản phí bổ sung riêng biệt, gọi là **hóa đơn chi phí chênh lệch**. Sự bảo vệ này (đó là quý vị không bao giờ trả quá số tiền chia sẻ chi phí của quý vị) được áp dụng ngay cả khi chúng tôi trả nhà cung cấp dịch vụ ít hơn so với phí nhà cung cấp dịch vụ đòi cho một dịch vụ và ngay cả khi có sự tranh chấp và chúng tôi không trả một vài loại phí của nhà cung cấp dịch vụ.
- Bất cứ khi nào quý vị nhận được một hóa đơn từ một nhà cung cấp trong mạng lưới mà quý vị nghĩ là nhiều hơn mức quý vị phải trả, gửi cho chúng tôi hóa đơn này. Chúng tôi sẽ trực tiếp liên hệ với nhà cung cấp và giải quyết vấn đề hóa đơn này.
- Nếu quý vị đã thanh toán hóa đơn cho nhà cung cấp trong mạng lưới nhưng cảm thấy đã trả quá nhiều, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi kèm theo chứng từ của bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã trả. Yêu cầu chúng tôi trả lại cho quý vị khoản chênh lệch giữa số tiền quý vị đã thanh toán và số tiền quý vị nợ theo chương trình.

3. Nếu ghi danh của quý vị vào chương trình của chúng tôi có hiệu lực từ trước đó

Đôi khi việc ghi danh của một người trong chương trình của chúng tôi 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 được ghi danh từ trước trong chương trình của chúng tôi và quý vị đã thanh toán chi phí tự trả cho bất kỳ dịch vụ hoặc thuốc được bao trả nào sau ngày ghi danh, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Quý vị cần phải nộp chứng từ như biên lai và hóa đơn cho chúng tôi để xử lý việc bồi hoàn.

4. Khi quý vị sử dụng một nhà thuốc ngoài mạng lưới để mua toa thuốc

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 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 lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Hãy nhớ rằng chúng tôi chỉ bao trả các nhà thuốc ngoài mạng lưới trong một số trường hợp hạn chế. Đến Chương 5, Phần 2.4 để tìm hiểu thêm về các tình huống này. Chúng tôi có thể không hoàn lại khoản chênh lệch giữa số tiền quý vị đã trả cho loại thuốc mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới và số tiền chúng tôi sẽ trả cho nhà thuốc trong mạng lưới.

5. Khi quý vị thanh toán toàn bộ chi phí cho toa thuốc vì không mang theo thẻ thành viên chương trình của chúng tôi

Nếu quý vị không có thẻ thành viên chương trình của chúng tôi trong người, quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc gọi cho chương trình hoặc tra cứu thông tin ghi danh chương trình. Nếu nhà thuốc 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 lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Chúng tôi có thể không hoàn lại toàn bộ chi phí quý vị đã chi trả nếu giá tiền mặt quý vị chi trả cao hơn mức giá chúng tôi đã thương lượng cho toa thuốc.

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 chúng tôi hoặc thuốc 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 phải lấy thêm thông tin từ bác sĩ của quý vị để trả lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí thuốc của chúng tôi. Chúng tôi có thể không hoàn lại toàn bộ chi phí quý vị đã chi trả nếu giá tiền mặt quý vị chi trả cao hơn mức giá chúng tôi đã thương lượng cho toa thuốc.

7. Nếu quý vị đã được ghi danh từ trước vào chương trình của chúng tôi bởi vì quý vị đủ điều kiện tham gia California Medi-Cal (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).

Nếu quý vị đã được ghi danh từ trước trong chương trình của chúng tôi và quý vị đã thanh toán chi phí tự trả cho bất kỳ loại thuốc nào của quý vị sau ngày ghi danh, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. 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 bao gồm thông tin về cách nộp đơn 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 đó có được bao trả hay không. Đây được gọi là đưa ra **quyết định bao trả**. Nếu chúng tôi quyết định dịch vụ hoặc thuốc đó cần được bao trả, chúng tôi sẽ thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi 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 bao gồm thông tin về cách nộp đơn kháng cáo.

PHẦN 2 Cách yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị hoặc thanh toán cho hóa đơn quý vị 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 tạo bản sao hóa đơn và biên lai để lưu hồ sơ. **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 cung cấp cho chúng tôi tất cả thông tin chúng tôi cần để đưa ra quyết định, quý vị có thể điền vào mẫu đơn yêu cầu bảo hiểm của chúng tôi để thực hiện yêu cầu thanh toán của quý vị.

- Quý vị không bắt buộc phải sử dụng mẫu đơn này 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 khuyên 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 về Thủ Thuật Hiện Tại (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 xuống bản sao mẫu đơn từ trang web của chúng tôi (go.wellcare.com/HealthNetCA) hoặc gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711) 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
Medical Reimbursement Department
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420

Đối với Thuốc Theo Toa Phần 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 Phần D
Wellcare Medicare Part D Claims
Attn: Member Reimbursement Department
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

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 bao trả.

- Nếu chúng tôi quyết định dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc được bao trả và quý vị làm theo tất cả các quy định, chúng tôi sẽ chi trả phần chi phí của chúng tôi cho dịch vụ hoặc thuốc đó. Nếu quý vị đã trả tiền cho dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ gửi bồi hoàn cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Nếu quý vị đã chi trả toàn bộ chi phí thuốc, quý vị có thể không được bồi hoàn toàn bộ số tiền đã chi trả (ví dụ: nếu mua thuốc tại nhà thuốc ngoài mạng lưới hoặc nếu giá tiền mặt quý vị chi trả cho thuốc cao hơn mức giá chúng tôi đã thương lượng). Nếu quý vị chưa trả tiền cho dịch vụ hoặc thuốc đó, chúng tôi sẽ trực tiếp thanh toán cho nhà cung cấp.
- Nếu chúng tôi quyết định dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc *không* được bao trả hoặc quý vị đã *không* tuân theo tất cả các quy định, chúng tôi sẽ không thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình 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 3.1 Nếu chúng tôi thông báo với quý vị chúng tôi sẽ không thanh toán cho toàn bộ hoặc một phần dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc đó, 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 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.

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

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, audio, braille, large print, or other alternate formats, etc.)

Our 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 our plan can meet these accessibility requirements include, but aren't 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 can also give you information in languages other than English including Spanish, Arabic, Korean, Russian, Tagalog, Vietnamese, Farsi, Chinese and audio, in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at 1-800-431-9007 (TTY users call 711).

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Member Services. You can 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.

Sección 1.1 Debemos proporcionar la información de una manera que se adapte a usted y a sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, en audio, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)

Nuestro 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 nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad son proporcionar servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo), entre otros.

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder a las preguntas de los afiliados que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en idiomas distintos del inglés, incluidos español, árabe, chino, coreano, ruso, tagalo, vietnamita y farsi en formatos de audio, braille, letra grande u otros formatos alternativos, sin costo, si los necesita. Estamos obligados a ofrecerle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para recibir información de nuestra parte en un formato que se ajuste a sus necesidades, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-431-9007 (usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres afiliadas la opción de acceder 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 dentro de la red de nuestro plan para una especialidad, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención médica necesaria. En este caso, solo pagará la distribución de costos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que usted necesita, llame a nuestro plan para que le informen dónde acudir a fin de recibir este servicio con la distribución de costos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, para atenderse con un especialista en salud femenina o encontrar un especialista de la red, llame a fin de presentar una queja a Servicios para Miembros. También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Office for Civil Rights al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

القسم 1.1 يجب أن نقدم المعلومات بطريقةٍ تناسبك وتكون متوافقة مع الحساسيات الثقافية لديك (بلغات أخرى غير ال نجليزية أو بتنسيق صوتي أو برايل أو بطباعة كبيرة أو بتنسيقات أخرى بديلة، وغير ذلك)

خطتنا ملزَ مة بضمان أن كل الخدمات، السريرية وغير السريرية، يتم توفيرها بطريقة مناسبة على المستوى الثقافي وتتم إتاحتها لجميع المسجلين، بما في ذلك ذوي الكفاءة المحدودة في اللغة ال نجليزية أو ذوي مهارات القراءة المحدودة أو الذين يعانون من صعوبة السمع أو الذين لديهم خلفيات ثقافية وعرقية متنوعة. وتشتمل ال مثلة التي تجسد كيفية تلبية خطتنا لمتطلبات إمكانية الوصول هذه، على سبيل المثال ل الحصر، على توفير خدمات الترجمة الكتابية أو خدمات الترجمة الفورية أو المبرقة الكاتبة أو ال تصال عبر TTY (الهاتف النصي أو هاتف المبرقة الكاتبة).

تتضمن خطتنا خدمات الترجمة الفورية المجانية المتاحة لل جابة عن ال سئلة الواردة من ال عضاء غير الناطقين باللغة بلغات غير ال نجليزية، بما في ذلك ال سبانية، والعربية، والصينية، والكورية، والروسية، والتاغالوغية، والفيتنامية، والفارسية، وبتنسيق صوتي أو برايل أو بطباعة كبيرة أو بتنسيقات بديلة أخرى من دون أي كلفة إذا كنت بحاجة إليها. ونحن ملزمون بتقديم معلوماتٍ لك حول مزايا خطتنا بتنسيقٍ يمكنك الوصول إليه ويناسبك. للحصول على معلومات منا بالطريقة التي تناسبك، اتصل بقسم خدمات ال عضاء على الرقم: 1-800-431-9007 (ويمكن لمستخدمي TTY ال تصال بالرقم 711).

خطتنا مطلوبة ل عطاء المُ سجل ت خيار الوصول المباشر إلى اختصاصي صحة المرأة داخل الشبكة لخدمات الرعاية الصحية الروتينية والوقائية للمرأة.

وإذا كان مقدمو الرعاية لتخصص معين في شبكة الخطة غير متاحين، فمن مسؤولية الخطة تحديد موقع مقدمي الرعاية المتخصصين من خارج الشبكة الذين سيقدمون لك الرعاية الل زمة. في هذه الحالة، ستدفع فقط قيمة مشاركة التكلفة داخل الشبكة. إذا وجدت نفسك في موقفٍ ل يوجد فيه متخصصون في شبكة الخطة يغطون الخدمة التي تحتاج إليها، فاتصل بمسؤولي الخطة للحصول على معلوماتٍ حول المكان الذي يمكنك الذهاب إليه للحصول على هذه الخدمة من خل ل مشاركة التكلفة داخل الشبكة.

إذا واجهتك أي مشكلة في الحصول على معلوماتٍ من خطتنا بتنسيقٍ يمكنك الوصول إليه ويناسبك، أو في زيارة اختصاصي صحة نسائية أو في العثور على متخصصٍ داخل الشبكة، فيُ رجى ال تصال لتقديم تظلم لدى قسم خدمات ال عضاء. يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى Medicare من خل ل ال تصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) أو مباشرةً إلى Office for Civil Rights على الرقم 1-800-368-1019 أو TTY على الرقم 1-800-537-7697.

섹션 1.1 당사는 귀하에게 유용하고 귀하의 문화적 민감성에 맞는 방식으로 정보를 제공해야 합니다(영어 외의 언어, 오디오, 점자, 대형 인쇄본 또는 기타 대체 형식 등).

귀하의 플랜은 모든 임상 및 비임상 서비스가 문화적으로 적합한 방식으로 제공되고, 영어 사용과 읽기 능력이 제한된 사람들, 청각 장애인 또는 다양한 문화 및 민족적 배경을 가진 모든 가입자들이 접근할 수 있도록 보장해야 합니다. 당사 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 비영어 사용 가입자의 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 스페인어, 아랍어, 중국어, 한국어, 러시아어, 타갈로그어, 베트남어, 페르시아어를 포함한 영어 이외의 언어 를 포함한 영어 이외의 언어]로 된 자료 및 오디오, 점자, 대형 인쇄본 또는 필요한 경우 다른 대체 형식으로 무료 제공해드릴 수도 있습니다. 저희는 귀하가 이용할 수 있는 적절한 형식으로 당사 플랜 혜택에 관한 정보를 제공해야 합니다. 귀하에게 적합한 방식으로 당사로부터 정보를 확인하려면 1-800-431-9007 (TTY 사용자: 711)번으로 가입자 서비스부에 전화해 주십시오.

당사 플랜은 여성 가입자에게 여성의 일상 및 예방 건강 관리 서비스에 대한 네트워크 소속 여성 건강 전문의에 직접 접근할 수 있는 옵션을 제공해야 합니다.

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

접근이 가능하고 적절한 형식으로 당사 플랜에서 정보를 얻는 데 문제가 있거나 여성 건강 전문의를 만나거나 네트워크 소속 전문의를 찾는 데 어려움이 있는 경우 가입자 서비스부에 전화하여 고충을 접수해 주십시오. Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 연락하거나 Office for Civil Rights 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697번으로 직접 연락하여 불만사항을 제기할 수도 있습니다.

Раздел 1.1 Мы обязаны предоставлять информацию в удобном для вас формате и в соответствии с вашими культурными особенностями (на языках, отличных от английского, в аудиоформате, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах и т. д.)

Согласно требованиям, действующим в отношении нашего 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 различного культурного и этнического происхождения. Примерами того, как наш план

страхования может соблюдать эти требования к возможностям доступа, выступают в том числе обязательства предоставлять услуги устного и письменного перевода, телетайпные аппараты или возможность связи по TTY (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. При необходимости мы также можем бесплатно предоставить вам информацию на языках, отличных от английского, включая испанский, арабский, китайский, корейский, русский, тагальский, вьетнамский и фарси, а также в аудиоформате, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах. Мы обязаны предоставлять вам информацию об объеме покрываемых услуг в рамках нашего плана в доступном и подходящем для вас формате. Для получения информации в удобном для вас формате позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711).

Согласно требованиям, действующим в отношении нашего плана страхования, участницам плана должна предоставляться возможность обращаться за плановыми и профилактическими услугами напрямую к специалисту по женскому здоровью, представленному в сети плана.
В случае отсутствия в сети нашего плана поставщиков услуг соответствующей специализации наш план страхования несет ответственность за поиск внесетевых специалистов, которые предоставят необходимое обслуживание. В таком случае от вас потребуется оплатить только долю участия в расходах в рамках сети. Если вы оказались в ситуации, когда необходимая вам услуга не оказывается специалистами, представленными в сети нашего плана, позвоните в наш план страхования и запросите информацию о том, куда обратиться за этой услугой, чтобы при этом ваша доля расходов соответствовала доле участия в расходах в рамках сети.

Если у вас возникли затруднения с получением информации от нашего плана страхования в доступном и подходящем для вас формате, обращением к специалисту по женскому здоровью или поиском сетевого специалиста, 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, TTY: 1-800-537-7697.

Seksyon 1.1 Dapat kaming magbigay ng impormasyon sa paraang madali para sa inyo at naaayon sa inyong mga sensitivity sa kultura (sa mga wika bukod sa Ingles, audio, braille, malaking print, o iba pang alternatibong format, atbp.)

Kailangang tiyakin ng aming 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 aming plano ang mga kinakailangang ito sa accessibility ang, pero hindi limitado sa, pagbibigay ng mga serbisyo ng tagasalin, serbisyo ng interpreter, 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. Puwede ka rin naming bigyan ng mga impormasyon sa mga wika bukod sa Ingles kasama ang Espanyol, Arabic, Tsino, Koreano, Ruso, Tagalog, Vietnamese, at Farsi at audio, braille, malaking print, o iba pang alternatibong format

nang libre kung kailangan mo ito. Inaatasan kaming bigyan kayo ng impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng aming plano sa isang format na accessible at naaangkop para sa inyo. Para makakuha ng impormasyon mula sa amin sa paraang gumagana para sa inyo, tumawag sa numero ng Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Dapat tumawag ang mga user ng TTY sa 711).

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 mga kababaihan.

Kung walang available na tagapagbigay ng serbisyong nasa network ng aming plano para sa isang specialty, responsibilidad ng aming plano na maghanap ng mga specialty na tagapagbigay ng serbisyong nasa labas ng network na magbibigay sa inyo ng kinakailangang pangangalaga. Sa ganitong sitwasyon, ang bahagian sa gastos na nasa network lang ang babayaran ninyo. Kung nasa sitwasyon kayo kung saan walang espesyalista sa network ng aming plano na sumasaklaw sa serbisyong kailangan ninyo, tawagan ang aming plano para malaman kung saan pupunta para makuha ang serbisyong ito sa bahagian 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, pagpapatingin sa espesyalista sa kalusugan ng kababaihan, o paghahanap ng espesyalista sa network, tumawag para maghain ng karaingan sa Mga Serbisyo para 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 Office for Civil Rights sa 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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, bản in khổ chữ lớn hoặc những định dạng thay thế khác, v.v.)

Chương trình của chúng tôi 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 chương trình của chúng tôi có thể đáp ứng yêu cầu về khả năng dễ sử dụng này bao gồm, nhưng không giới hạn chỉ là cung cấp dịch vụ biên dịch, dịch vụ phiên dịch, máy đánh chữ điện báo 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 có thể cung cấp thông tin bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, bao gồm tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Trung, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Việt, tiếng Farsi và âm thanh, chữ nổi, bản in khổ chữ lớn hoặc những định dạng thay thế khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi phải cung cấp 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, hãy gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711).

Chương trình của chúng tôi phải cung cấp cho người ghi danh là phụ nữ tùy chọn tiếp cận trực tiếp bác sĩ chuyên khoa 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 của chúng tôi 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 chương trình của chúng tôi bao trả cho dịch vụ mà quý vị cần, hãy gọi chương trình 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 khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi theo định dạng dễ sử dụng và phù hợp cho quý vị, thăm khám với bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ hoặc tìm bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới, vui lòng gọi để nộp đơn khiếu nại tới Bộ Phận 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 đến Office for Civil Rights theo số 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

بخش 1.1 ما باید اطل عات را به گونه ای ارائه دهیم که برای شما قابل فهم باشد و با حساسیت‌های فرهنگی شما سازگار باشد (به زبان های غیرانگلیسی، به زبان بریل، در قالب فایل صوتی، چاپ با حروف بزرگ، یا سایر قالب‌های جایگزین، و غیره.)

طرح ما حتماً باید اطمینان حاصل کند که همه خدمات چه بالینی و چه غیربالینی به گونه ای ارائه شود که با فرهنگ شما مطابقت داشته باشد و برای همه ثبت‌نام کنندگان قابل دسترس باشد، ازجمله برای کسانی که مهارت زبان انگلیسی و مهارت‌های خواندن محدودی دارند، مشکل شنوایی دارند، یا کسانی که پس‌زمینه فرهنگی و قومی متفاوتی دارند. نمونه هایی از این که طرح ما چطور از چنین الزاماتی برای دسترسی اعضا پیروی می‌کند، شامل و نه محدود به این موارد است: ارائه خدمات ترجمه، خدمات مترجم شفاهی، تله تایپ، یا اتصال TTY (تلفن متنی یا تلفن تله تایپ مخصوص ناشنوایان).

طرح ما دارای خدمات مترجم رایگان برای پاسخ به سوال ت اعضایی است که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند. همچنین می‌توانیم اطل عاتی را به زبان‌های غیر از انگلیسی ازجمله اسپانیایی، عربی، چینی، کره‌ای، روسی، تاگالوگ، ویتنامی و فارسی. به صورت صوتی، خط بریل، در قالب چاپ بزرگ، و یا دیگر فرمت‌های جایگزین بدون هزینه در صورت نیاز به شما ارائه دهیم. ما ملزم هستیم اطل عات مربوط به مزایای طرح را به فرمتی قابل دسترس و مناسب برای شما ارائه کنیم. برای دریافت اطل عات از ما به روشی که برای شما بهتر است، با Member Services (خدمات اعضا) در 1-008-134-7009 (کاربران TTY تماس بگیرند با 711) تماس بگیرید.

طرح ما ملزم است برای ثبت‌نام کنندگان زن امکان دسترسی مستقیم به متخصصین سل مت زن در شبکه، و دسترسی به خدمات پیشگیری مراقبت از سل مت و خدمات معمول زنان را فراهم کند.

اگر ارائه دهندگان در شبکه طرح برای موردی خاص دردسترس نباشند، طرح مسئولیت دارد ارائه دهندگان با تخصص ویژه را در خارج از شبکه پیدا کند تا خدمات ضروری را در اختیار شما قرار دهند. در این شرایط، شما فقط مبلغ تسهیم هزینه درون شبکه را پرداخت خواهید کرد. اگر در شرایط خاصی هستید که هیچ متخصصی در شبکه حضور ندارد تا خدمات مورد نیاز شما را پوشش دهد، برای اطل ع درباره این که برای دسترسی به این خدمات با مبلغ تسهیم هزینه درون شبکه باید به کجا مراجعه کنید با طرح تماس بگیرید.

اگر در دسترسی به اطل عات طرح ما به شکلی که برای شما مناسب و قابل فهم باشد، مشکلی دارید، یا در مراجعه به متخصص سل مت زنان یا یافتن متخصص داخل شبکه دچار مشکل شده اید، لطفاً جهت ثبت شکایت‌نامه با خدمات اعضا تماس بگیرید. همچنین می‌توانید با تماس با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) یا تماس مستقیم با Office for Civil Rights به شماره 1-800-368-1019 یا TTY 1-800-537-7697 شکایتی را به Medicare ارائه کنید.

第1.1节 我们一定会以适合您以及您的文化的方式提供信息（英语以外的语言、音频、盲文、大字体或其他替代格式等）。

我们的计划是确保所有服务（包括临床和非临床服务）均以文化上合格的方式提供，并可供所有参保者使用，包括英语水平有限，阅读技能有限，听力丧失能力或具有不同文化和种族背景的人士。我们

的计划如何满足这些无障碍要求的示例包括但不限于提供翻译服务，口译服务，电传打字机或 TTY（文本电话或电传打字机电话）连接。

我们的计划提供免费的口译服务，解答非英语会员的问题。我们还可以在 提供英文以外的其他语言，包括西班牙语、阿拉伯语、韩语、俄语、塔加拉语、越南语、波斯语和简体中文。 音频，盲文，大字体印刷或其他备用格式（如果需要），无需付费。我们需要以您易懂且适合您的方式向您提供有关我们的计划福利的信息。要以适合您的方式从我们获取信息，请致电会员服务部门，电话：1-800-431-9007（TTY 用户呼叫 711）。

我们的计划要求为女性参保者提供直接联系网络内女性健康专科医生以获得女性常规和预防性保健服务的选择。

如果我们计划的专业网络中的提供商不可用，我们计划有责任找到网络外的专业提供商，他们将为您提供必要的护理。在这种情况下，您只需支付网络内成本分摊。如果您发现我们的计划网络中没有专科医生提供您所需的服务，请致电我们的计划以获取有关在哪里以网络内费用分摊的方式获得此项服务的信息。

如果您在以适合您的方式获取我们计划的信息、咨询女性健康专科医生或寻找网络内 专科医生时遇到任何问题，请致电向会员服务部提出申诉。您还可以通过拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投诉或直接拨打Office for Civil Rights 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697。

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

Quý vị có quyền lựa chọn một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) trong mạng lưới của chương trình chúng tôi để cung cấp và sắp xếp các dịch vụ được bao trả cho 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 chúng tôi *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 Phần 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 cho 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 văn bản 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.
    - 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 cả thông tin về thuốc theo toa Phần 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 mình lưu trong chương trình của chúng tôi và nhận bản sao của hồ sơ đó. Chúng tôi được phép tính phí để tạo bản sao cho quý vị. 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 làm việc 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 hay 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 quý vị, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711).

Phần 1.4 Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về chương trình, mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi và 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 nhận bất kỳ loại thông tin nào trong số các loại sau đây, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711):

- **Thông tin về chương trình của chúng tôi.** Ví dụ: thông tin này bao gồm thông tin về tình hình tài chính của chương trình chúng tôi.
- **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.
    - 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. Quý vị có thể tìm thông tin này trên trang web của chúng tôi tại go.wellcare.com/2027providerdirectories.
- **Thông tin về bao 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 Phần D.
    - **Lưu ý:** Chương trình của chúng tôi không trả thù lao cho các chuyên viên, nhà cung cấp hoặc các nhân viên khác tiến 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 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 hạng mục nào đó không được bao trả và điều quý vị có thể làm trong trường hợp 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 Phần D không được bao trả hoặc nếu bảo hiểm của quý vị bị giới hạn. 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 Quý vị có quyền được biết về các lựa chọn điều trị của quý vị và tham gia vào các quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của 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 lựa chọn điều trị được đề nghị cho bệnh trạng của quý vị, bất kể chi phí là bao nhiêu hoặc liệu các lựa

chọn đó có được chương trình của chúng tôi bao trả 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. Nếu quý vị từ chối điều trị hoặc ngừng 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 chỉ dẫn về những gì phải làm nếu quý vị không thể đưa ra 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 là *nếu quý vị muốn*, quý vị có thể:

- Điền vào mẫu văn bản để cung cấp **quyền hợp pháp cho một người bất kỳ đưa ra 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 quý vị có thể sử dụng để cung cấp chỉ dẫn trước trong các trường hợp này được gọi là **chỉ thị trước**. Các tài liệu như **di chúc sống** và **giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe** là những ví dụ của chỉ thị trước.

Cách lập chỉ thị trước để đưa ra hướng dẫn:

- **Lấy mẫu đơn.** Quý vị có thể lấy mẫu đơn chỉ thị trước từ luật sư, nhân viên xã hội, hoặc một số cửa hàng văn phòng phẩm. Quý vị đôi khi có thể lấy mẫu đơn chỉ thị trước từ cácт tổ chức cung cấp cho người dân thông tin về Medicare.
- **Điền vào mẫu đơn và ký tên vào đó.** Bất kể quý vị lấy mẫu đơn này từ đâu, mẫu đơn này là một tài liệu pháp lý. Hãy cân nhắc nhờ luật sư giúp quý vị soạn mẫu đơn này.
- **Đưa bản sao của mẫu đơn cho đúng người.** Đưa một bản sao của mẫu đơn cho bác sĩ và cho người quý vị chỉ định trên mẫu đơn này là người có thể ra quyết định cho quý vị nếu quý vị không thể thực hiện. Quý vị cũng nên đưa bản sao cho bạn bè thân thiết hoặc thành viên gia đình. Giữ một bản sao ở nhà.

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

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

- Nếu quý vị chưa ký mẫu đơn chỉ thị trước, bệnh viện có sẵn các mẫu đơn và sẽ hỏi liệu quý vị muốn ký một mẫu đơn hay không.

Điền chỉ thị trước là lựa chọn của quý vị (kể cả việc quý vị có muốn ký chỉ thị trước nếu đang ở bệnh viện hay 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 hướng dẫn của quý vị không được tuân thủ

Nếu quý vị đã ký chỉ thị trước và cho rằng bác sĩ hoặc bệnh viện không tuân thủ chỉ dẫn trong đó, quý vị có thể nộp khiếu nại cho Văn Phòng Tổng Chưởng Lý California theo số 1-916-210-6276. Người dùng TTY nên gọi số 711 hoặc truy cập https://oag.ca.gov/consumers/general/care.

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 vấn đề, lo ngại hoặc khiếu nại nào và cần yêu cầu bảo hiểm hoặc nộp đơn kháng cáo, Chương 9 của tài liệu này cho quý vị biết những điều quý vị có thể làm. Bất kể quý vị làm gì, dù là yêu cầu quyết định bao trả, nộp đơn kháng cáo hoặc nộp đơn khiếu nại, **chúng tôi bắt buộc phải đối xử công bằng với quý vị.**

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: Food and Drug Administration (FDA), Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật (CDC), Viện Y tế Quốc gia (NIH)).

Phần 1.9 Nếu quý vị tin rằng quý vị bị đối xử bất công hoặc quyền của quý vị không được tôn trọng

Nếu quý vị tin rằng quý vị đã bị đối xử bất công hoặc quyền của quý vị đã không được tôn trọng do chủng tộc, tình trạng khuyết tật, tôn giáo, giới tính, sức khỏe, dân tộc, tín ngưỡng (niềm tin), tuổi tác hoặc quốc tịch gốc của quý vị, hãy gọi cho **Phòng Dân Quyền** thuộc Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh theo số 1-800-368-1019 (người dùng TTY gọi số 1-800-537-7697) hoặc gọi cho Phòng Dân Quyền tại địa phương của quý vị. Quý vị có quyền được đối xử một cách tôn trọng và coi trọng nhân phẩm.

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, quý vị có thể được trợ giúp để xử lý vấn đề quý vị đang gặp phải từ những nơi sau:

- **Gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên của chương trình chúng tôi theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711)**
- **Gọi cho SHIP tại địa phương** theo số 1-800-434-0222.
- **Gọi cho Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (người dùng TTY gọi số 1-877-486-2048)

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

Nhận thêm thông tin về quyền của quý vị từ những nơi sau:

- **Gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711)**
- **Gọi cho SHIP tại địa phương** theo số 1-800-434-0222.
- **Liên hệ với Medicare**
    - Truy cập Medicare.gov để đọc ấn bản *Quyền & Biện Pháp Bảo Vệ của Medicare* (có tại: Medicare Rights & Protections)
    - Gọi đến 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (người dùng TTY gọi số 1-877-486-2048)

PHẦN 2 Trách nhiệm của quý vị với tư cách là thành viên của chương trình chúng tôi

Những điều quý vị cần làm khi là thành viên của chương trình chúng tôi được liệt kê dưới đây. Nếu có thắc mắc, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711).

- **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 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.
    - Chương 5 và 6 cung cấp thông tin chi tiết về bảo hiểm thuốc Phần D.
- **Nếu quý vị có bất kỳ bảo hiểm sức khỏe hoặc bảo hiểm thuốc nào khác 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 đã ghi danh vào chương trình của chúng tôi.** Xuất trình thẻ thành viên chương trình của chúng tôi và thẻ California Medi-Cal (Medicaid) của quý vị bất cứ khi nào quý vị nhận chăm sóc y tế hoặc thuốc Phần D.
- **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 thực phẩm chức năng.
    - Nếu quý vị có thắc mắc, 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 thành viên của chúng tôi tôn trọng 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.
    - Đối với hầu hết của dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả bởi chương trình của chúng tôi, quý vị phải trả phần của quý vị khi quý vị nhận được dịch vụ hay thuốc.
- **Nếu quý vị chuyển nhà *trong* khu vực dịch vụ của chương trình, chúng tôi cần được biết** để cập nhật hồ sơ thành viên và biết cách liên hệ với quý vị.
- **Nếu quý vị chuyển ra *bên ngoài* khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi, quý vị không thể tiếp tục là thành viên của chương trình chúng tôi.**
- **Nếu chuyển chỗ ở, hãy thông báo cho Sở An Sinh Xã Hội (hoặc Ủy Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt).**

CHƯƠNG 9:
Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

PHẦN 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 2 điều:

1. Vấn đề của quý vị có phải là về phúc lợi được bao trả bởi **Medicare** hoặc **Medicaid** hay không. Nếu quý vị muốn nhận trợ giúp để quyết định nên dùng quy trình của Medicare hay quy trình của California Medi-Cal (Medicaid) hoặc cả hai, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711).

2. Loại vấn đề mà quý vị đang gặp phải:

    - Đối với một số vấn đề, quý vị cần sử dụng **quy trình dành cho quyết định bao trả và kháng cáo**.

    - Đối với các vấn đề khác, quý vị cần sử dụng **quy trình dành cho khiếu nại** (còn gọi là than phiền).

Cả hai quy trình 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.

Thông tin trong chương này sẽ giúp quý vị xác định đúng quy trình để sử dụng và những điều quý vị cần làm.

Phần 1.1 Thuật ngữ pháp lý

Chương này có giải thích các thuật ngữ pháp lý đối với một số quy định, thủ tục và các loại thời hạn. Nhiều thuật ngữ trong số này không quen thuộc với hầu hết mọi người. Để làm cho mọi thứ dễ dàng hơn, chương này sử dụng các từ quen thuộc hơn thay cho một số thuật ngữ pháp lý.

Tuy nhiên, đôi khi việc biết đúng thuật ngữ pháp lý cũng rất quan trọng. Để giúp quý vị biết cần sử dụng thuật ngữ nào để được nhận đúng trợ giúp hoặc thông tin, chúng tôi có lồng ghép những thuật ngữ pháp lý này vào thông tin chi tiết chúng tôi cung cấp để xử lý các tình huống cụ thể.

PHẦN 2 Nơi nhận 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. Quý vị luôn nên gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711) để được trợ giúp. 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. Hai tổ chức có thể trợ giúp là:

Chương trình Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (SHIP).

Mỗi tiểu bang đều có chương trình chính phủ với các chuyên gia tư vấn được đào tạo. Chương trình này không liên quan tới chúng tôi hoặc tới bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình sức khỏe 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, 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.
Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ Bồi thường Bảo hiểm Y tế California (HICAP)
1-800-434-0222, người dùng TTY gọi số: 1-800-735-2929
8:00 a.m. - 4:00 p.m. giờ địa phương, Thứ Hai - Thứ Sáu

Medicare

Quý vị cũng có thể liên hệ với Medicare để được trợ giúp:

- Gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.
- Quý vị hãy truy cập Medicare.gov.

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

	California Medi-Cal (Medicaid) – Thông Tin Liên Hệ
Gọi điện	1-800-541-5555 1-916-636-1980 1-916-449-5000 8:00 a.m. - 5:00 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 người gặp khó khăn về nghe hoặc nói.
Viết thư	Medi-Cal P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413

	California Medi-Cal (Medicaid) – Thông Tin Liên Hệ
Trang web	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal-resources/

PHẦN 3 Quy trình cần sử dụng cho vấn đề của quý vị

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 việc vấn đề đó là về phúc lợi của Medicare hay phúc lợi của California Medi-Cal (Medicaid). Nếu vấn đề của quý vị là về một phúc lợi được bao trả bởi Medicare, hãy 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), hãy sử dụng quy trình của California Medi-Cal (Medicaid). Nếu quý vị muốn nhận trợ giúp để quyết định nên dùng quy trình của Medicare hay quy trình của California Medi-Cal (Medicaid), hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711).

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 California Medi-Cal (Medicaid)?

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

Tham khảo **Phần 4, Xử lý các vấn đề về phúc lợi Medicare của quý vị.**

Vấn đề của tôi là về bảo hiểm **California Medi-Cal (Medicaid)**.

Tham khảo **Phần 12, Xử lý các vấn đề về phúc lợi California Medi-Cal (Medicaid) của quý vị.**

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

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 Phần 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.

Đến **Phần 5, Hướng dẫn về quyết định bao trả và kháng cáo.**

Không.

Tham khảo **Phần 11 Cách nộp đơn khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ, dịch vụ khách hàng hoặc các lo ngại khác.**

Quyết định bao trả và kháng cáo

PHẦN 5 Hướng dẫn về quyết định bao trả và kháng cáo

Quyết định bao trả và kháng cáo 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 Phần B, kể cả việc thanh toán). Để cho đơn giản, chúng tôi gọi chung các vật phẩm y tế, dịch vụ và thuốc Medicare Part B là **dịch vụ chăm sóc y tế**. Quý vị có thể sử dụng quy trình quyết định bao trả 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 bao trả trước khi quý vị nhận dịch vụ

Nếu quý vị muốn biết chúng tôi có bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế hay không trước khi nhận dịch vụ đó, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bao trả cho quý vị. Quyết định bao trả là quyết định chúng tôi đưa ra về phúc lợi và bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền mà chúng tôi sẽ chi trả cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị. Ví dụ: nếu bác sĩ trong mạng lưới của chương trình chúng tôi 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 bao trả được ủng hộ trừ khi quý vị hoặc bác sĩ trong mạng lưới có thể chứng minh 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 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 bao trả nếu bác sĩ của quý vị không chắc chắn về việc chúng tôi sẽ bao trả một dịch vụ y tế cụ thể hoặc từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cho rằng mình cần.

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 bao trả, chúng tôi sẽ gửi thông báo giải thích lý do yêu cầu bị bác bỏ và cách yêu cầu xem xét lại việc bác bỏ đó.

Chúng tôi ra quyết định bao trả bất cứ khi nào chúng tôi quyết định quý vị được bao trả dịch vụ nào và số tiền chúng tôi phải trả là bao nhiêu. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể quyết định dịch vụ chăm sóc y tế không được bao trả hoặc không còn được bao trả cho quý vị. 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 bao trả, bất kể trước hay sau khi quý vị nhận phúc lợi và quý vị không hài lòng, quý vị có thể **kháng cáo** quyết định đó. Kháng cáo là cách chính thức yêu cầu chúng tôi xem xét và thay đổi quyết định bao trả mà chúng tôi đã đưa ra. Trong một số trường hợp nhất định, quý vị có thể yêu cầu kháng cáo rút gọn hay **kháng cáo nhanh** về quyết định bao trả. 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 lại quyết định bao trả mà chúng tôi đã đưa ra để xem chúng tôi có nghiêm chỉnh tuân theo các quy định hay không. Khi chúng tôi hoàn tất đánh giá, 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 lại việc bác bỏ đó.

Nếu chúng tôi từ chối tất cả hoặc một phần kháng cáo Cấp 1 về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, 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.

- 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.
- Đến **Phần 6.4** để biết thêm thông tin về kháng cáo Cấp 2 đối với dịch vụ chăm sóc y tế.
- Kháng cáo Phần D được thảo luận trong Phần 7.

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 (chương này giải thích các quy trình kháng cáo Cấp 3, 4 và 5).

Phần 5.1 Nhận trợ giúp để yêu cầu quyết định bao trả 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:

- **Gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711)**
- **Nhận trợ giúp miễn phí** từ Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế 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, bác sĩ cần được chỉ định làm người đại diện cho quý vị. Gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên và hỏi xin mẫu đơn *Chỉ Định Người Đại Diện* (Mẫu đơn này cũng có tại CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang web của chúng tôi tại go.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 bao trả 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 Phần D, bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thể thay mặt quý vị yêu cầu quyết định bao trả 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.** Quý vị có thể chỉ định một người khác hành động thay quý vị làm người đại diện của quý vị để yêu cầu quyết định bao trả hoặc 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 theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711) và hỏi xin *mẫu đơn Chỉ Định Người Đại Diện*. (Mẫu đơn này cũng có trên CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang web của chúng tôi tại go.wellcare.com/HealthNetCA.) Mẫu đơn này cho phép người đó hành xử thay mặt quý vị. Quý vị và người mà quý vị muốn hành động thay mặt quý vị phải ký vào mẫu đơn này. Quý vị phải cung cấp cho chúng tôi một bản sao của đơn đã ký.
    - Chúng tôi có thể chấp nhận yêu cầu kháng cáo từ người đại diện khi không có mẫu đơn này, nhưng chúng tôi không thể hoàn tất việc xem xét lại của mình cho đến khi nhận được mẫu đơn. Nếu chúng tôi không nhận được đơn này trước thời hạn quy định 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. 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 bao trả nào hoặc để kháng cáo một quyết định.

Phần 5.2 Quy định và thời hạn cho các trường hợp khác nhau

Có 4 trường hợp khác nhau liên quan đến quyết định bao trả và kháng cáo. Mỗi trường hợp có các quy tắc và thời hạn khác nhau. Chúng tôi cung cấp thông tin chi tiết về từng trường hợp trong số này:

- **Phần 6:** Dịch vụ chăm sóc y tế: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc nộp đơn kháng cáo
- **Phần 7:** Thuốc Phần D: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc nộp đơn kháng cáo
- **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
- **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 (*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 thông tin nào áp dụng cho quý vị, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711). Quý vị cũng có thể nhận trợ giúp hoặc thông tin từ SHIP.

PHẦN 6 Dịch vụ chăm sóc y tế: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc nộp đơn kháng cáo

Phần 6.1 Điều cần làm nếu quý vị gặp vấn đề trong việc nhận bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc muốn chúng tôi hoàn trả tiền dịch vụ chăm sóc cho quý vị

Phúc lợi về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị được mô tả trong Chương 4 trong Bảng Phúc Lợi Y Tế. Trong một số trường hợp, những quy định khác nhau sẽ được áp dụng để yêu cầu thuốc Phần B. Trong những trường hợp đó, chúng tôi sẽ giải thích những quy định đối với thuốc Phần B khác với những quy định đối với các vật phẩm và dịch vụ y tế như thế nào.

Phần này trình bày điều quý vị có thể làm nếu rơi vào bất kỳ trường hợp nào trong 5 trường hợp sau:

1. Quý vị không nhận được dịch vụ chăm sóc y tế nhất định mình mong muốn và quý vị cho rằng chương trình của chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc này. **Yêu cầu quyết định bao trả. 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 muốn cung cấp cho quý vị và quý vị tin rằng chương trình của chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc này. **Yêu cầu quyết định bao trả. Phần 6.2.**

3. Quý vị đã nhận dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị tin rằng chương trình của chúng tôi phải bao trả nhưng chúng tôi tuyên bố 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 chương trình của chúng tôi phải bao trả và quý vị muốn yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn tiền cho 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 quý vị đang nhận mà chúng tôi từng 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), hãy đi đến Phần 8 và 9. Các quy tắc đặc biệt áp dụng cho những loại dịch vụ chăm sóc này.

Phần 6.2 Cách yêu cầu quyết định bao trả

Thuật Ngữ Pháp Lý:

Quyết định bao trả liên quan đến dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị 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 bao trả tiêu chuẩn thường được đưa ra trong vòng 7 ngày theo lịch khi vật phẩm hoặc dịch vụ y tế phải tuân theo quy định về sự chấp thuận trước của chúng tôi, 14 ngày theo lịch đối với tất cả vật phẩm và dịch vụ khác hoặc 72 giờ đối với thuốc Phần 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 Phần B. 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 khôi phục lại chức năng của quý vị.

Nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết rằng tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu phải có 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 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 quyết định nhanh về bảo hiểm hay không. Nếu chúng tôi không phê duyệt 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 của quý vị yêu cầu quyết định nhanh về bảo hiểm, chúng tôi sẽ tự động cung cấp 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 cung cấp cho quý vị quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn thay vì quyết định nhanh về bảo hiểm như quý vị đã yêu cầu.

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 7 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị đối với vật phẩm hoặc dịch vụ y tế phải tuân theo quy định về sự chấp thuận trước của chúng tôi. Nếu vật phẩm hoặc dịch vụ y tế quý vị yêu cầu không phải tuân theo quy định về sự chấp thuận trước của chúng tôi, 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. Nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc Phần B, chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời trong vòng 72 giờ sau khi nhận được yêu cầu.

- **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 cần thêm tối đa 14 ngày theo lịch** nếu yêu cầu của quý vị là về vật phẩm hoặc dịch vụ y tế. Nếu chúng tôi cần thêm ngày, 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 yêu cầu của quý vị là về thuốc Phần 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. Đến Phần 11 của chương này để biết thêm thông tin về khiếu nại.)

Đối với quyết định nhanh về bảo hiểm, chúng tôi sử dụng khung thời gian nhanh hơn.

Quyết định nhanh về bảo hiểm có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 72 giờ nếu yêu cầu của quý vị là về vật phẩm hoặc dịch vụ y tế. Nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc Phần 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 cần thêm tối đa 14 ngày.** Nếu chúng tôi cần thêm ngày, 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 yêu cầu của quý vị là về thuốc Phần B.
- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi *không cần* dành thêm ngày, quý vị có thể nộp *khiếu nại nhanh*. (Đến Phần 11 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 lí do tại sao chúng tôi từ chối.

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế, 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 Cách nộp đơn kháng cáo Cấp 1

Thuật Ngữ Pháp Lý:

Việc kháng cáo đến chương trình của chúng tôi về quyết định bao trả 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 theo lịch hoặc 7 ngày theo lịch đối với thuốc Phần B. Kháng cáo nhanh thường được đưa ra trong vòng 72 giờ.

- Nếu quý vị đang kháng cáo quyết định mà chúng tôi đã đưa ra về mức bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc, quý vị và/hoặc bác sĩ cần quyết định liệu 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 phải 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.** Quý vị cũng có thể yêu cầu kháng cáo bằng cách gọi điện cho chúng tôi. 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 65 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 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 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 và cho quý vị biết câu trả lời.

- 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 và 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 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 cần thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không được dành thêm thời gian nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc Phần 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. 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. Phần 6.4 giải thích về quy trình kháng cáo Cấp 2.

- **Nếu chúng tôi trả lời đồng ý với một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị,** chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm chúng tôi đồng ý trong vòng 72 giờ sau khi 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

- 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 kháng cáo của quý vị. Nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc Phần B quý vị chưa nhận được, chúng tôi sẽ trả lời **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi nhận được kháng cáo. 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 cần thêm tối đa 14 ngày theo lịch** nếu yêu cầu của quý vị là về vật phẩm hoặc dịch vụ y tế. Nếu chúng tôi cần thêm ngày, 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 yêu cầu của quý vị là về thuốc Phần 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. (Đến Phần 11 để biết thêm thông tin về khiếu nại.)

  - Nếu chúng tôi không đưa ra câu trả lời cho quý vị kịp thời hạn (hoặc chậm nhất vào lúc 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. 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. 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 yêu cầu của quý vị là về vật phẩm hoặc dịch vụ y tế hoặc **trong vòng 7 ngày theo lịch** nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc Phần B.

- **Nếu chương trình của chúng tôi từ chối một phần hoặc tất cả 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. 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.

Phần 6.4 Quy trình 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.

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

- Chúng tôi sẽ gửi thông tin về kháng cáo của quý vị cho tổ chức này. Thông tin này được gọi là **hồ sơ trường hợp**. **Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp một bản sao hồ sơ trường hợp**.
- 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 về kháng cáo của quý vị.

Nếu quý vị đã có kháng cáo nhanh ở Cấp 1, quý vị cũng sẽ có kháng cáo nhanh ở Cấp 2.

- Đối với kháng cáo nhanh, tổ chức đánh giá độc lập phải cho quý vị biết câu trả lời đối với kháng cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** kể từ khi nhận được 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**. Nếu họ dành thêm ngày để đưa ra quyết định, họ sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Tổ chức đánh giá độc lập không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc Phần B.

Nếu quý vị có kháng cáo tiêu chuẩn ở Cấp 1, quý vị cũng sẽ có kháng cáo tiêu chuẩn ở Cấp 2.

- Đối với kháng cáo tiêu chuẩn, nếu yêu cầu của quý vị là về vật phẩm hoặc dịch vụ y tế, tổ chức đánh giá độc lập phải cho quý vị biết câu trả lời đối với kháng cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 30 ngày theo lịch** sau khi nhận được kháng cáo của quý vị. Nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc Phần B, tổ chức đánh giá độc lập phải cho quý vị biết câu trả lời đối với kháng cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi nhận được 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**. Nếu họ dành thêm ngày để đưa ra quyết định, họ sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Tổ chức đánh giá độc lập không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc Phần B.

Bước 2: Tổ chức đánh giá độc lập cho quý vị biết câu trả lời của họ.

Tổ chức đánh giá độc lập sẽ cho quý vị biết quyết định của họ bằng văn bản và giải thích lý do đưa ra quyết định đó.

- **Nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý với một phần hoặc toàn bộ 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**. Đối với **yêu cầu nhanh**, chúng tôi có **72 giờ** kể từ ngày nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá độc lập.

- **Nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về thuốc Phần B**, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp thuốc Phần 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**. Đối với **yêu cầu nhanh** chúng tôi có **24 giờ** kể từ ngày nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá độc lập.

- **Nếu tổ chức đánh giá độc lập 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**). Trong trường hợp này, tổ chức đánh giá độc lập sẽ gửi thư cho quý vị để:

    - Giải thích cho quyết định đưa ra.

    - Cho quý vị biết 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 3 cấp trong quy trình kháng cáo sau Cấp 2 (tổng cộng 5 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 giải thích về quy trình kháng cáo Cấp 3, 4 và 5.

Phần 6.5 Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho quý vị hóa đơn quý vị nhận được cho dịch vụ chăm sóc y tế

Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ hoặc vật phẩm California Medi-Cal (Medicaid) được chương trình của chúng tôi bao trả, hãy yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn trả cho quý vị (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.

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 bao trả. 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 được bao trả hay không. Chúng tôi cũng sẽ kiểm tra xem quý vị có tuân thủ tất cả quy định về việc sử dụng bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị hay không.

- **Nếu chúng tôi đồng ý với yêu cầu của quý vị:** Nếu dịch vụ chăm sóc y tế được bao trả và quý vị đã tuân theo tất cả quy định, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị khoản thanh toán cho chi phí đó, thường là trong vòng 30 ngày theo lịch nhưng không quá 60 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu. Nếu quý vị chưa thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế đó, 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 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 dịch vụ chăm sóc y tế này và lý do giải thích tại sao.

Nếu không đồng ý 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 bao trả chúng tôi đã đưa ra khi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị.

Để nộp kháng cáo này, hãy làm theo quy trình kháng cáo trong Phần 6.3. Đối với kháng cáo liên quan đến bồi hoàn, xin 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 và đã thanh toán, 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 kháng cáo của quý vị là đồng ý ở bất kỳ giai đoạn nào của quy trình kháng cáo sau Cấp 2, chúng tôi phải gửi khoản thanh toán mà quý vị đã yêu cầu cho quý vị hoặc nhà cung cấp trong vòng 60 ngày theo lịch.

PHẦN 7 Thuốc Phần D: Cách yêu cầu quyết định bao trả 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 Phần D hoặc quý vị muốn chúng tôi hoàn lại tiền thuốc Phần 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. (Đến 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 Phần D, quy định, giới hạn và chi phí, đến Chương 5 và 6. **Phần này chỉ nói về các loại thuốc Phần D của quý vị.** Để đơn giản, chúng tôi thường

dùng từ *thuốc* trong phần còn lại của phần này, thay vì lặp lại *thuốc theo toa dành cho bệnh nhân ngoại trú được chi trả* hoặc *thuốc Phần D* mỗi lần. 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 cho loại thuốc đó.

- Nếu nhà thuốc của quý vị cho quý vị biết rằng toa thuốc của quý vị không mua được theo toa, 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 bao trả.

Quyết định bảo hiểm và kháng cáo Phần D

Thuật Ngữ Pháp Lý:

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

Quyết định bao trả là quyết định chúng tôi đưa ra về phúc lợi và bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền mà chúng tôi sẽ chi 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 Phần D không có trong Danh sách thuốc của chương trình chúng tôi. **Yêu cầu trường hợp ngoại lệ. Phần 7.2**

- Yêu cầu miễn hạn chế về mức bảo hiểm của chương trình chúng tôi 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 chúng tôi thanh toán chia sẻ chi phí thấp hơn cho một loại thuốc được bao trả trên bậc chia sẻ chi phí cao hơn. **Yêu cầu trường hợp ngoại lệ. Phần 7.2**

- Yêu cầu chấp thuận trước cho một loại thuốc. **Yêu cầu quyết định bao trả. 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**

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bao trả chúng tôi đã đưa ra, quý vị có thể kháng cáo quyết định đó.

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 Yêu cầu trường hợp ngoại lệ

Thuật Ngữ Pháp Lý:

Yêu cầu bảo hiểm cho thuốc không nằm trong Danh Sách Thuốc được gọi là **ngoại lệ trong danh mục thuốc**.

Yêu cầu xóa bỏ hạn chế đối với mức bảo hiểm cho một loại thuốc được gọi là **ngoại lệ trong danh mục thuốc**.

Yêu cầu trả tiền ít hơn cho thuốc không được ưu tiên được bao trả được gọi là **ngoại lệ về bậc thuốc**.

Nếu một loại thuốc không được bao trả theo cách mà quý vị muốn được bao trả, quý vị có thể yêu cầu **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 3 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 thuốc Phần D không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi.** Nếu chúng tôi đồng ý bao trả cho một loại thuốc không nằm trong Danh Sách Thuốc, quý vị sẽ phải thanh toán khoản chia sẻ chi phí áp dụng cho các loại thuốc trong Bậc 3 (Thuốc Không Được Ưu Tiên). Quý vị không thể yêu cầu trường hợp ngoại lệ với khoản chia sẻ chi phí mà chúng tôi yêu cầu quý vị thanh toán cho loại thuốc đó khi chúng tôi đồng ý bao trả cho một loại thuốc không có trong Danh Sách Thuốc.

2. **Bỏ hạn chế đối với một loại thuốc được bao trả.** Chương 5 mô tả các quy định hoặc hạn chế bổ sung áp dụng cho một số loại thuốc nhất định trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi. Nếu chúng tôi đồng ý đặt ra trường hợp ngoại lệ và từ bỏ hạn chế cho quý vị, quý vị có thể yêu cầu đặt ra trường hợp ngoại lệ cho khoản chia sẻ chi phí chúng tôi yêu cầu quý vị trả cho loại thuốc đó.

3. **Thay đổi mức bảo hiểm của một loại thuốc xuống bậc chia sẻ chi phí thấp hơn.** Mọi loại thuốc có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi đều thuộc một trong sáu bậc chia sẻ chi phí. Nhìn chung, số bậc chia sẻ chi phí càng thấp, quý vị phải thanh toán càng ít cho phần chi phí thuốc của quý vị.

    - Nếu Danh Sách Thuốc của chúng tôi có chứa (các) loại thuốc thay thế để điều trị bệnh lý của quý vị ở bậc chia sẻ chi phí thấp hơn thuốc của quý vị, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bao trả cho thuốc của quý vị với số tiền chia sẻ chi phí áp dụng cho thuốc thay thế đó.

    - Nếu thuốc quý vị đang dùng là sản phẩm sinh học, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bao trả cho thuốc của quý vị ở số tiền chia sẻ chi phí thấp hơn. Đây sẽ là bậc thấp nhất với các lựa chọn thay thế sản phẩm sinh học để điều trị bệnh lý của quý vị.

    - Nếu thuốc quý vị đang dùng là thuốc chính hiệu, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bao trả cho thuốc của quý vị với số tiền chia sẻ chi phí áp dụng cho bậc thấp nhất với các lựa chọn thay thế thuốc chính hiệu để điều trị bệnh lý của quý vị.

- Nếu thuốc quý vị đang dùng là thuốc gốc, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bao trả cho thuốc của quý vị với số tiền chia sẻ chi phí áp dụng cho bậc thấp nhất với các lựa chọn thay thế thuốc chính hiệu hoặc thuốc gốc để điều trị bệnh lý của quý vị.
- Quý vị không thể yêu cầu chúng tôi thay đổi bậc chia sẻ chi phí với bất kỳ loại thuốc nào ở Bậc 5 (Bậc Đặc Trị).
- Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu ngoại lệ về bậc thuốc và có nhiều bậc chia sẻ chi phí thấp hơn với các loại thuốc thay thế mà quý vị không thể dùng, thông thường quý vị phải trả số tiền thấp nhất.

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 cung cấp cho chúng tôi tuyên bố giải thích lý do y tế cho việc quý vị yêu cầu 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.

Danh Sách Thuốc của chúng tôi thường bao gồm nhiều loại thuốc để điều trị một bệnh trạng cụ thể. Những khả năng khác nhau này được gọi là thuốc **thay thế**. Nếu thuốc thay thế có hiệu quả như loại thuốc mà quý vị yêu cầu và không gây thêm tác dụng phụ hoặc các vấn đề sức khỏe khác, chúng tôi thường sẽ không chấp thuận yêu cầu trường hợp ngoại lệ của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi một ngoại lệ về bậc thuốc, chúng tôi thường sẽ không chấp nhận yêu cầu của quý vị trừ khi tất cả các loại thuốc thay thế trong (các) bậc chia sẻ chi phí thấp hơn không có tác dụng hiệu quả cho quý vị hoặc có thể gây ra phản ứng bất lợi hoặc nguy hại khác.

Chúng tôi có thể đồng ý hoặc từ chối yêu cầu của quý vị

- Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu trường hợp ngoại lệ của quý vị, chấp thuận của chúng tôi thường có hiệu lực đến hết năm chương trình của chúng tôi. 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 lại bằng cách nộp đơn kháng cáo.

Phần 7.4 Cách yêu cầu quyết định bao trả, bao gồm cả trường hợp ngoại lệ

Thuật ngữ pháp lý:

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

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 bao trả tiêu chuẩn được đưa ra trong vòng **72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. **Quyết định nhanh về bảo hiểm** được đưa ra trong vòng **24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu 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 2 yêu cầu:**

- Quý vị phải đang yêu cầu về loại thuốc quý vị chưa nhận được. (Quý vị không thể yêu cầu quyết định nhanh về bảo hiểm để được 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 khả 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 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 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 bao trả 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 quyết định bao trả tiêu chuẩn 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 cũng có thể tìm hiểu về quy trình quyết định bảo hiểm qua trang web của chúng tôi. Chúng tôi phải chấp nhận mọi văn bản yêu cầu, bao gồm cả yêu cầu nộp lên theo *Mẫu Đơn Yêu Cầu Quyết Định Bảo Hiểm Mẫu của CMS*, có trên trang web của chúng tôi go.wellcare.com/CAcoveragedeterminations. Chương 2 có thông tin liên hệ. Để hỗ trợ chúng tôi xử lý yêu cầu của quý vị, hãy nhớ điền tên, thông tin liên hệ và thông tin cho biết 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 5.1 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 văn bản hỗ trợ**, 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 nhanh về bảo hiểm

- 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 văn bản hỗ trợ 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. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản nếu yêu cầu của quý vị đã được gửi đến tổ chức đánh giá độc lập.
- **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 đã đồng ý cung cấp trong vòng 24 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc văn bản của bác sĩ ủng hộ yêu cầu 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 cho quý vị văn bản giải thích lý do từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách thực hiện kháng cáo.

Thời hạn cho quyết định bao trả tiêu chuẩn về loại thuốc 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 văn bản hỗ trợ 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. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản nếu yêu cầu của quý vị đã được gửi đến tổ chức đánh giá độc lập.
- **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** đã đồng ý cung cấp **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc văn bản của bác sĩ ủng hộ yêu cầu 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 cho quý vị văn bản giải thích lý do từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách thực hiện kháng cáo.

Thời hạn cho quyết định bao trả tiêu chuẩn về khoản thanh toán cho loại thuốc quý vị đã mua

- Chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi 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. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản nếu yêu cầu của quý vị đã được gửi đến tổ chức đánh giá độc lập.
- **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 nhận được yêu cầu.
- **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 cho quý vị văn bản giải thích lý do từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách thực hiện kháng cáo.

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 Cách nộp đơn kháng cáo Cấp 1

Thuật Ngữ Pháp Lý:

Việc kháng cáo lên chương trình của chúng tôi về quyết định bao trả thuốc Phần D được gọi là tái quyết định của chương trình.

Kháng cáo nhanh còn được gọi là **tái 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 7 ngày theo lịch. Kháng cáo nhanh thường được đưa ra trong vòng 72 giờ. Hãy yêu cầu kháng cáo nhanh nếu trình 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, 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 phải liên hệ với chúng tôi và nộp đơn kháng cáo Cấp 1. Nếu sức khỏe của quý vị cần trả lời nhanh, quý vị phải yêu cầu kháng cáo nhanh.

- **Đối với 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, hãy nộp kháng cáo bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số: 711).** Chương 2 có thông tin liên hệ.
- **Chúng tôi phải chấp nhận mọi văn bản yêu cầu,** bao gồm cả yêu cầu nộp lên theo *Mẫu Đơn Yêu Cầu Tái Quyết Định Mẫu của CMS*, có trên trang web của chúng tôi go.wellcare.com/CAcoveragedeterminations. Nhớ điền tên, thông tin liên hệ và thông tin về yêu cầu của quý vị để hỗ trợ chúng tôi xử lý yêu cầu.
- **Quý vị phải nộp yêu cầu kháng cáo trong vòng 65 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 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 và cho quý vị biết câu trả lời.

- 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 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 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. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản nếu yêu cầu của quý vị đã được gửi đến tổ chức đánh giá độc lập. Phần 7.6 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 cung cấp mức bảo hiểm đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi nhận được kháng cáo.
- **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 thông báo bằng văn bản giải thích lý do từ chối và cách quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Thời hạn cho kháng cáo tiêu chuẩn về loại thuốc 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 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 trong vòng 7 ngày theo lịch, chúng tôi 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. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản nếu yêu cầu của quý vị đã được gửi đến tổ chức đánh giá độc lập. Phần 7.6 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 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 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 thông báo bằng văn bản giải thích lý do từ chối và cách quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Thời hạn cho kháng cáo tiêu chuẩn về khoản thanh toán cho loại thuốc quý vị đã mua

- Chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi 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. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản nếu yêu cầu của quý vị đã được gửi đến tổ chức đánh giá độc lập.
- **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 nhận được yêu cầu.
- **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 cho quý vị văn bản giải thích lý do từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách thực hiện kháng cáo.

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối đơn kháng cáo 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 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.

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 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 kháng cáo Cấp 2 này, thời hạn quý vị phải tuân theo và cách liên hệ với tổ chức đánh giá độc lập.

- **Quý vị phải nộp yêu cầu kháng cáo trong vòng 65 ngày theo lịch** kể từ ngày ghi trên văn bản thông báo.

- 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 chuyển tiếp yêu cầu của quý vị đến cơ quan đánh giá độc lập. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản nếu yêu cầu của quý vị đã được gửi đến tổ chức đánh giá độc lập.

- Chúng tôi sẽ gửi thông tin về kháng cáo của quý vị cho tổ chức đánh giá độc lập này. Thông tin này được gọi là **hồ sơ trường hợp**. **Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp một bản sao hồ sơ trường hợp.**

- 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 về 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 đánh giá độc lập đồng ý áp dụng kháng cáo nhanh cho quý vị, tổ chức đánh giá độc lập phải cho quý vị biết câu trả lời đối với kháng cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi tổ chức này nhận được yêu cầu kháng cáo của quý vị.

Thời hạn cho kháng cáo tiêu chuẩn

- Đối với kháng cáo tiêu chuẩn, tổ chức đánh giá độc lập phải cho quý vị biết câu trả lời đối với kháng cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi tổ chức này nhận được kháng cáo của quý vị nếu đó là kháng cáo về thuốc quý vị chưa nhận được. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn tiền lại cho quý vị đối với thuốc quý vị đã mua, tổ chức đánh giá độc lập 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 cho quý vị biết câu trả lời của họ.

Đối với kháng cáo nhanh:

- **Nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý 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 độc lập chấp thuận **trong vòng 24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá độc lập.

Đối với kháng cáo tiêu chuẩn:

- **Nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý 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 độc lập chấp thuận **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá độc lập.

- **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 thuốc quý vị đã mua, 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 độc lập.

Điều gì sẽ xảy ra nếu tổ chức đánh giá độc lập từ chối kháng cáo của quý vị?

N**ếu tổ chức đánh giá độc lập từ chối một phần hoặc toàn bộ kháng cáo của quý vị,** điều này có nghĩa là họ đồng ý với quyết định không chấp thuận yêu cầu (hoặc một phần yêu cầu) của quý vị của chúng tôi. (Điều này được gọi là **giữ nguyên quyết định**. Điều này cũng được gọi là **bác bỏ kháng cáo**.) Trong trường hợp này, tổ chức đánh giá độc lập sẽ gửi thư cho quý vị để:

- Giải thích cho quyết định đưa ra.

- Cho quý vị biết về quyền được kháng cáo Cấp 3 nếu giá trị tiền mặt của mức bảo hiểm thuốc quý vị yêu cầu đáp ứng mức tối thiểu nhất định. Nếu giá trị tiền mặt của mức bảo hiểm thuốc 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 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 3 cấp trong quy trình kháng cáo sau Cấp 2 (tổng cộng 5 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 giải thích về quy trình kháng cáo Cấp 3, 4 và 5.

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 quý vị nằm viện được bao trả, bác sĩ của quý vị và đội ngũ nhân viên của bệnh viện sẽ làm việc với quý vị để chuẩn bị cho ngày quý vị rời khỏi bệnh 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 quý vị biết các quyền của quý vị

Trong vòng 2 ngày theo lịch 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, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711) hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Người dùng TTY gọi số 1-877-486-2048).

1. **Vui lòng đọc kỹ thông báo này và đặt câu hỏi nếu không hiểu thông tin nào.** Thông báo này cho quý vị biết:
    - Quyền được nhận dịch vụ được Medicare bao trả của quý vị 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 được **yêu cầu xem xét ngay lập tức** quyết định xuất viện của quý vị nếu quý vị cho rằng quý vị được xuất viện quá sớm. Đây là 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.

2. **Quý vị sẽ được yêu cầu ký vào 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 vào 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 vào thông báo **không có nghĩa là** quý vị đồng ý với ngày xuất viện.

3. **Giữ lại bản sao** của thông báo để quý vị có được thông tin về việc nộp đơn kháng cáo (hoặc báo cáo lo ngại về chất lượng dịch vụ chăm sóc) nếu cần.

   - Nếu ký vào thông báo trước ngày xuất viện hơn 2 ngày, quý vị sẽ nhận được một bản sao khác trước khi quý vị được lên lịch xuất viện.

   - Để xem trước bản sao của thông báo này, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711) hoặc 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Quý vị cũng có thể nhận thông báo này trực tuyến tại CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Phần 8.2 Cách nộp đơn kháng cáo Cấp 1 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Để yêu cầu chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện lâu hơn, hãy sử dụng quy trình kháng cáo để đưa ra 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**

- **Hãy yêu cầu trợ giúp nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711). Hoặc gọi cho Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (SHIP) để được trợ giúp cá nhân. Thông tin liên hệ của SHIP có trong Chương 2, Phần 3.

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 chuyên gia y tế khác được chính phủ liên bang trả lương để kiểm tra và cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc dành cho 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.

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 quý vị 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, hãy liên hệ với chúng tôi.** Nếu quý vị quyết định nằm viện sau ngày xuất viện theo chương trình, *quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí* cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện quý vị nhận sau ngày xuất viện theo chương trình.
- Sau khi quý vị 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 theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711) hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Người dùng TTY gọi số 1-877-486-2048.) Hoặc quý vị có thể nhận mẫu thông báo trực tuyến tại CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

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 (*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 tiếp tục. Quý vị không phải chuẩn bị bất kỳ thứ gì bằng văn bản, nhưng quý vị có thể làm như vậy nếu muốn.
- Những người 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 chúng tôi và bệnh viện 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 độc lập *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 sẽ 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 độc lập *từ chối*, họ cho rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là phù hợp về mặt y tế. Nếu vậy, **bảo hiểm của chúng tôi cho các dịch vụ nội trú tại bệnh viện của quý vị sẽ kết thúc** vào giữa trưa của ngày *sau* ngày Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng trả lời đơn kháng cáo của quý vị.
- Nếu tổ chức đánh giá độc lập *từ chối* đơn kháng cáo của quý vị và quý vị quyết định nằm viện, **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 chương trình của mình, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo khác. Nộp đơn kháng cáo khác có nghĩa là quý vị sẽ tới **Cấp 2** của quy trình kháng cáo.

Phần 8.3 Cách nộp đơn kháng cáo Cấp 2 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

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* 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 độc lập 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 độc lập 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 cần quyết định xem quý vị có muốn tiếp tục kháng cáo bằng cách chuyển lên Cấp 3 hay không.

- Có thêm 3 cấp trong quy trình kháng cáo sau Cấp 2 (tổng cộng 5 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 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

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 3 loại dịch vụ chăm sóc này 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 cho rằng chúng tôi 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 kháng cáo.

Phần 9.1 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 bao trả 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 2 ngày theo lịch 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 khoảng thời gian lâu hơn.
2. **Quý vị hoặc người hành động thay mặt cho quý vị sẽ được yêu cầu ký vào văn bản thông báo để thể hiện quý vị đã nhận được thông báo.** Việc ký tên vào thông báo này *chỉ* thể hiện 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 ngừng dịch vụ chăm sóc của chương trình chúng tôi.

Phần 9.2 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 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**
- **Hãy yêu cầu trợ giúp nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711). Hoặc gọi cho Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (SHIP) để được trợ giúp cá nhân. Thông tin liên hệ của SHIP có trong Chương 2, Phần 3.

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. **Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng** là một nhóm các bác sĩ và chuyên gia y tế khác được chính phủ liên bang trả lương để kiểm tra và cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc dành cho người tham gia Medicare. Việc này bao gồm cả việc xét duyệt các quyết định của chương trình về thời điểm dừng bao trả cho một số loại dịch vụ chăm sóc y tế nhất định. Những chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi.

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 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 **giữa trưa ngày trước ngày có hiệu lực** trong *Thông Báo Về Việc Không Bao Trả Của Medicare*.
- Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này và muốn nộp đơn kháng cáo, quý vị vẫn có quyền kháng cáo. Liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng bằng thông tin liên hệ trong Thông Báo về việc Không Bao Trả của Medicare. Quý vị cũng có thể tìm thấy tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng tại tiểu bang của quý vị trong Chương 2.

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 độc lập 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 cung cấp cho họ.
- Muộn nhất vào cuối ngày những người xét duyệt thông báo cho chúng tôi biết về kháng cáo của quý vị, quý vị sẽ nhận được *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?

- 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 sẽ 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, **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 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 cho dịch vụ chăm sóc đó chấm dứt thì quý vị có thể nộp đơn kháng cáo Cấp 2.

Phần 9.3 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) *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 cuộc duyệt xét 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 tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau ngày bảo hiểm 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.

Bước 3: Trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu kháng cáo, những người xét duyệt sẽ quyết định về đơn kháng cáo và cho quý vị biết quyết định của họ.

Điều gì sẽ xảy ra nếu tổ chức đánh giá độc lập 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 sẽ xảy ra nếu tổ chức đánh giá độc lập 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 3 cấp trong quy trình kháng cáo sau Cấp 2 (trong tổng số 5 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 10 Tiếp tục chuyển kháng cáo của quý vị lên Cấp 3, 4 và 5

Phần 10.1 Các Cấp Kháng Cáo 3, 4 và 5 cho Yêu Cầu Dịch Vụ Y Tế

Mục này có thể thích hợp cho quý vị nếu quý vị đã nộp kháng cáo Cấp 1 và kháng cáo Cấp 2 và cả hai 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 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, 3 cấp kháng cáo cuối cùng hoạt động khá giống với 2 cấp đầu tiên. Dưới đây là những người giải quyết việc xét duyệt đơn kháng cáo của quý 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* 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 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 chúng tôi 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 mọi tài liệu kèm theo. 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* hoặc *không thể* kết thúc.**
  - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối đơn kháng cáo, 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 đánh giá 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* hoặc *không thể* kết thúc.** Không giống như quyết định ở Cấp 2, chúng tôi có quyền kháng cáo quyết định ở Cấp 4 có lợi cho quý vị. Chúng tôi sẽ quyết định có nên kháng cáo quyết định này lên 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* 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 sẽ 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 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 Phần D

Mục này có thể thích hợp cho quý vị nếu quý vị đã nộp kháng cáo Cấp 1 và kháng cáo Cấp 2 và cả hai kháng cáo của quý vị đều bị từ chối.

Nếu giá trị của thuốc mà quý vị đã kháng cáo đáp ứng 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 kháng cáo Cấp 2 của quý vị sẽ giải thích quý vị 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, 3 cấp kháng cáo cuối cùng hoạt động khá giống với 2 cấp đầu tiên. Dưới đây là những người giải quyết việc xét duyệt đơn kháng cáo của quý 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 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 cấp tốc) **hoặc thanh toán chậm nhất là 30 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định.
- **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* 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 sẽ 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 đánh giá 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 cấp tốc) 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 hoặc nếu Hội Đồng từ chối yêu cầu xét duyệt, quy trình kháng cáo *có thể* hoặc *không thể* kết thúc.**
    - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối đơn kháng cáo của quý vị thì quy trình kháng cáo sẽ 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 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.

Nộp đơn 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 cả 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?

Khiếu nại	Ví dụ
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 của chúng tôi 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 hoặc nhân viên khác của chương trình chúng tôi? ○ 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?
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 bao trả và kháng cáo)	Nếu quý vị đã yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bao trả hoặc đã nộp đơn kháng cáo và quý vị cho rằng chúng tôi không trả lời đủ nhanh, quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về sự chậm trễ của chúng tôi. Dưới đây là các ví dụ: • Nếu quý vị đã yêu cầu chúng tôi 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 về quyết định bao trả 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 còn được gọi là **than phiền.**

Nộp đơn khiếu nại được gọi là **nộp đơn than phiền.**

Sử dụng quy trình khiếu nại được gọi là **sử dụng quy trình nộp đơn than phiền.**

Khiếu nại nhanh được gọi là **than phiền cấp tốc.**

Bước 1: Liên hệ với chúng tôi ngay lập tức qua điện thoại hoặc bằng văn bản.

- **Bước đầu tiên thường là gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711).** 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.
- **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 Khiếu Nại.** 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 văn bản yêu cầu qua đường bưu điện tới địa chỉ nêu trong phần *Khiếu Nại về Dịch Vụ Chăm Sóc Y Tế* hoặc *Khiếu Nại về Thuốc Phần D* trong Chương 2 của tài liệu này.
    - Nếu quý vị yêu cầu trả lời bằng văn bản, nếu quý vị nộp đơn khiểu 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 Phần 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 Khiếu Nại 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 xét duyệt nhanh một yêu cầu về dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc Phần D của quý vị.
- Chúng tôi từ chối yêu cầu được xét duyệt nhanh một kháng cáo về dịch vụ hoặc thuốc Phần 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 nêu trong phần *Khiếu Nại về Dịch Vụ Chăm Sóc Y Tế* hoặc Khiếu Nại *về Thuốc Phần 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 trường hợp và thông báo bằng văn bản trong vòng 24 giờ kể từ khi nhận đươc 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 khiếu nại của quý vị. Nếu chúng tôi quyết định dành thêm ngày, 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 áp dụng khiếu nại nhanh cho quý vị.** Nếu quý vị có khiếu nại nhanh, điều đó có nghĩa là chúng tôi sẽ **trả lời trong vòng 24 giờ**.

- **Nếu chúng tôi không đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ 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 11.3 Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về chất lượng chăm sóc lên Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng

Khi khiếu nại của quý vị là về *chất lượng chăm sóc*, quý vị có thêm 2 lựa chọn:

- **Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại trực tiếp lên Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng.** Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng là nhóm các bác sĩ hành nghề và chuyên gia chăm sóc y tế khác được 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 11.4 Quý vị cũng có thể thông báo cho Medicare về 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, truy cập Medicare.gov/my/medicare-complaint. Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY/TDD gọi số 1-877-486-2048.

Các vấn đề về phúc lợi California Medi-Cal (Medicaid) của quý vị

PHẦN 12 Xử lý các vấn đề về phúc lợi California Medi-Cal (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 California Medi-Cal (Medicaid) bao trả, quý vị có quyền kháng cáo quyết định của chúng tôi lên California Medi-Cal (Medicaid).

Chương trình của chúng tôi sẽ hỗ trợ quý vị tìm mẫu đơn nếu cần. Để được nhận hỗ trợ khác như kiểm tra phúc lợi California Medi-Cal (Medicaid) của quý vị và/hoặc giải đáp thắc mắc về yêu cầu bảo hiểm, khiếu nại và/hoặc kháng cáo, vui lòng liên hệ với văn phòng Medicaid Tiểu Bang của quý vị. Quý vị có thể tìm thông tin liên hệ trong Chương 2, Phần 6.

Để nộp đơn khiếu nại (than phiền) hoặc kháng cáo về dịch vụ California Medi-Cal (Medicaid), vui lòng liên hệ văn phòng Medicaid Tiểu Bang của quý vị. Quý vị có thể tìm thông tin liên hệ trong Chương 2, Phần 6.

CHƯƠNG 10:
Kết thúc tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi

PHẦN 1 Chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Việc chấm dứt là thành viên chương trình Wellcare Health Net 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 chương trình của chúng tôi vì quý vị quyết định quý vị *muốn* như vậy. Phần 2 và 3 cung cấp thông tin về việc tự nguyện chấm dứt tư cách thành viên của quý vị.
- Ngoài ra, có một số ít trường hợp chúng tôi buộc phải 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 của mình 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 của mình vì 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. Vì quý vị có Medicaid, quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi bằng cách chọn một trong các chương trình Medicare sau đây vào tháng bất kỳ trong năm:

- Original Medicare có chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare riêng biệt
- D-SNP tích hợp cung cấp bảo hiểm theo Medicare và hầu hết hoặc toàn bộ phúc lợi và dịch vụ của Medicaid trong cùng một chương trình, nếu đủ điều kiện

Lưu ý: Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi chương trình bảo hiểm thuốc Medicare, không còn nhận Trợ Giúp Bổ Sung và không có bảo hiểm thuốc có uy tín trong khoảng thời gian 63 ngày liên tục trở lên, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh muộn Phần D nếu sau đó quý vị tham gia một chương trình bảo hiểm thuốc Medicare. Nếu quý vị nhận Trợ Giúp Bổ Sung, Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình bảo hiểm thuốc, trừ khi quý vị không lựa chọn tự động ghi danh.

- Gọi cho Văn Phòng Medicaid Tiểu Bang của quý vị theo số 1-800-541-5555, người dùng TTY gọi số 1-800-430-7077 để tìm hiểu về các lựa chọn chương trình Medicaid của quý vị.
- Các lựa chọn chương trình y tế Medicare khác sẽ có trong **Giai Đoạn Ghi Danh Mở**. Phần 2.2 cho quý vị biết thêm về Giai Đoạn Ghi Danh Mở.
- **Tư cách thành viên của quý vị thường sẽ 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 Mở

Quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên của mình trong **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 Mở** kéo dài 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, quý vị có thể chọn bất cứ loại bảo hiểm nào sau đây:
    - Chương trình y tế Medicare khác, có hoặc không có bảo hiểm thuốc.
    - Original Medicare *có* chương trình bảo hiểm thuốc Medicare riêng biệt
    - Original Medicare *không có* chương trình bảo hiểm thuốc Medicare riêng biệt.
    - D-SNP tích hợp cung cấp bảo hiểm theo Medicare và hầu hết hoặc toàn bộ phúc lợi và dịch vụ của Medicaid trong cùng một chương trình, nếu đủ điều kiện.

Quý vị nhận Trợ Giúp Bổ Sung từ Medicare để thanh toán cho thuốc theo toa: Nếu quý vị đổi qua Original Medicare và không ghi danh vào một chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare riêng biệt, 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 Medicare, không còn nhận Trợ Giúp Bổ Sung và không có bảo hiểm thuốc có uy tín từ 63 ngày liên tiếp trở lên, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh muộn Phần D nếu sau đó quý vị tham gia một chương trình thuốc Medicare.

- **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.

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 thể thực hiện thay đổi bảo hiểm y tế của quý vị *một lần* trong **Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage** hàng năm.

- **Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage** kéo dài từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 và đối với người thụ hưởng Medicare mới đã ghi danh vào một chương trình MA là kể từ tháng có quyền được bảo hiểm theo Phần A và Phần B cho đến ngày cuối cùng của tháng thứ 3 có quyền được bảo hiểm.
- **Trong Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage,** quý vị có thể:
    - Chuyển sang Chương Trình Medicare Advantage khác có hoặc không có bảo hiểm thuốc.
    - Hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi và nhận bảo hiểm thông qua Original Medicare. Nếu quý vị đổi qua Original Medicare trong giai đoạn này, quý vị cũng có thể đồng thời tham gia một chương trình bảo hiểm thuốc Medicare riêng biệt.
- **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 được yêu cầu đổi qua Original Medicare của quý vị. Nếu quý vị cũng chọn ghi danh vào một chương trình bảo hiểm thuốc Medicare, 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 được yêu cầu ghi danh của quý vị.

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. Các tình huống sau đây chỉ là ví dụ. Để có danh sách đầy đủ, quý vị có thể liên hệ với chương trình của chúng tôi, gọi cho Medicare hoặc truy cập Medicare.gov.

- Thông thường, khi quý vị chuyển đi
- Nếu quý vị có California Medi-Cal (Medicaid)
- Nếu quý vị hội đủ điều kiện được nhận Trợ Giúp Bổ Sung để chi trả cho bảo hiểm thuốc 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 vào 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 chỉ đủ điều kiện trong một số Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt nhất định. 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, hãy gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi 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. Quý vị có thể chọn:

- Chương trình y tế Medicare khác, có hoặc không có bảo hiểm thuốc,
- Original Medicare *có* chương trình bảo hiểm thuốc Medicare riêng biệt,
- Original Medicare *không có* chương trình bảo hiểm thuốc Medicare riêng biệt.
- D-SNP tích hợp cung cấp bảo hiểm theo Medicare và hầu hết hoặc toàn bộ phúc lợi và dịch vụ của Medicaid trong cùng một chương trình, nếu đủ điều kiện.

Lưu ý: Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi chương trình bảo hiểm thuốc Medicare, không còn nhận Trợ Giúp Bổ Sung và không có bảo hiểm thuốc có uy tín từ 63 ngày liên tiếp trở lên, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh muộn Phần D nếu sau đó quý vị tham gia một chương trình thuốc Medicare.

Nếu quý vị nhận Trợ Giúp Bổ Sung từ Medicare để thanh toán cho thuốc thuộc bảo hiểm thuốc của quý vị: Nếu quý vị đổi qua Original Medicare và không ghi danh vào một chương trình bảo hiểm thuốc Medicare riêng biệt, 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 quý vị yêu cầu thay đổi chương trình của chúng tôi.

Lưu ý: Phần 2.1 và 2.2 cho quý vị biết thêm về giai đoạn ghi danh đặc biệt cho người có Medicaid và Trợ Giúp Bổ Sung.

Phần 2.5 Nhận thêm thông tin về thời điểm quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên

Nếu quý vị có câu hỏi về việc kết thúc tư cách thành viên, quý vị có thể:

- **Gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711)**
- Tìm thông tin trong sổ tay ***Medicare & Quý vị năm 2027***

- Gọi cho **Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (người dùng TTY gọi số 1-877-486-2048)

PHẦN 3 Cách chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Bảng sau đây trình bày cách quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi.

Để chuyển từ chương trình của chúng tôi sang:	Đây là những việc cần làm:
Một chương trình y tế Medicare khác	• Ghi danh vào một chương trình sức khỏe mới của Medicare. • Quý vị sẽ tự động được hủy ghi danh khỏi Wellcare Health Net 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 Medicare riêng biệt	• Ghi danh vào chương trình bảo hiểm thuốc Medicare mới. • Quý vị sẽ tự động được hủy ghi danh khỏi Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) khi bảo hiểm của chương trình thuốc mới của quý vị bắt đầu.
Original Medicare *không có* chương trình bảo hiểm thuốc Medicare riêng biệt	• **Gửi cho chúng tôi văn bản yêu cầu hủy ghi danh hoặc truy cập trang web của chúng tôi để hủy ghi danh trực tuyến.** Hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711) nếu quý vị cần thêm thông tin về cách thực hiện. • Quý vị cũng có thể gọi cho **Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) và yêu cầu hủy ghi danh. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. • Quý vị sẽ được hủy ghi danh khỏi Wellcare Health Net 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 Medicare, không còn nhận Trợ Giúp Bổ Sung và không có bảo hiểm thuốc có uy tín từ 63 ngày liên tiếp trở lên, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh muộn Phần D nếu sau đó quý vị tham gia một chương trình thuốc Medicare.

Đối với các thắc mắc về phúc lợi California Medi-Cal (Medicaid) của quý vị, hãy gọi số 1-800-541-5555, TTY 1-800-430-7077, 8:00 a.m. - 5:00 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 California Medi-Cal (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.

- **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 quý vị xuất viện** (ngay cả khi quý vị xuất viện sau khi bắt đầu bảo hiểm y tế mới).

PHẦN 5 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) phải chấm dứt tư cách thành viên chương trình của quý vị trong một số trường hợp

Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 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 tham gia California Medi-Cal (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 California Medi-Cal (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 3 tháng. Tuy nhiên, trong giai đoạn này, chương trình Medicare Advantage không chịu trách nhiệm bao trả mọi phúc lợi California Medi-Cal (Medicaid) nằm trong Chương Trình Medicaid Tiểu Bang của quý vị. 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 3 tháng. Giai đoạn được coi là vẫn tiếp tục đủ điều kiện bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sau tháng mà chúng tôi được tiểu bang thông báo rằng quý vị đã mất trạng thái nhu cầu đặc biệt.

- Nếu quý vị không thanh toán khoản khấu trừ chi phí y tế của quý vị, nếu có
- Nếu quý vị di chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi
- Nếu quý vị ra khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi quá 6 tháng.
  - Nếu quý vị chuyển chỗ ở hoặc có chuyến đi xa lâu ngày, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711) 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 hoặc người mang quốc tịch Hoa Kỳ hoặc người không phải công dân nhưng đủ điều kiện cư trú
- Nếu quý vị nói dối hoặc che giấu thông tin về bảo hiểm khác có cung cấp bảo hiểm thuốc của quý vị
- Nếu quý vị cố tình cung cấp thông tin sai lệch khi ghi danh vào chương trình của chúng tôi và thông tin đó có ảnh hưởng đến tình trạng đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi. (Chúng tôi không thể bắt buộc quý vị rời chương trình của chúng tôi vì lý do này, trừ khi chúng tôi được Medicare cho phép trước.)
- Nếu quý vị tiếp tục ứng xử theo cách quấy rối và gây khó khăn cho chúng tôi trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị và các thành viên khác trong chương trình của chúng tôi. (Chúng tôi không thể bắt buộc quý vị rời chương trình của chúng tôi vì lý do này, trừ khi chúng tôi được Medicare cho phép trước.)
- Nếu quý vị cho người khác sử dụng thẻ thành viên của mình để nhận dịch vụ chăm sóc y tế. (Chúng tôi không thể bắt buộc quý vị rời chương trình của chúng tôi vì lý do này, trừ khi chúng tôi được Medicare cho phép trước.)
  - Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách thành viên của quý vị vì lý do này, Medicare có thể yêu cầu Tổng Thanh Tra điều tra trường hợp của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc muốn biết thêm thông tin về trường hợp chúng tôi có thể chấm dứt tư cách thành viên của quý vị, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711).

Phần 5.1 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 Health Net 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 cho rằng quý vị bị yêu cầu rời chương trình của chúng tôi bởi một lý do liên quan tới sức khỏe, hãy gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.

Phần 5.2 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 khiếu nại hoặc than phiền 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 (CMS). Ngoài ra, luật liên bang khác và trong một số trường hợp nhất định, luật của tiểu bang nơi quý vị sinh sống có thể được áp dụng. Điều này có thể ảnh hưởng đến quyền và trách nhiệm của quý vị ngay cả khi các luật đó không được bao gồm hoặc giải thích trong tài liệu này.

PHẦN 2 Thông báo về việc không phân biệt đối xử

Chương trình 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, 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 Sức Khỏe 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, hãy gọi cho **Phòng Dân Quyền** thuộc Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh theo số 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) hoặc Phòng Dân Quyền tại địa phương của quý vị. Quý vị cũng có thể xem lại thông tin từ Phòng Dân Quyền thuộc Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh tại HHS.gov/ocr/index.html.

Nếu quý vị có khuyết tật và cần trợ giúp để tiếp cận dịch vụ chăm sóc, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711). 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 và trách nhiệm thu tiền cho các dịch vụ được Medicare bao trả mà Medicare không phải là chương trình trả tiền chính. Thể 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 Health Net 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 nhiêm bao gồm trách nhiệm pháp lý hoặc công ty bảo hiểm khác của người hoặc tổ chức chịu trách nhiệm đó.

Một số ví dụ về việc quý vị có thể bị thương, bị ốm hoặc 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 viêc.

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
- 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 mắc bệnh do một bên chịu trách nhiệm, quý vị phải hợp tác với chương trình của chúng tôi và/hoặc nỗ lực của nhà cung cấp dịch vụ điều trị để thu hồi chi phí, 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 bàn luận nào về việc thỏa thuận.
- Thông báo ngay lập tức cho chương trình sau khi quý vị hoặc luật sư của quý vi nhận được bất kỳ khoản tiền nào từ (các) bên chịu trách nhiệm hoặc bất kỳ nguồn nào khác.
- Thanh toán số tiền thu hồi của chương trình hoặc quyền thu giữ chi phí chăm sóc sức khỏe từ bất kỳ khoản thu hồi, 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 (người dùng TTY gọi số 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 đều 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

Trung Tâm Phẫu Thuật Ngoại Trú – Trung Tâm Phẫu Thuật Ngoại Trú là cơ sở hoạt động chuyên biệt cho mục đích cung cấp dịch vụ phẫu thuật cho bệnh nhân ngoại trú không bắt buộc nhập viện và dự kiến sẽ không ở lại trung tâm này quá 24 giờ.

Kháng Cáo – Kháng cáo là điều quý vị làm nếu không đồng ý với quyết định của chúng tôi khi từ chối yêu cầu bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hay thuốc theo toa hoặc chi trả cho các dịch vụ hoặc 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 bào chế từ các nguồn sống tự nhiên như tế bào động vật, tế bào thực vật, vi khuẩn hoặc 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 tương tự sinh học. (tham khảo "**Sản Phẩm Sinh Học Gốc**" và "**Thuốc Tương Tự Sinh Học**").

Thuốc Tương Tự Sinh Học – Một loại sản phẩm sinh học rất giống, nhưng không giống hệt sản phẩm sinh học gốc. Thuốc sinh học tương tự cũng an toàn và hiệu quả như sản phẩm sinh học gốc. Một số thuốc tương tự sinh học có thể được dùng thay thế cho sản phẩm sinh học gốc tại nhà thuốc mà không cần kê toa mới (tham khảo "**Thuốc Tương Tự Sinh Học Có Thể Hoán Đổi**").

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.

Kế Hoạch Chăm Sóc – Kế hoạch về những dịch vụ quý vị sẽ nhận và cách nhận những dịch vụ đó. Kế hoạch của quý vị có thể bao gồm các dịch vụ y tế và các dịch vụ sức khỏe hành vi.

Nhóm Chăm Sóc – Nhóm chăm sóc có thể bao gồm các bác sĩ, y tá, tư vấn viên hoặc các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác để giúp quý vị nhận dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần. Nhóm chăm sóc sức khỏe của quý vị cũng giúp quý vị lập kế hoạch chăm sóc.

Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương – Giai đoạn trong Phúc Lợi Thuốc Phần D bắt đầu khi quý vị (hoặc các bên đủ tiêu chuẩn khác thay mặt quý vị) đã chi $2,400 cho thuốc được bao trả theo Phần D trong năm được bao trả. Trong giai đoạn thanh toán này, quý vị không phải thanh toán cho các loại thuốc Phần D được bao trả và các loại thuốc bị loại trừ được bao trả theo phúc lợi nâng cao của chúng tôi.

Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) – Cơ quan 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 nhận được. Quy trình này cũng bao gồm các khiếu nại nếu chương trình của chúng tôi không tuân theo khoảng thời gian quy định trong quy trình kháng cáo.

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 nhà ở.

Đồng Thanh Toán (hoặc đồng chi trả) – Khoản tiền quý vị có thể được yêu cầu thanh toán như khoản chia sẻ chi phí 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 thành viên phải trả khi nhận dịch vụ hoặc thuốc. Chia sẻ chi phí bao gồm sự kết hợp bất kỳ của 3 cách thanh toán sau: (1) bất kỳ khoản tiền 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.

Bậc Chia Sẻ Chi Phí – Mỗi loại thuốc trong danh sách thuốc được bao trả đều thuộc một trong sáu bậc chia sẻ chi phí. Nói chung, bậc chia sẻ chi phí càng cao, thì giá tiền thuốc càng cao.

Quyết Định Bảo Hiểm – Quyết định về việc chương trình của chúng tôi có bao trả cho thuốc được kê toa cho quý vị hay không và số tiền quý vị phải trả cho toa thuốc này nếu có. Nói chung, nếu quý vị mang toa thuốc tới nhà thuốc và nhà thuốc nói với quý vị rằng toa thuốc này không được bao trả theo chương trình của chúng tôi, đây không phải là quyết định bảo hiểm. Quý vị cần gọi điện thoại hoặc viết thư cho chương trình của chúng tôi để yêu cầu quyết định chính thức về bảo hiểm. Quyết định bảo hiểm được gọi là **quyết định bao trả** trong tài liệu này.

Thuốc Được Bao Trả – Thuật ngữ chúng tôi sử dụng để chỉ tất cả loại thuốc được chương trình của chúng tôi bao trả.

Dịch Vụ Được Bao Trả – Thuật ngữ chúng tôi sử dụng để chỉ tất cả 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 tiếp tục 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 dịch vụ chăm sóc cá nhân cung cấp tại viện dưỡng lão, cơ sở chăm sóc cuối đời hoặc 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, cung cấp bởi những người không có kỹ năng hay đào tạo chuyên môn, bao gồm giúp đỡ các hoạt động sinh hoạt 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.

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 và quý vị phải 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 chúng tôi 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 dược sĩ chuẩn bị và đóng gói toa thuốc.

Các Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt của Bệnh Nhân Đủ Điều Kiện Kép (D-SNP) – D-SNP ghi danh cá nhân có quyền được hưởng cả Medicare (Tiêu đề XVIII của Đạo Luật An Sinh Xã Hội) lẫn hỗ trợ y tế từ chương trình của tiểu bang theo Medicaid (Tiêu đề XIX). Các tiểu bang bao trả một số hoặc toàn bộ chi phí của Medicare, tùy thuộc vào tiểu bang và tình trạng đủ điều kiện của người đó.

Cá Nhân Đủ Điều Kiện Kép – Người đủ điều kiện tham gia bảo hiểm Medicare và Medicaid.

Thiết Bị Y Tế Lâu Bền (DME) – Một số trang thiết bị y tế nhất định được bác sĩ chỉ định 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 y tế 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 sảy thai nếu quý vị là phụ nữ mang thai), mất chi hoặc chức năng của chi, 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 đủ khả năng thực hiện cấp cứu; và 2) cần thiết để điều trị, đánh giá hoặc ổn định tình trạng y tế khẩn cấp.

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 tuỳ chọn khác nhằm giải thích về bảo hiểm của quý vị, việc chúng tôi phải làm, quyền hạn của quý vị và việc quý vị phải làm với tư cách thành viên chương trình của chúng tôi.

Ngoại Lệ – Loại quyết định bao trả, nếu được chấp thuận, sẽ cho phép quý vị lấy thuốc không thuộc danh mục thuốc của chúng tôi (ngoại lệ trong danh mục thuốc) hoặc lấy thuốc không được ưu tiên ở bậc chia sẻ chi phí thấp hơn (ngoại lệ về bậc thuốc). Quý vị cũng có thể yêu cầu ngoại lệ nếu chương trình của chúng tôi yêu cầu quý vị dùng thử một loại thuốc khác trước khi nhận loại thuốc yêu cầu, nếu chương trình của chúng tôi yêu cầu phải xin sự chấp thuận trước đối với một loại thuốc và quý vị muốn chúng tôi miễn trừ hạn chế về tiêu chí hoặc nếu chương trình của chúng tôi hạn chế số lượng hoặc liều lượng thuốc mà quý vị yêu cầu (ngoại lệ trong danh mục thuốc).

Trợ Giúp Bổ Sung – Một chương trình của Medicare nhằm giúp những người có mức thu nhập thấp và nguồn lực hạn chế chi trả các chi phí của chương trình thuốc theo toa Medicare như phí bảo hiểm, tiền khấu trừ và đồng bảo hiểm.

Thuốc Gốc – Loại thuốc theo toa được FDA phê duyệt 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 về chương trình của chúng tôi, nhà cung cấp hoặc nhà thuốc, bao gồm khiếu nại về chất lượng của dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Loại này không liên quan tới tranh chấp về bảo hiểm hay số tiền chi trả.

Đánh Giá Nguy Cơ Sức Khỏe – Đánh giá bệnh sử và bệnh lý hiện tại của quý vị. Được dùng để tìm hiểu về sức khỏe của quý vị và cách thức có thể thay đổi tình trạng đó trong tương lai.

Nhân Viên Hỗ Trợ Chăm Sóc Sức Khỏe Tại Nhà – 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 theo chỉ định).

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 chỉ còn sống không quá 6 tháng. Chương trình của chúng tôi phải cung cấp cho quý vị danh sách 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, quý vị vẫn là thành viên chương trình của chúng tôi. Quý vị vẫn có thể nhận tất cả dịch vụ cần thiết về mặt y tế cũng như phúc lợi bổ sung mà chúng tôi cung cấp.

Nằm Viện Điều Trị Nội Trú – Là nằm viện 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 như được báo cáo trong tờ khai 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.

Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu – Đây là giai đoạn sau khi quý vị đã trả tiền khấu trừ của quý vị (nếu có) và trước khi chi phí tự trả trong năm của quý vị đạt đến mức số tiền tự trả tối đa.

Giai Đoạn Ghi Danh Ban Đầu – Khi quý vị lần đầu đủ điều kiện tham gia Medicare, khoảng thời gian quý vị có thể đăng ký Medicare Part A và Part B. Nếu quý vị đủ điều kiện tham gia Medicare khi tròn 65 tuổi, Giai Đoạn Ghi Danh Ban Đầu của quý vị là giai đoạn kéo dài 7 tháng, bắt đầu vào 3 tháng trước tháng quý vị tròn 65 tuổi, bao gồm cả tháng quý vị tròn 65 tuổi và kết thúc 3 tháng sau tháng quý vị tròn 65 tuổi.

D-SNP Tích Hợp – D-SNP bao trả cho Medicare và hầu hết hoặc toàn bộ dịch vụ Medicaid theo một chương trình sức khỏe duy nhất dành cho nhóm người nhất định đủ điều kiện đối với cả Medicare và Medicaid. Những người này còn được gọi là người có điều kiện kép nhận toàn bộ phúc lợi.

Thuốc Tương Tự Sinh Học Có Thể Hoán Đổi – Thuốc tương tự sinh học có thể dùng để thay thế cho sản phẩm thuốc tương tự sinh học gốc tại nhà thuốc mà không cần kê toa mới vì thuốc đáp ứng các yêu cầu bổ sung về khả năng tự động thay thế. Việc tự động thay thế tại nhà thuốc phải tuân theo luật pháp tiểu bang.

Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (danh mục thuốc hoặc Danh Sách Thuốc) – Danh sách thuốc theo toa được chương trình của chúng tôi bao trả.

Trợ Cấp Cho Người Có Thu Nhập Thấp (LIS) – Đến phần Trợ Giúp Bổ Sung.

Chương Trình Giảm Giá của Nhà Sản Xuất – Chương trình trong đó nhà sản xuất thuốc chi trả một phần trong tổng chi phí của chương trình chúng tôi đối với thuốc chính hiệu và thuốc sinh học Phần D được bao trả. Giảm giá dựa trên thỏa thuận giữa chính quyền liên bang và các nhà sản xuất thuốc.

Giá Hợp Lý Tối Đa – Mức giá Medicare thương lượng cho một số loại thuốc chọn lọc.

Số Tiền Tự Trả Tối Đa – Số tiền tối đa mà quý vị tự trả trong năm theo lịch cho các dịch vụ Phần A và Phần B được bao trả trong mạng lưới. Khoản tiền mà quý vị phải trả cho phí bảo hiểm Medicare Part A và Part B và thuốc theo toa không được tính vào số tiền tự trả tối đa. (**Lưu ý:** Do thành viên của chúng tôi cũng nhận được trợ giúp từ Medicaid nên có rất ít thành viên từng đạt đến số tiền tự trả tối đa này.)

Medicaid (hay Medical Assistance) – Là một chương trình kết hợp của chính quyền liên bang và tiểu bang để giúp trả chi phí y tế cho một số người có mức thu nhập thấp và 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 – Nhóm các bác sĩ, trong đó có PCP, bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác, bao gồm cả các bệnh viện, có ký hợp đồng với chương trình để cung cấp dịch vụ cho thành viên. Xem Chương 1, Phần 4.2.

Chỉ Định Được Chấp Nhận Về Mặt Y Tế – Việc sử dụng thuốc được FDA phê duyệt hoặc được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo nhất định, chẳng hạn như American Hospital Formulary Service Drug Information và hệ thống Thông Tin Micromedex DRUGDEX.

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 liên bang dành cho những người từ 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 lọc máu hoặc ghép thận).

Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage – Giai đoạn từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 khi các thành viên trong chương trình Medicare Advantage có thể hủy ghi danh chương trình của họ và đổi qua chương trình Medicare Advantage khác hoặc 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. 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 Trình Medicare Advantage (MA) – Đôi khi được gọi là Medicare Part C. Một chương trình được đưa ra bởi một công ty tư nhân ký hợp đồng với Medicare, để cung cấp cho quý vị mọi quyền lợi từ Medicare Part A và Part B của mình. Chương trình Medicare Advantage có thể là i) HMO, ii) PPO, iii) chương trình Trả Phí Theo Dịch Vụ Riêng (PFFS) hoặc 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 Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt (SNP). Trong đa số các trường hợp, các Chương Trình Medicare Advantage cũng có chương trình Medicare Part D (bảo hiểm thuốc theo toa). Các chương trình này được gọi là **Chương Trình Medicare Advantage kèm theo Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa**.

Dịch Vụ Được Medicare Bao Trả – Dịch vụ được Medicare Part A và Part B bao trả. Tất cả chương trình y tế Medicare phải bao trả cho tất cả dịch vụ được Medicare Part A và B bao trả. Thuật ngữ Dịch Vụ Được Medicare Bao Trả không bao gồm các phúc lợi bổ sung như thị lực, nha khoa hoặc thính lực mà chương trình Medicare Advantage có thể cung cấp.

Chương Trình Y Tế Medicare – Chương trình y tế Medicare được một công ty tư nhân ký hợp đồng với Medicare cung cấp để cung cấp các phúc lợi của Phần A và Phần B cho những người có Medicare ghi danh vào chương trình của chúng tôi. Từ ngữ này bao gồm tất cả Chương Trình Medicare Advantage, Chương Trình Tiết Kiệm Chi Phí Medicare, Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt, Chương Trình Mẫu/Thí Điểm và Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện Cho Người Cao Tuổi (PACE).

Bảo hiểm Thuốc 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.

Chương trình Quản Lý Liệu Pháp Dược Phẩm (MTM) – Chương trình Medicare Part D về các nhu cầu sức khỏe phức tạp dành cho những người đáp ứng các yêu cầu nhất định hoặc đang tham gia Chương Trình Quản Lý Thuốc. Dịch vụ MTM thường cần thảo luận với dược sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để xem xét các loại thuốc.

Chính Sách Medigap (Bảo Hiểm Bổ Sung Medicare) – Các công ty bảo hiểm tư nhân bán bảo hiểm bổ sung Medicare để lấp *những khoảng trống* trong Original Medicare. Các hợp đồng bảo hiểm Medigap chỉ hoạt động chung với Original Medicare. (Chương trình Medicare Advantage không phải là một hợp đồng bảo hiểm Medigap.)

Thành viên (thành viên của chương trình chúng tôi hoặc thành viên chương trình) – 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 Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS).

Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên – Một bộ phận trong chương trình của chúng tôi chịu trách nhiệm giải đáp 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, là nơi 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 khi mua tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.

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. Nhà cung cấp trong mạng lưới còn được gọi là **nhà cung cấp trong chương trình**.

Giai Đoạn Ghi Danh Mở – Giai đoạn từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 hàng năm khi thành viên có thể thay đổi chương trình sức khỏe hoặc bảo hiểm thuốc của mình hoặc chuyển sang Original Medicare.

Quyết Định Cấp 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 số tiền quý vị phải trả 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.

Sản Phẩm Sinh Học Gốc – Sản phẩm sinh học đã được FDA phê duyệt và được dùng làm sản phẩm so sánh để nhà sản xuất tạo ra phiên bản thuốc tương tự sinh học. Sản phẩm còn được gọi là sản phẩm tham chiếu.

Original Medicare (Medicare Truyền Thống hoặc Medicare Tính Phí Theo Dịch Vụ) – Original Medicare là do chính phủ cung cấp và không phải là chương trình sức khỏe tư nhân như Chương Trình Medicare Advantage và các 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: Phần A (Bảo Hiểm Cho Bệnh Viện) và Phần B (Bảo Hiểm Y Tế) và có thể sử dụng ở bất kỳ đâu tại Hoa Kỳ.

Nhà Thuốc Ngoài Mạng Lưới – 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 của chương trình 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 – Nhà cung cấp hoặc cơ sở không có hợp đồng với chương trình của chúng tôi để phối hợp hoặc cung cấp các dịch vụ được bao trả cho thành viên của chương trình chúng tôi. Nhà cung cấp ngoài mạng lưới là nhà cung cấp không được tuyển dụng, sở hữu hoặc điều hành bởi chương trình của chúng tôi.

Chi Phí Tự Trả – Tham khảo 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.

Số Tiền Tự Trả Tối Đa – Số tiền tối đa quý vị tự trả cho thuốc Phần D.

Chương trình PACE – 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 viện dưỡng lão) lâu nhất có thể. Người ghi danh vào các chương trình PACE được nhận cả phúc lợi từ Medicare và Medicaid thông qua chương trình của chúng tôi.

Phần C – Tham khảo chương trình Medicare Advantage (MA).

Phần D – Là Chương Trình Phúc Lợi Thuốc Theo Toa Medicare tự nguyện.

Thuốc Phần D – Là các loại thuốc có thể được bảo hiểm chi trả qua Phần D. Chúng tôi có thể hoặc không thể chi trả cho mọi thứ thuốc Phần D. Một số nhóm thuốc nhất định đã bị Quốc Hội loại trừ khỏi bảo hiểm Phần D. Một số nhóm thuốc Phần D nhất định phải được bao trả trong mọi chương trình.

Tiền Phạt Ghi Danh Muộn Phần D – Số tiền cộng thêm vào phí bảo hiểm chương trình hàng tháng cho bảo hiểm thuốc Medicare nếu quý vị không có bảo hiểm có uy tín (bảo hiểm dự kiến sẽ trả trung bình ít nhất là tương đương với bảo hiểm thuốc theo toa Medicare tiêu chuẩn) trong khoảng thời gian 63 ngày liên tục trở lên sau khi quý vị lần đầu hội đủ điều kiện tham gia một chương trình Phần D. Nếu mất Trợ Giúp Bổ Sung, quý vị có thể bị phạt ghi danh muộn nếu quý vị không có bảo hiểm thuốc Phần D hoặc bảo hiểm thuốc có uy tín khác từ 63 ngày liên tiếp trở lên.

Chia Sẻ Chi Phí Ưu Tiên – Chia sẻ chi phí ưu tiên có nghĩa là chia sẻ chi phí thấp hơn cho một số thuốc Phần D nhất định được bao trả tại một số nhà thuốc trong mạng lưới.

Phí Bảo Hiểm – Là một số tiền định kỳ phải trả cho Medicare, một công ty bảo hiểm, hoặc một chương trình bảo hiểm chăm sóc sức khỏe cho bảo hiểm y tế hoặc thuốc theo toa.

Dịch vụ phòng ngừa – Dịch vụ chăm sóc sức khỏe giúp quý vị duy trì sức khỏe, phát hiện sớm các vấn đề về sức khỏe, xác định phương pháp điều trị hiệu quả nhất và ngăn ngừa một số bệnh nhất định. Dịch vụ phòng ngừa bao gồm các thăm khám, tiêm chủng, xét nghiệm và sàng lọc. Dịch vụ này cũng bao gồm các chương trình theo dõi sức khỏe, tư vấn và giáo dục để giúp quý vị chăm lo sức khỏe cho bản thân.

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 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 dựa trên các tiêu chí cụ thể. 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 loại thuốc được bao trả cần có sự chấp thuận trước được đánh dấu trong danh mục thuốc và tiêu chí của chúng tôi được đăng tải trên trang web của chúng tôi.

Chân Tay Giả và Dụng Cụ Chỉnh 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 cho bệnh nhân tham gia Medicare.

Giới Hạn Số Lượng – Công cụ quản lý được thiết kế để hạn chế sử dụng 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 theo Thời Gian Thực" – Cổng thông tin hoặc ứng dụng máy tính trong đó 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.

Giới thiệu – Thư yêu cầu từ bác sĩ chăm sóc chính của quý vị để giới thiệu quý vị tới thăm khám với bác sĩ chuyên khoa hoặc nhận một số dịch vụ y tế. Nếu không có giới thiệu, chương trình của chúng tôi có thể không thanh toán cho dịch vụ từ bác sĩ chuyên khoa.

Dịch Vụ Phục Hồi Chức Năng – Các dịch vụ này bao gồm chăm sóc phục hồi chức năng nội trú, vật lý trị liệu (ngoại trú), trị liệu âm ngữ và ngôn ngữ và trị liệu cơ năng.

Thuốc Chọn Lọc – Thuốc được bao trả theo Phần D đã được Medicare thương lượng Giá Hợp Lý Tối Đa.

Khu Vực Dịch Vụ – Một khu vực địa lý mà quý vị phải sống ở đó mới có thể tham gia một chương trình 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 của chúng tôi 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.

Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt – Một loại chương trình Medicare Advantage đặc biệt nhằm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chú trọng hơn cho những nhóm người riêng biệt, như những người có cả Medicare và Medicaid, những người ở trong viện dưỡng lão hoặc những người mắc bệnh lý mạn tính.

Chia Sẻ Chi Phí Tiêu Chuẩn – Chia sẻ chi phí tiêu chuẩn là chia sẻ chi phí khác ngoài chia sẻ chi phí ưu tiên do nhà thuốc trong mạng lưới cung cấp.

Phương Pháp Trị Liệu Từng Bước – Công cụ sử dụng đòi hỏi quý vị trước hết phải dùng thử một thuốc khác để điều trị bệnh lý 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 – Dịch vụ được chương trình bao trả yêu cầu phải được chăm sóc y tế ngay nhưng không phải cấp cứu là dịch vụ cần thiết khẩn cấp nếu quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc việc nhận dịch vụ này từ nhà cung cấp trong mạng lưới là không hợp lý xét theo thời gian, địa điểm và hoàn cảnh của quý vị. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp bao gồm bệnh và chấn thương y tế không lường trước được hoặc cơn phát bệnh bất ngờ của bệnh lý hiện hữu. Thăm khám định kỳ cần thiết về mặt y tế với nhà cung cấp (như kiểm tra sức khỏe hàng năm) không được xem là cần thiết khẩn cấp ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi hoặc mạng lưới chương trình của chúng tôi tạm thời không cung cấp dịch vụ.

Thẻ Wellcare Spendables® – Thẻ ghi nợ, được nạp tiền 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 của Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)

Phương thức	Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên – Thông Tin Liên Hệ
Gọi điện	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 sẽ làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Vui lòng lưu ý, ngoài giờ làm việc, cuối tuần và ngày lễ liên bang 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. Nếu quý vị để lại tin nhắn thoại, vui lòng nêu tên và số điện thoại, sau đó nhân viên sẽ gọi lại trong vòng một (1) ngày làm việc. Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711) cũng có dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí cho người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến 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 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m.
Viết thư	Wellcare By Health Net PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
Trang web	go.wellcare.com/HealthNetCA

Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) California
Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi 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 người có Medicare.

Phương thức	Thông Tin Liên Hệ
Gọi điện	1-800-434-0222
TTY	1-800-735-2929 Số điện thoại này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho 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/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

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, hãy gửi thư về: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*