Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)

Sổ Tay Thành Viên

Ngày 1 tháng 1 – Ngày 31 tháng 12 năm 2027

Bảo Hiểm Y Tế và Thuốc Của Quý Vị trong Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)

Giới Thiệu *Sổ Tay Thành Viên*

Sổ Tay Thành Viên này, hay còn gọi là *Chứng Thực Bảo Hiểm,* sẽ cho biết về bảo hiểm của quý vị theo chương trình của chúng tôi đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2027. Sổ tay này giải thích về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng chất kích thích), bảo hiểm thuốc và các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của các thuật ngữ này xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái ở **Chương 12** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

Đây là một tài liệu pháp lý quan trọng. Hãy cất sổ tay này ở nơi an toàn.

Khi *Sổ Tay Thành Viên* này nhắc đến "chúng tôi", "của chúng tôi" hoặc "chương trình của chúng tôi", đó có nghĩa là Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP).

Tài liệu này được cung cấp miễn phí bằng tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia (tiếng Khmer), tiếng Trung, tiếng Farsi, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog và tiếng Việt.

Quý vị có thể nhận tài liệu này miễn phí bằng các định dạng khác, chẳng hạn như bản in chữ lớn, chữ nổi và/hoặc âm thanh bằng cách gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số ở cuối trang này. Cuộc gọi này miễn phí.

- Chúng tôi có thể gửi cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh hoặc ở định dạng thay thế nếu quý vị có yêu cầu. Điều này này được gọi là "yêu cầu thường xuyên". Chúng tôi sẽ lưu lại lựa chọn của quý vị.

- Để thực hiện yêu cầu thường xuyên, thay đổi yêu cầu thường xuyên hoặc thực hiện yêu cầu một lần, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 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.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

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

Arabic

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

Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ցանկանում եք օգնություն ստանալ ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Հասանելի են նաև հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ, օրինակ՝ բրայլյան գրատեսակով և խոշոր տառաչափով փաստաթղթեր: Զանգահարեք 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

Chinese - Simplified

注意：如果您需要以您的语言提供的帮助，请致电 1-800-431-9007（TTY：711）。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 1-800-431-9007（TTY：711）。这些服务均免费提供。

Chinese - Traditional

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

Punjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-431-9007 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਸਮਰੱਥਾ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-431-9007 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ।

Hindi
ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं. 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें. ये सेवाएं निःशुल्क हैं.

Hmong
THOV MUAB SIAB RAU: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces hu rau 1-800-431-9007 (TTY: 711). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau 1-800-431-9007 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no pab dawb xwb.

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

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

Laotian
ຂໍ້ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສຳລັບຜູ້ພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມໃຫຍ່ອີກດ້ວຍ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຟຣີ.

Mien
LIOUH EIX: Oix se nongc zuqc meih nyei wac jouh mienh bong zouc, cingv mboqv 1-800-431-9007 (TTY: 711). Hac haih weic waic fangx mienh zoux sic taengx qaqv, hnangv mangh wenh souh nzangc caux domh nzangc yenx benx nyei souh nzangc. Mboqv 1-800-431-9007 (TTY: 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv zuqc ndortv nyaanh cingv oc.

Cambodian
ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711) ជំនួយនិងសេវាកម្ម សម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្ទាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

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

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

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

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

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

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

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

Ngôn ngữ khác
Quý vị có thể nhận *Sổ Tay Thành Viên* này và các tài liệu chương trình khác bằng ngôn ngữ khác miễn phí. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) cung cấp bản dịch từ các biên dịch viên chuyên nghiệp. Gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711). Cuộc gọi này miễn phí. Đọc *Sổ Tay Thành Viên* này để tìm hiểu thêm về dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ về chăm sóc sức khỏe, chẳng hạn như dịch vụ phiên dịch và biên dịch.

Các định dạng khác

Quý vị có thể nhận thông tin này kịp thời ở các định dạng khác, chẳng hạn như định dạng chữ nổi braille, bản in chữ phông lớn khổ 20, âm thanh và các định dạng điện tử có thể truy cập (CD dữ liệu) miễn phí. Gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711). Cuộc gọi này miễn phí.

Dịch Vụ Hỗ Trợ Tiếp Cận Ngôn Ngữ

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) cung cấp miễn phí cho quý vị dịch vụ phiên dịch cũng như ngôn ngữ ký hiệu từ phiên dịch viên đủ điều kiện, 24 giờ một ngày. Quý vị không phải dùng thành viên gia đình hoặc bạn bè làm phiên dịch viên. Chúng tôi không khuyến khích dùng thành viên gia đình hoặc bạn bè, đặc biệt là trẻ vị thành niên, làm phiên dịch viên trừ trường hợp cấp cứu. Các dịch vụ hỗ trợ tiếp cận ngôn ngữ, bao gồm cả dịch vụ phiên dịch, được cung cấp miễn phí. Dịch vụ phiên dịch được cung cấp 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Để được trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị hoặc để nhận sổ tay này bằng ngôn ngữ khác, hãy gọi số 1-800-431-9007 (TTY: 711). Cuộc gọi này miễn phí.

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 2027

Sổ Tay Thành Viên

Mục Lục

Chương 1: Bắt đầu với tư cách thành viên 12

Chương 2: Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng 27

Chương 3: Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị.....49

Chương 4: Bảng phúc lợi 78

Chương 5: Nhận thuốc dành cho bệnh nhân ngoại trú của quý vị.....169

Chương 6: Số tiền quý vị phải thanh toán cho thuốc Medicare và Medi-Cal 194

Chương 7: Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi trong một hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho các loại thuốc hoặc dịch vụ được bao trả 207

Chương 8: Quyền và trách nhiệm của quý vị.....215

Chương 9: Việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại) 240

Chương 10: Kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi.....295

Chương 11: Thông báo pháp lý.....308

Chương 12: Định nghĩa các từ quan trọng.....317

Tuyên bố miễn trừ trách nhiệm

- Wellcare là thương hiệu Medicare thuộc Centene Corporation, là chương trình HMO, PPO, PDP có hợp đồng Medicare và là Nhà Tài Trợ Phần D đã được phê duyệt. Các chương trình D-SNP của chúng tôi có hợp đồng với chương trình Medicaid của tiểu bang. Việc ghi danh tham gia các chương trình của chúng tôi tùy thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.

- Dựa trên đánh giá Mô Hình Chăm Sóc, Wellcare Health Net Dual Align (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.

- Các nhà cung cấp ngoài mạng lưới/không ký hợp đồng không có nghĩa vụ điều trị cho thành viên của Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP), trừ trường hợp cấp cứu. Vui lòng gọi đến số của Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên của chúng tôi hoặc xem *Sổ Tay Thành Viên* của quý vị để biết thêm thông tin, bao gồm cả khoản chia sẻ chi phí áp dụng cho các dịch vụ ngoài mạng lưới

- Các phúc lợi được đề cập là một phần của Phúc Lợi Bổ Sung Đặc Biệt cho Bệnh Mạn Tính. Không phải tất cả các thành viên đều đủ điều kiện. Ngoài việc có nguy cơ cao, quý vị phải mắc một hoặc nhiều bệnh mạn tính sau: ung thư, rối loạn tim mạch, tình trạng sức khỏe tâm thần mạn tính và mất khả năng hoạt động, bệnh phổi mạn tính, bệnh tiểu đường. Ngoài ra còn có những tình trạng đủ điều kiện khác chưa được liệt kê. Chỉ dựa trên tình trạng sức khỏe là chưa đủ để đảm bảo quý vị đủ điều kiện hưởng phúc lợi này. Phải đáp ứng tất cả các yêu cầu về tính đủ điều kiện áp dụng trước khi cung cấp phúc lợi. Để biết chi tiết, vui lòng liên hệ với chúng tôi hoặc xem Sổ Tay Thành Viên của chương trình.

- Phúc lợi và/hoặc khoản đồng thanh toán có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 năm 2028.

- Thuốc được bao trả, 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.

Chương 1: Bắt đầu với tư cách thành viên

Giới thiệu

Chương này bao gồm thông tin về Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP), một chương trình sức khỏe bao trả tất cả dịch vụ Medicare của quý vị và điều phối tất cả dịch vụ Medicare và dịch vụ Medi-Cal và tư cách thành viên của quý vị trong đó. Chương này cũng cho quý vị biết những hoạt động có thể diễn ra và những thông tin khác mà quý vị sẽ nhận được từ chúng tôi. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của các thuật ngữ này xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

Mục Lục

A. Chào mừng tham gia chương trình của chúng tôi 14
B. Thông tin về Medicare và Medi-Cal 14
B1. Medicare 14
B2. Medi-Cal 15
C. Các ưu điểm của chương trình chúng tôi 15
D. Khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi 16
E. Điều kiện để quý vị trở thành thành viên chương trình 17
F. Những hoạt động sẽ diễn ra khi quý vị lần đầu tham gia chương trình sức khỏe của chúng tôi 18
G. Nhóm chăm sóc và kế hoạch chăm sóc của quý vị 19
G1. Nhóm chăm sóc 19
G2. Kế hoạch chăm sóc 20
H. Tóm Tắt Chi Phí Quan Trọng 20
H1. Phí bảo hiểm chương trình 20
H2. Số Tiền Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare 20
I. *Sổ Tay Thành Viên này* 21
J. Thông tin quan trọng khác mà quý vị nhận được từ chúng tôi 21

J1. Thẻ ID Thành Viên của quý vị 21
J2. *Danh Mục Nhà Cung Cấp Và Nhà Thuốc* 23
J3. *Danh Sách Thuốc Được Bao Tra* 24
J4. *Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm* 24
K. Cập nhật hồ sơ thành viên của quý vị 25
K1. Quyền riêng tư về thông tin sức khỏe cá nhân (PHI)....26

A. Chào mừng tham gia chương trình của chúng tôi

Chương trình của chúng tôi cung cấp các dịch vụ Medicare và Medi-Cal cho những cá nhân đủ điều kiện tham gia cả hai chương trình. Chương trình của chúng tôi bao gồm các bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc, nhà cung cấp dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi và các nhà cung cấp khác. Chúng tôi cũng có các điều phối viên chăm sóc và các nhóm chăm sóc để giúp quý vị quản lý tất cả các nhà cung cấp và dịch vụ của mình. Tất cả mọi người làm việc cùng nhau để cung cấp dịch vụ chăm sóc quý vị cần.

Kinh nghiệm mà quý vị có thể tin cậy

Quý vị đã ghi danh vào một chương trình sức khỏe mà quý vị có thể tin cậy.

Wellcare giúp người dân California có Medicare và Medi-Cal nhận được các dịch vụ họ cần. Chúng tôi làm điều này bằng cách cung cấp khả năng tiếp cận dễ dàng các phúc lợi và dịch vụ của Medicare và Medi-Cal dành cho quý vị và thêm rất nhiều lợi ích nữa:

- Chúng tôi tự hào cung cấp dịch vụ khách hàng xuất sắc; để thực hiện được điều này, chúng tôi luôn lưu tâm theo hướng tích cực, có trọng tâm và cá nhân hóa đến quý vị với tư cách là thành viên của chúng tôi. Nhân viên Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên đã được đào tạo của chúng tôi sẽ không để quý vị phải chờ đợi và có thể hỗ trợ nhiều ngôn ngữ thông qua việc sử dụng dịch vụ thông dịch. Chúng tôi hỗ trợ quý vị tìm hiểu các phúc lợi của mình tận tình như đối với chính gia đình mình, đồng thời nhanh chóng đưa ra giải đáp cần thiết để quý vị tiếp cận dịch vụ chăm sóc.
- Chúng tôi đã và đang xây dựng các hệ thống bác sĩ chất lượng cao trong gần 25 năm. Bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới của chúng tôi làm việc cùng nhau trong các nhóm y tế để đảm bảo rằng quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc quý vị cần, khi quý vị cần dịch vụ đó.
- Cộng đồng của quý vị là cộng đồng của chúng tôi – chúng tôi là một công ty quốc gia có mặt tại địa phương. Nhiều nhân viên của chúng tôi sống ở nơi quý vị sống.

B. Thông tin về Medicare và Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare là chương trình bảo hiểm y tế liên bang dành cho:

- người từ 65 tuổi trở lên,

- một số người dưới 65 tuổi có vài khuyết tật, **và**
- người mắc bệnh thận giai đoạn cuối (suy thận).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal là tên chương trình Medicaid của tiểu bang California. Medi-Cal được điều hành bởi tiểu bang và được chính phủ tiểu bang và liên bang trợ cấp tài chính. Medi-Cal giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế thanh toán cho các Dịch Vụ và Hỗ Trợ Dài Hạn (LTSS) và các chi phí y tế. Chương trình bao trả các dịch vụ và thuốc bổ sung không được Medicare bao trả.

Mỗi tiểu bang quyết định:

- khoản nào được tính là thu nhập và nguồn lực,
- đối tượng đủ điều kiện,
- dịch vụ nào được bao trả, **và**
- chi phí cho các dịch vụ.

Các tiểu bang có thể quyết định cách điều hành chương trình của họ với điều kiện là tuân thủ các quy tắc của liên bang.

Medicare và tiểu bang California đã phê duyệt chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể nhận các dịch vụ của Medicare và Medi-Cal qua chương trình của chúng tôi với điều kiện là:

- chúng tôi chọn cung cấp chương trình, **và**
- Medicare và tiểu bang California cho phép chúng tôi tiếp tục cung cấp chương trình này.

Ngay cả nếu chương trình của chúng tôi dừng hoạt động trong tương lai, tính đủ điều kiện nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal của quý vị không bị ảnh hưởng.

C. Các ưu điểm của chương trình chúng tôi

Bây giờ quý vị sẽ nhận được tất cả các dịch vụ Medicare và Medi-Cal được bao trả của mình từ chương trình của chúng tôi, bao gồm thuốc. **Quý vị không phải trả thêm chi phí để tham gia chương trình sức khỏe này.**

Chúng tôi giúp các phúc lợi Medicare và Medi-Cal của quý vị kết hợp tốt hơn cho quý vị. Một số ưu điểm bao gồm:

- Quý vị có thể làm việc với chúng tôi đối với **hầu hết** các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Quý vị có nhóm chăm sóc được thiết lập dưới sự trợ giúp của quý vị. Nhóm chăm sóc của quý vị có thể bao gồm chính quý vị, người chăm sóc của quý vị, bác sĩ, y tá, tư vấn viên hoặc các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác.
- Quý vị có quyền tiếp cận điều phối viên chăm sóc. Đây là người làm việc với quý vị, với chương trình của chúng tôi và với nhóm chăm sóc của quý vị để giúp lập kế hoạch chăm sóc.
- Quý vị có thể chỉ đạo dịch vụ chăm sóc của chính quý vị với sự giúp đỡ từ nhóm chăm sóc và điều phối viên chăm sóc của quý vị.
- Nhóm chăm sóc và điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị làm việc với quý vị để lập kế hoạch chăm sóc được thiết kế nhằm đáp ứng nhu cầu sức khỏe **của quý vị**. Nhóm chăm sóc giúp điều phối các dịch vụ mà quý vị cần. Ví dụ, điều này có nghĩa là nhóm chăm sóc của quý vị đảm bảo:
    - Bác sĩ của quý vị biết về tất cả các loại thuốc quý vị dùng, như vậy họ có thể chắc chắn quý vị đang dùng các loại thuốc phù hợp và các bác sĩ của quý vị có thể làm giảm bất kỳ tác dụng phụ nào quý vị có thể có từ các loại thuốc này.
    - Kết quả xét nghiệm của quý vị được chia sẻ với tất cả các bác sĩ và các nhà cung cấp khác, khi thích hợp.

Thành viên mới tham gia Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP): Trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ được ghi danh tham gia Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) để nhận các phúc lợi của Medicare vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị yêu cầu ghi danh vào Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Quý vị vẫn có thể nhận được các dịch vụ Medi-Cal từ chương trình sức khỏe Medi-Cal trước đó thêm một tháng nữa. Sau đó, quý vị sẽ nhận được các dịch vụ Medi-Cal thông qua Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Sẽ không có giai đoạn không được bảo hiểm nào trong bảo hiểm Medi-Cal của quý vị. Vui lòng gọi cho chúng tôi theo số ở cuối trang nếu có bất kỳ câu hỏi nào.

D. Khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi

Khu vực dịch vụ của chúng tôi gồm hạt sau đây trong tiểu bang California: Los Angeles.

Chỉ những người sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi mới có thể tham gia chương trình của chúng tôi.

Quý vị không thể ở lại chương trình của chúng tôi nếu quý vị chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi. Tham khảo **Chương 8** trong *Sổ Tay Thành Viên* này để biết thêm thông tin về ảnh hưởng của việc quý vị chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi.

E. Điều kiện để quý vị trở thành thành viên chương trình

Quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi với điều kiện là quý vị:

- sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi (các cá nhân bị giam giữ không được xem là sống trong khu vực dịch vụ ngay cả khi họ đang ở trong khu vực đó), **và**
- từ 21 tuổi trở lên tại thời điểm ghi danh, **và**
- có cả Medicare Part A và Medicare Part B, **và**
- là công dân hoặc người mang quốc tịch Hoa Kỳ hoặc người không phải công dân nhưng đủ điều kiện cư trú, **và**
- hiện đủ điều kiện cho Medi-Cal.
- Nếu quý vị mất tư cách thụ hưởng Medi-Cal nhưng dự kiến có thể khôi phục lại trong vòng ba tháng, chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp tất cả các phúc lợi Medicare được bao trả bởi Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Khi bảo hiểm Medi-Cal của quý vị kết thúc, chúng tôi sẽ không thanh toán cho các phúc lợi Medi-Cal của quý vị. Chúng tôi sẽ thanh toán mọi khoản chia sẻ chi phí Medicare mà Medi-Cal sẽ trả nếu quý vị chưa mất Medi-Cal. Để biết thêm thông tin, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số được liệt kê ở cuối trang

  Chúng tôi sẽ hỗ trợ quý vị lấy lại tư cách đủ điều kiện tham gia Medi-Cal. Nếu tư cách đủ điều kiện tham gia Medi-Cal của quý vị được khôi phục trong khi quý vị vẫn đang ghi danh với chúng tôi cho bảo hiểm Medicare của quý vị, chúng tôi sẽ tiếp tục thanh toán cho các phúc lợi Medi-Cal của quý vị và quý vị sẽ tiếp tục ghi danh với chúng tôi. Nếu quý vị không thể lấy lại Medi-Cal trong vòng ba tháng, chúng tôi sẽ hủy ghi danh quý vị khỏi Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Nếu quý vị lấy lại tư cách đủ điều kiện tham gia Medi-Cal sau khi hủy ghi danh, quý vị sẽ cần liên hệ với chúng tôi để ghi danh lại vào chương trình.

Hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để biết thêm thông tin.

F. Những hoạt động sẽ diễn ra khi quý vị lần đầu tham gia chương trình sức khỏe của chúng tôi

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 này 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 thông qua gặp mặt trực tiếp, gọi điện thoại hoặc gửi thư tín. Chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị hàng năm để xem liệu có bất kỳ nhu cầu nào của quý vị thay đổi hay không.

Chúng tôi gửi cho quý vị thêm thông tin về HRA này.

Nếu quý vị mới 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, ngay cả khi 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 liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi số 1-800-431-9007 (TTY: 711). Nếu quý vị có nguy cơ bị tổn hại, chúng tôi phải phản hồi trong vòng ba 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 cho đến khi chúng tôi cho phép thuê DME mới và có nhà cung cấp trong mạng lưới cung cấp dịch vụ cho thuê. Tuy quý vị không thể đưa ra yêu cầu này cho nhà cung cấp dịch vụ vận chuyển hoặc các nhà cung cấp dịch vụ phụ trợ khác, quý vị có thể yêu cầu dịch vụ vận chuyển hoặc các dịch vụ phụ trợ khác không có trong chương trình của chúng tôi.

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 Align (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. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp làm việc với chương trình sức khỏe. Khi 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 Align (HMO D-SNP). Quý vị cũng sẽ được chỉ định 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/HealthNetCA và chọn một PCP từ mạng lưới chương trình của chúng tôi. Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên cũng có thể giúp quý vị chọn một PCP. Sau khi quý vị chọn PCP của mình, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để thông báo về lựa chọn của quý vị. PCP của quý vị phải có trong mạng lưới của chúng tôi. Tham khảo **Chương 3** trong *Sổ Tay Thành Viên* này để biết thêm thông tin về việc nhận dịch vụ chăm sóc.

G. Nhóm chăm sóc và kế hoạch chăm sóc của quý vị

G1. Nhóm 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 hoặc nhân viên y tế khác mà quý vị chọn.

Điều phối viên chăm sóc là người được đào tạo để giúp quý vị quản lý dịch vụ chăm sóc quý vị cần. Quý vị sẽ có một điều phối viên chăm sóc khi ghi danh vào chương trình của chúng tôi. Người này cũng giới thiệu quý vị đến các nguồn lực cộng đồng khác mà chương trình của chúng tôi có thể không cung cấp và sẽ làm việc với nhóm chăm sóc của quý vị để giúp điều phối sự chăm sóc của quý vị. Gọi cho chúng tôi theo số ở cuối trang để biết thêm thông tin về điều phối viên chăm sóc và nhóm chăm sóc của quý vị.

G2. Kế hoạch chăm sóc

Nhóm chăm sóc sẽ làm việc với quý vị để lập kế hoạch chăm sóc. Kế hoạch chăm sóc cho quý vị và bác sĩ của quý vị 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 LTSS hoặc dịch vụ khác.

Kế hoạch chăm sóc của quý vị bao gồm:

- mục tiêu chăm sóc sức khỏe 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 quý vị 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. Kế hoạch chăm sóc được tạo ra dựa trên nhu cầu và mục tiêu của quý vị. Ít nhất hàng năm, nhóm chăm sóc của quý vị làm việc với quý vị để cập nhật kế hoạch chăm sóc của quý vị.

H. Tóm Tắt Chi Phí Quan Trọng

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

- Phí bảo hiểm chương trình (**Phần H1**)
- Số Tiền Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare (**Phần H2**)

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

H1. Phí bảo hiểm chương trình

Chương trình “Trợ Giúp Bổ Sung” (Extra Help) trả phí bảo hiểm Medicare Part D cho quý vị khi quý vị ghi danh vào chương trình của chúng tôi.

H2. Số Tiền Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare

Nếu quý vị đang tham gia Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare, quý vị sẽ nhận được hóa đơn từ chương trình cho thuốc của quý vị (thay vì thanh toán 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 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.

I. *Sổ Tay Thành Viên* này

Sổ Tay Thành Viên này là một phần trong hợp đồng của chúng tôi với quý vị. Điều này có nghĩa là chúng tôi phải tuân theo tất cả các quy tắc trong tài liệu này. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã làm điều gì đó đi ngược lại những quy tắc này, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi. Để biết thông tin về kháng cáo, tham khảo **Chương 9** trong *Sổ Tay Thành Viên* này hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Quý vị có thể yêu cầu *Sổ Tay Thành Viên* bằng cách gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số ở cuối trang. Quý vị cũng có thể tham khảo *Sổ Tay Thành Viên* trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ web ở cuối trang.

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.

J. Thông tin quan trọng khác mà quý vị nhận được từ chúng tôi

Thông tin quan trọng khác mà chúng tôi cung cấp cho quý vị bao gồm Thẻ ID Thành Viên, thông tin về cách truy cập *Danh Mục Nhà Cung Cấp Và Nhà Thuốc* và thông tin về cách truy cập *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả,* hay còn gọi là *Danh Sách Thuốc* hoặc *Danh Mục Thuốc*.

J1. Thẻ ID Thành Viên của quý vị

Theo chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ có một thẻ cho các dịch vụ Medicare và Medi-Cal của quý vị, bao gồm cả các Dịch Vụ và Hỗ Trợ Dài Hạn (LTSS), một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi và thuốc theo toa nhất định. Quý vị trình thẻ này khi nhận bất kỳ dịch vụ hoặc thuốc theo toa nào. Đây là Thẻ ID Thành Viên mẫu:

Nếu Thẻ ID Thành Viên của quý vị bị hỏng, bị mất hoặc bị đánh cắp, hãy gọi ngay cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số ở cuối trang. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thẻ mới.

Miễn là quý vị còn là thành viên của chương trình chúng tôi, quý vị không cần sử dụng thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh dương hay thẻ Medi-Cal của quý vị để nhận hầu hết các dịch vụ. Hãy giữ những thẻ này ở nơi an toàn phòng trường hợp quý vị cần chúng sau này. Nếu quý vị trình thẻ Medicare thay vì Thẻ ID Thành Viên của quý vị, nhà cung cấp có thể tính hóa đơn Medicare thay vì chương trình của chúng tôi và quý vị có thể nhận được hóa đơn. Quý vị có thể được yêu cầu xuất trình thẻ Medicare 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. Tham khảo **Chương 7** trong *Sổ Tay Thành Viên* này để tìm hiểu về những việc cần làm nếu quý vị nhận hóa đơn từ nhà cung cấp.

Hãy nhớ rằng quý vị cần thẻ Medi-Cal hoặc Thẻ Nhận Dạng Phúc Lợi (BIC) để tiếp cận các dịch vụ sau:

- Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà (IHSS)
- Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Tâm Thần Chuyên Khoa và Rối Loạn Sử Dụng Chất Kích Thích (SUD) của Hạt
- Dịch Vụ Chương Trình Dịch Vụ Đa Năng Cho Người Cao Tuổi (MSSP)
- Dịch Vụ Rx được Medi-Cal bao trả hoặc Nhà Cung Cấp “Medi-Cal Rx”
- Dịch Vụ Nha Khoa được Medi-Cal bao trả
- Dịch Vụ Miễn Trừ Tại Nhà và Cộng Đồng (HCBS)

- Dịch Vụ Cho Người Lớn Tại Cộng Đồng (CBAS)
- Chăm Sóc Dài Hạn (LTC), bao gồm Cơ Sở Chăm Sóc Bán Cấp và Trung Gian

J2. *Danh Mục Nhà Cung Cấp Và Nhà Thuốc*

Danh Mục Nhà Cung Cấp Và Nhà Thuốc liệt kê các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chương trình chúng tôi. Trong khi quý vị là thành viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới để nhận các dịch vụ được bao trả.

Quý vị có thể yêu cầu *Danh Mục Nhà Cung Cấp Và Nhà Thuốc* (bằng phương thức điện tử hoặc dạng bản cứng) bằng cách gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số ở cuối trang. Các yêu cầu bản cứng về Danh Mục Nhà Cung Cấp Và Nhà Thuốc sẽ được gửi cho quý vị trong vòng ba ngày làm việc.

Quý vị cũng có thể tham khảo *Danh Mục Nhà Cung Cấp Và Nhà Thuốc* tại go.wellcare.com/2027providerdirectories.

Danh Mục Nhà Cung Cấp Và Nhà Thuốc cung cấp các thông tin như địa chỉ, số điện thoại và giờ làm việc. Danh mục cho biết liệu địa điểm đó có tiện nghi dành cho người khuyết tật hay không. *Danh Mục Nhà Cung Cấp Và Nhà Thuốc* cũng cho biết liệu nhà cung cấp có nhận bệnh nhân mới và có sử dụng các ngôn ngữ khác hay không. Cả Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên và trang web đều có thể cung cấp cho quý vị thông tin mới nhất về các nhà cung cấp và nhà thuốc. Nếu quý vị cần trợ giúp tìm nhà cung cấp hoặc nhà thuốc trong mạng lưới, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Nếu quý vị muốn *Danh Mục Nhà Cung Cấp Và Nhà Thuốc* được gửi đến cho quý vị qua đường bưu điện, quý vị có thể gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số được liệt kê ở cuối trang này.

Định nghĩa về nhà cung cấp trong mạng lưới

- Các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi bao gồm:
  - bác sĩ, y tá và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác mà quý vị có thể sử dụng với tư cách là thành viên thuộc chương trình của chúng tôi;
  - các phòng khám, bệnh viện, cơ sở điều dưỡng và những địa điểm khác cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong chương trình của chúng tôi; **và**
  - LTSS, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi, cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà, nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền (DME) và những cơ sở khác cung cấp hàng hóa và dịch vụ mà quý vị nhận được thông qua Medicare hay Medi-Cal.

Các nhà cung cấp trong mạng lưới đồng ý chấp nhận khoản thanh toán từ chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ được bao trả như là khoản thanh toán đầy đủ.

Định nghĩa về nhà thuốc trong mạng lưới

- Các nhà thuốc trong mạng lưới là các nhà thuốc đồng ý bán thuốc theo toa cho các thành viên của chương trình chúng tôi. Sử dụng *Danh Mục Nhà Cung Cấp Và Nhà Thuốc* để tìm kiếm nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị muốn sử dụng.
- Ngoại trừ trong trường hợp cấp cứu, quý vị phải mua các thuốc theo toa tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi nếu muốn chương trình của chúng tôi giúp quý vị thanh toán cho họ.

Gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo các số ở cuối trang này để biết thêm thông tin. 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 nhất về những thay đổi liên quan đến các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.

J3. *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả*

Chương trình của chúng tôi có một *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả*. Chúng tôi gọi tắt là *Danh Sách Thuốc*. Danh sách này cho quý vị biết thuốc nào mà chương trình của chúng tôi bao trả. Thuốc trên danh sách này được tuyển chọn bởi chương trình, với sự trợ giúp của bác sĩ và dược sĩ. *Danh Sách Thuốc* phải đáp ứng các yêu cầu của Medicare. Thuốc có giá đã thương lượng theo 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 E**. Medicare đã phê duyệt *Danh Sách Thuốc* của Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP).

Danh Sách Thuốc cũng cho quý vị biết có bất kỳ quy tắc hoặc hạn chế nào đối với bất kỳ loại thuốc nào, chẳng hạn như giới hạn về số lượng quý vị có thể nhận được. Tham khảo **Chương 5** trong *Sổ Tay Thành Viên* này để biết thêm thông tin.

Mỗi năm, chúng tôi gửi cho quý vị thông tin về cách truy cập *Danh Sách Thuốc*, nhưng một số thay đổi có thể xảy ra trong năm. Để có thông tin mới nhất về loại thuốc được bao trả, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc truy cập trang web của chúng tôi theo địa chỉ ở cuối trang.

J4. *Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm*

Khi quý vị sử dụng các phúc lợi thuốc Medicare Part D của mình, chúng tôi gửi cho quý vị bản tóm tắt để giúp quý vị hiểu và theo dõi các khoản thanh toán dành cho thuốc Medicare Part D của quý vị. Bản tóm tắt này được gọi là bản *Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm* (EOB).

EOB cho quý vị biết tổng số tiền quý vị hay những người khác thay mặt quý vị đã trả cho thuốc Medicare Part D của quý vị và tổng số tiền chúng tôi đã trả cho mỗi loại thuốc Medicare Part D của quý vị trong tháng đó. EOB này không phải là hóa đơn. EOB có thêm thông tin về các loại thuốc quý vị dùng như thuốc tăng giá và các thuốc khác có mức chia sẻ chi phí thấp hơn có thể có sẵn. Quý vị có thể trao đổi với người kê toa về các tùy chọn chi phí thấp hơn khác. **Chương 6** trong *Sổ Tay Thành Viên* này cho biết thêm thông tin về EOB và cách tài liệu này có thể giúp quý vị theo dõi bảo hiểm thuốc của mình.

Quý vị có thể yêu cầu một bản EOB. Để lấy bản sao, hãy liên hệ Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo các số ở cuối trang này.

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/rx. Nếu quý vị chọn đăng ký, quý vị sẽ nhận được email khi có EOB 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.

Giữ lại các EOB này. Đây là hồ sơ quan trọng chứng minh về chi phí thuốc của quý vị.

K. Cập nhật hồ sơ thành viên của quý vị

Quý vị có thể cập nhật hồ sơ thành viên của quý vị bằng cách cho chúng tôi biết khi thông tin của quý vị thay đổi.

Chúng tôi cần thông tin này để đảm bảo chúng tôi có thông tin chính xác của quý vị trong hồ sơ của chúng tôi. 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.

Hãy cho chúng tôi biết ngay những điều sau đây:

- thay đổi về tên, địa chỉ, hoặc số điện thoại của quý vị;
- thay đổi về bất kỳ bảo hiểm y tế nào khác, chẳng hạn như từ chủ sử dụng lao động của quý vị, chủ sử dụng lao động của vợ/chồng quý vị, hoặc chủ sử dụng lao động của quý vị đời chung sống có đăng ký hoặc bồi thường cho người lao động;

- bất kỳ yêu cầu bồi thường bảo hiểm trách nhiệm nào, chẳng hạn như yêu cầu bảo hiểm từ tai nạn ô tô;
- vào điều trị tại cơ sở điều dưỡng hay bệnh viện;
- chăm sóc từ bệnh viện hoặc phòng cấp cứu;
- thay đổi về người chăm sóc của quý vị (hoặc bất cứ ai chịu trách nhiệm với quý vị); **và**,
- nếu quý vị tham gia một nghiên cứu lâm sàng. (**Lưu ý:** Quý vị không cần phải cho chúng tôi biết về một nghiên cứu lâm sàng quý vị dự định tham gia, nhưng chúng tôi khuyến khích quý vị làm như vậy.)

Nếu có thông tin nào thay đổi, hãy gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo các số ở cuối trang này.

Quý vị cũng có thể cập nhật thông tin của quý vị bằng cách truy cập trang web của chúng tôi tại go.wellcare.com/HealthNetCA. Nhấp vào nút “Login” (Đăng nhập). Đăng nhập hoặc tạo tài khoản mới. Sau đó, gửi tin nhắn bảo mật cho chúng tôi. Hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào hoặc cần trợ giúp.

K1. Quyền riêng tư về thông tin sức khỏe cá nhân (PHI)

Thông tin trong hồ sơ thành viên của quý vị có thể bao gồm thông tin sức khỏe cá nhân (PHI) của quý vị. Luật tiểu bang và liên bang yêu cầu chúng tôi giữ bí mật PHI của quý vị. Chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị. Để biết thêm thông tin về cách thức chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị, tham khảo **Chương 8** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

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

Giới thiệu

Chương này cung cấp cho quý vị thông tin liên hệ về các nguồn lực quan trọng có thể giúp quý vị trả lời các thắc mắc về chương trình của chúng tôi và các phúc lợi chăm sóc sức khỏe của quý vị. Quý vị cũng có thể sử dụng chương này để tìm hiểu thông tin về cách liên hệ với điều phối viên chăm sóc của quý vị và những người khác ủng hộ thay mặt cho quý vị. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của các thuật ngữ này xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

Mục Lục

A. Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên 29
B. Điều Phối Viên Dịch Vụ Chăm Sóc Của Quý Vị 32
C. Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) 34
D. Đường Dây Y Tá Tư Vấn 35
E. Đường Dây Trợ Giúp Khủng Hoảng Sức Khỏe Hành Vi 36
F. Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (QIO) 36
G. Medicare 37
H. Medi-Cal 39
I. Văn Phòng Thanh Tra Chăm Sóc Được Quản Lý Medi-Cal và Sức Khỏe Tâm Thần 39
J. Dịch Vụ Xã Hội của Hạt 40
K. Cơ Quan Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi của Hạt 41
L. Sở Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe California 42
M. Liên Minh Người Tiêu Dùng Y Tế (HCA) 42
N. Chương Trình Trợ Giúp Thanh Toán Thuốc 43
N1. Trợ Giúp Bổ Sung từ Medicare 43
N2. Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc AIDS (ADAP) 45
N3. Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare 45

O. Sở An Sinh Xã Hội 45
P. Ủy Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt (RRB) 46
Q. Bảo hiểm theo nhóm hoặc bảo hiểm khác từ chủ lao động 47
R. Chương Trình Thanh Tra Viên Medicare Medi-Cal 47
S. Nha Khoa Medi-Cal 48

A. Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên

GỌI ĐIỆN	1-800-431-9007 Cuộc gọi này 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. Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí dành cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này 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 Health Net Dual Align (HMO D-SNP) PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
TRANG WEB	go.wellcare.com/HealthNetCA

Liên hệ Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để được trợ giúp về:

- câu hỏi về chương trình
- câu hỏi về yêu cầu bồi thường hoặc thanh toán
- quyết định bao trả về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
    - Quyết định bao trả về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị là quyết định về:
        - phúc lợi và các dịch vụ được bao trả của quý vị, **hoặc**
        - số tiền chúng tôi trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.
    - Hãy gọi cho chúng tôi nếu quý vị có thắc mắc về quyết định bao trả về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

- Để tìm hiểu thêm về quyết định bao trả, tham khảo **Chương 9** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

- kháng cáo về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
  - Kháng cáo là cách chính thức để yêu cầu chúng tôi xem xét quyết định chúng tôi đưa ra về bảo hiểm của quý vị và yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã làm sai hoặc không đồng ý với quyết định đó.
  - Để tìm hiểu về cách nộp đơn kháng cáo, tham khảo **Chương 9** trong *Sổ Tay Thành Viên* này hoặc liên hệ Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.
- khiếu nại về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
  - Quý vị có thể khiếu nại về chúng tôi hoặc bất kỳ nhà cung cấp nào (bao gồm cả nhà cung cấp trong hoặc ngoài mạng lưới). Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp làm việc với chương trình của chúng tôi. Quý vị cũng có thể khiếu nại với chúng tôi hoặc Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (QIO) về chất lượng dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được (tham khảo **Phần F**).
  - Quý vị có thể gọi cho chúng tôi và giải thích khiếu nại của quý vị theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711).
  - Nếu khiếu nại của quý vị là về quyết định bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, quý vị có thể kháng cáo (tham khảo mục trên).
  - Quý vị có thể gửi đơn khiếu nại về chương trình của chúng tôi trực tiếp đến Medicare. Quý vị có thể dùng mẫu trực tuyến tại www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Hoặc quý vị có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để yêu cầu được giúp đỡ.
  - Quý vị có thể khiếu nại về chương trình của chúng tôi với Chương Trình Thanh Tra Viên Medicare Medi-Cal bằng cách gọi số 1-855-501-3077.
  - Để tìm hiểu thêm về việc nộp đơn khiếu nại về dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị, tham khảo **Chương 9** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.
- quyết định bao trả cho thuốc của quý vị
  - Quyết định bao trả cho thuốc của quý vị là quyết định về:
    - phúc lợi và các loại thuốc được bao trả của quý vị **hoặc**

- số tiền chúng tôi trả cho thuốc của quý vị.

- Các loại thuốc không được Medicare bao trả, như một số thuốc không kê toa (OTC) và một số vitamin, có thể được Medi-Cal Rx bao trả. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi cho Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng Medi-Cal Rx theo số 800-977-2273.

- Để biết thêm về quyết định bao trả đối với thuốc của quý vị, tham khảo **Chương 9** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

- kháng cáo về các loại thuốc của quý vị

  - Kháng cáo là cách yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định bao trả.

  - Để biết thêm về việc nộp đơn kháng cáo về thuốc của quý vị, tham khảo **Chương 9** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

- khiếu nại về thuốc của quý vị

  - Quý vị có thể khiếu nại về chúng tôi hay bất cứ nhà thuốc nào. Điều này bao gồm khiếu nại về thuốc của quý vị.

  - Nếu khiếu nại của quý vị là về quyết định bao trả thuốc, quý vị có thể kháng cáo. (Tham khảo phần ở trên.)

  - Quý vị có thể gửi đơn khiếu nại về chương trình của chúng tôi trực tiếp đến Medicare. Quý vị có thể dùng mẫu trực tuyến tại www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Hoặc quý vị có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để yêu cầu được giúp đỡ.

  - Để biết thêm về việc nộp đơn khiếu nại về thuốc của quý vị, tham khảo **Chương 9** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

- thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc các loại thuốc quý vị đã trả tiền

  - Để biết thêm về cách yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị hoặc thanh toán hóa đơn quý vị đã nhận được, tham khảo **Chương 7** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

  - Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn và chúng tôi từ chối bất kỳ phần nào trong yêu cầu đó, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi. Tham khảo **Chương 9** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

B. Điều Phối Viên Dịch Vụ Chăm Sóc Của Quý Vị

Điều phối viên chăm sóc có thể hỗ trợ quý vị và làm việc với chương trình sức khỏe, với bác sĩ và các nhà nhà cung cấp khác để đảm bảo quý vị nhận được chăm sóc sức khỏe cần thiết.

Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên cũng sẽ cho quý vị biết cách thức quý vị có thể liên hệ với điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị. Điều phối viên chăm sóc:

- Giúp kết hợp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe để đáp ứng các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Làm việc với quý vị để lập kế hoạch chăm sóc cho quý vị.
- Giúp quý vị quyết định xem những ai sẽ tham gia vào nhóm chăm sóc của quý vị.
- Cung cấp cho quý vị các thông tin cần thiết để quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Nếu quý vị cần trợ giúp liên hệ với điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Nếu quý vị muốn thay đổi điều phối viên chăm sóc của quý vị hoặc có thêm bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng liên hệ đến số điện thoại được liệt kê dưới đây. Quý vị cũng có thể gọi cho điều phối viên chăm sóc của quý vị trước khi họ liên hệ với quý vị. Gọi đến số điện thoại nêu bên dưới và yêu cầu nói chuyện với điều phối viên chăm sóc của quý vị.

GỌI ĐIỆN	1-833-340-0083 Cuộc gọi này miễn phí. Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m. giờ EST. 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. Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí dành cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này miễn phí. Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m. giờ EST. 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 Health Net Dual Align (HMO D-SNP) PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
TRANG WEB	go.wellcare.com/HealthNetCA

Liên hệ với điều phối viên chăm sóc của quý vị để được trợ giúp về:

- thắc mắc về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
- thắc mắc về việc nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng chất kích thích)
- câu hỏi về phúc lợi nha khoa
- câu hỏi về vận chuyển đến các cuộc hẹn y tế
- câu hỏi về Dịch Vụ và Hỗ Trợ Dài Hạn (LTSS), bao gồm Dịch Vụ Cho Người Lớn Tại Cộng Đồng (CBAS) và Cơ Sở Điều Dưỡng (NF)

Quý vị có thể nhận được những dịch vụ sau đây:

- Dịch Vụ Cho Người Lớn Tại Cộng Đồng (CBAS)
- chăm sóc điều dưỡng chuyên môn
- vật lý trị liệu
- trị liệu cơ năng
- trị liệu âm ngữ
- dịch vụ y tế xã hội
- chăm sóc sức khỏe tại nhà
- Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà (IHSS) thông qua công ty dịch vụ xã hội của hạt và
- đôi khi, quý vị có thể được giúp đỡ chăm sóc sức khỏe và nhu cầu sinh hoạt hàng ngày
- Dịch vụ Hỗ Trợ Cộng Đồng
    - Dịch vụ Hỗ Trợ Chuyển Tiếp Nơi Ở
    - Tiền Đặt Cọc Nhà Ở
    - Dịch Vụ Cho Thuê Nhà và Duy Trì Nơi Ở

- Chương Trình Phục Hồi Chức Năng Ban Ngày
- Chăm Sóc Phục Hồi Ngắn Hạn
- Dịch Vụ Chăm Sóc Thay Thế Tạm Thời
- Cải Tạo Môi Trường Sống cho Người Khuyết Tật
- Bữa Ăn Được Thiết Kế Riêng Về Mặt Y Tế/Thực Phẩm Hỗ Trợ Y Tế
- Trung Tâm Hỗ Trợ Tỉnh Rượu
- Hỗ Trợ Người Bị Hen Suyễn
- Hỗ Trợ Tiền Thuê Khi Chuyển Tiếp

C. Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Y Tế (HICAP)

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). Các tư vấn viên của HICAP có thể trả lời thắc mắc của quý vị và giúp quý vị hiểu việc cần làm để giải quyết vấn đề của quý vị. HICAP có các tư vấn viên được đào tạo ở mỗi hạt và các dịch vụ đều miễn phí.

HICAP là một chương trình độc lập của tiểu bang (không kết nối với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình sức khỏe nào) nhận tiền từ chính phủ liên bang để cung cấp tư vấn về bảo hiểm y tế địa phương miễn phí cho những người có Medicare.

GỌI ĐIỆN	1-800-434-0222 8 a.m. - 4 p.m. giờ địa phương, Thứ Hai - Thứ Sáu
TTY	1-800-735-2929
VIẾT THƯ	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
TRANG WEB	www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

Liên hệ HICAP để được trợ giúp về:

- thắc mắc về Medicare
- Các tư vấn viên của HICAP có thể trả lời các thắc mắc của quý vị về việc đổi sang chương trình mới và giúp quý vị:
  - hiểu về các quyền của quý vị,
  - hiểu về các lựa chọn chương trình của quý vị,
  - trả lời thắc mắc về việc thay đổi chương trình,
  - khiếu nại về dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc điều trị của quý vị, **và**
  - hỗ trợ các vấn đề về hóa đơn hoặc yêu cầu bồi thường.

D. Đường Dây Y Tá Tư Vấn

Đường Dây Y Tá Tư Vấn Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) là dịch vụ đào tạo và y tá tư vấn miễn phí qua điện thoại từ các bác sĩ lâm sàng được đào tạo hoạt động trong 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần, 365 ngày một năm. Đường Dây Y Tá Tư Vấn cung cấp đánh giá chăm sóc sức khỏe theo thời gian thực nhằm giúp thành viên xác định mức độ chăm sóc cần thiết vào lúc này. Bác sĩ lâm sàng cung cấp dịch vụ tư vấn trực tiếp, trả lời các thắc mắc về sức khỏe và hỗ trợ kiểm soát triệu chứng nhằm tạo điều kiện cho thành viên đưa ra các quyết định chắc chắn và thích hợp về dịch vụ chăm sóc và điều trị của họ. Thành viên có thể truy cập Đường Dây Y Tá Tư Vấn bằng cách gọi số điện thoại của Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) trên mặt sau của Thẻ ID Thành Viên của họ. Quý vị có thể liên hệ với Đường Dây Y Tá Tư Vấn để hỏi về sức khỏe hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

GỌI ĐIỆN	1-800-431-9007 Cuộc gọi này miễn phí. 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí dành cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi này miễn phí. 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần

Nếu quý vị có câu hỏi, vui lòng gọi Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. Cuộc gọi này được miễn phí.
Để biết thêm thông tin, hãy truy cập go.wellcare.com/HealthNetCA.

E. Đường Dây Trợ Giúp Khủng Hoảng Sức Khỏe Hành Vi

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) điều hành một đường dây sức khỏe hành vi cho các thành viên cần loại hỗ trợ này. Thành viên bị khủng hoảng sức khỏe hành vi có thể chọn trao đổi với một bác sĩ lâm sàng được cấp phép 24/7, người có thể hỗ trợ họ nhận các dịch vụ theo yêu cầu. Gọi cho chúng tôi theo số dưới đây.

GỌI ĐIỆN	1-800-646-5610 Cuộc gọi này miễn phí. 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần, 365 ngày một năm. 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. Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí dành cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này miễn phí. 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần, 365 ngày một năm.

Liên hệ Đường Dây Trợ Giúp Khủng Hoảng Sức Khỏe Hành Vi để được trợ giúp về:

- thắc mắc về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi và điều trị lạm dụng chất kích thích

Đối với câu hỏi về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chuyên khoa tại hạt của quý vị, tham khảo **Phần K**.

F. Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (QIO)

Tiểu bang của chúng tôi có một tổ chức gọi là Commence Health. Đây là nhóm gồm các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác giúp cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc cho những người có Medicare. Commence Health là một tổ chức độc lập. Tổ chức này không có liên kết với chương trình của chúng tôi.

GỌI ĐIỆN	1-877-588-1123
TTY	711
VIẾT THƯ	Commence Health/BFCC-QIO PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
TRANG WEB	www.commencehealthqio.cms.gov/en

Liên hệ Commence Health để được trợ giúp về:

- thắc mắc về các quyền chăm sóc sức khỏe của quý vị
- nộp đơn khiếu nại về dịch vụ chăm sóc quý vị đã nhận nếu quý vị:
  - có vấn đề với chất lượng chăm sóc như nhận sai thuốc, làm xét nghiệm hoặc thủ thuật không cần thiết, hoặc chẩn đoán sai,
  - cho rằng thời gian nằm viện của quý vị kết thúc quá sớm, **hoặc**
  - cho rằng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc dịch vụ của cơ sở phục hồi ngoại trú toàn diện (CORF) kết thúc quá sớm.

G. Medicare

Medicare là chương trình bảo hiểm y tế của liên bang dành cho những người từ 65 tuổi trở lên, một số người bị khuyết tật dưới 65 tuổi và người mắc bệnh thận giai đoạn cuối (suy thận vĩnh viễn cần lọc máu hoặc cấy ghép thận).

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

GỌI ĐIỆN	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Các cuộc gọi đến số điện thoại này đều miễn phí, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.
TTY	1-877-486-2048. Cuộc gọi này miễn phí. Số điện thoại này dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.
TRÒ CHUYỆN TRỰC TIẾP	Trò chuyện trực tiếp tại www.Medicare.gov/talk-to-someone
VIẾT THƯ	Viết thư gửi đến Medicare tại PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
TRANG WEB	www.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. Để nộp đơn khiếu nại lên Medicare, hãy truy cập www.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.

H. Medi-Cal

Medi-Cal là chương trình Medicaid của California. Đây là một chương trình bảo hiểm y tế cộng đồng cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết cho những người có thu nhập thấp, bao gồm cả gia đình có trẻ em, người cao tuổi, người khuyết tật, trẻ em và thanh thiếu niên được giáo dưỡng và phụ nữ mang thai. Medi-Cal được các quỹ của chính quyền tiểu bang và liên bang tài trợ.

Phúc lợi Medi-Cal bao gồm các dịch vụ y tế, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi và các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn.

Quý vị đã ghi danh vào Medicare và Medi-Cal. Nếu quý vị có câu hỏi về phúc lợi Medi-Cal, hãy gọi cho điều phối viên chăm sóc của chương trình. Nếu quý vị có câu hỏi về việc đăng ký chương trình Medi-Cal, hãy gọi bộ phận Tùy Chọn Chăm Sóc Sức Khỏe.

GỌI ĐIỆN	1-800-430-4263 Thứ Hai – Thứ Sáu, 8 a.m. đến 6 p.m.
TTY	1-800-430-7077 Số điện thoại này dành cho những người gặp các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.
VIẾT THƯ	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
TRANG WEB	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

I. Văn Phòng Thanh Tra Chăm Sóc Được Quản Lý Medi-Cal và Sức Khỏe Tâm Thần

Văn Phòng Thanh Tra Viên giúp giải quyết vấn đề từ quan điểm trung lập nhằm đảm bảo rằng thành viên của chúng tôi nhận được tất cả dịch vụ được bao trả cần thiết về mặt y tế. Họ sẽ lắng nghe, trả lời câu hỏi của quý vị, phân tích tình huống, giải thích chính sách và quy trình, cung cấp thông tin, lời khuyên và lựa chọn, đồng thời đề xuất giới thiệu thích hợp. Công việc của họ là giúp phát triển giải pháp công bằng cho các vấn đề tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức

khỏe. Họ không liên kết với chương trình của chúng tôi hoặc bất kỳ công ty bảo hiểm hay chương trình sức khỏe nào. Các dịch vụ của họ được cung cấp miễn phí.

GỌI ĐIỆN	1-888-452-8609 Thứ Hai – Thứ Sáu, 8 a.m. đến 5 p.m.
TTY	1-800-430-7077 Số điện thoại này dành cho những người gặp các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.
VIẾT THƯ	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
EMAIL	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
TRANG WEB	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

J. Dịch Vụ Xã Hội của Hạt

Nếu quý vị cần trợ giúp về phúc lợi Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà (IHSS) hoặc tính đủ điều kiện hưởng Medi-Cal, hãy liên hệ với cơ quan Dịch Vụ Xã Hội của Hạt địa phương.

Hãy liên hệ với Phòng Dịch Vụ Xã Hội Hạt để nộp đơn xin Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà, dịch vụ này sẽ giúp thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp để quý vị có thể tiếp tục sống an toàn tại nhà. Các loại dịch vụ có thể bao gồm hỗ trợ chuẩn bị bữa ăn, tắm rửa, mặc quần áo, mua quần áo hoặc vận chuyển.

Liên hệ với Phòng Dịch Vụ Xã Hội Hạt nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về tính đủ điều kiện cho Medi-Cal.

Hạt Los Angeles	
GỌI ĐIỆN	1-866-613-3777 Cuộc gọi này miễn phí. Ngoại trừ ngày lễ: Thứ Hai đến Thứ Sáu: 8 a.m. đến 5 p.m.

Nếu quý vị có câu hỏi, vui lòng gọi Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. Cuộc gọi này được miễn phí.
Để biết thêm thông tin, hãy truy cập go.wellcare.com/HealthNetCA.

Hạt Los Angeles	
TTY	711
VIẾT THƯ	Để biết văn phòng dịch vụ xã hội gần nhất, hãy tham khảo https://dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html
TRANG WEB	dpss.lacounty.gov

K. Cơ Quan Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi của Hạt

Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chuyên môn và dịch vụ điều trị rối loạn do sử dụng chất kích thích của Medi-Cal có sẵn cho quý vị thông qua hạt nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí tiếp cận.

Hạt Los Angeles	
GỌI ĐIỆN	Đường dây Trung Tâm Tiếp Cận: 1-800-854-7771 Đường Dây Nóng Trợ Giúp Dịch Vụ Điều Trị Lạm Dụng Chất Kích Thích (SASH): 1-844-804-7500 Cuộc gọi này được miễn phí. 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí dành cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này miễn phí. 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần

Liên hệ với cơ quan Sức Khỏe Hành Vi của hạt để được trợ giúp:

- thắc mắc về các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa do hạt cung cấp
- thắc mắc về các dịch vụ điều trị rối loạn do sử dụng chất kích thích do hạt cung cấp
- thông tin sức khỏe tâm thần bí mật, giới thiệu đến các nhà cung cấp dịch vụ và tư vấn khủng hoảng bất kỳ ngày hay thời điểm nào. Hãy gọi số ở trên cho hạt của quý vị.

Nếu quý vị có câu hỏi, vui lòng gọi Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. Cuộc gọi này được miễn phí.
Để biết thêm thông tin, hãy truy cập go.wellcare.com/HealthNetCA.

L. Sở Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe California

Sở Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe California (DMHC) có trách nhiệm quản lý các chương trình sức khỏe. Trung Tâm Trợ Giúp của DMHC có thể giúp quý vị giải quyết các kháng cáo và khiếu nại về dịch vụ Medi-Cal.

GỌI ĐIỆN	1-888-466-2219 Nhân viên đại diện của DMHC sẵn sàng trợ giúp từ 8 a.m. đến 6 p.m., thứ Hai đến thứ Sáu.
TDD	1-877-688-9891 Số điện thoại này dành cho những người gặp các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.
VIẾT THƯ	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
FAX	1-916-255-5241
TRANG WEB	www.dmhc.ca.gov

M. Liên Minh Người Tiêu Dùng Y Tế (HCA)

Liên Minh Người Tiêu Dùng Y Tế (HCA) là tổ chức hợp tác trên toàn tiểu bang, cung cấp hỗ trợ pháp lý miễn phí qua mạng, qua điện thoại hoặc trực tiếp nhằm trợ giúp cho cư dân California đang gặp khó khăn trong việc tiếp cận hoặc duy trì bảo hiểm y tế cũng như giải quyết các vấn đề liên quan đến chương trình sức khỏe của họ. Để tìm hiểu thêm về HCA hoặc để được hỗ trợ, hãy gọi số 1-888-804-3536 hoặc truy cập www.healthconsumer.org/.

N. Chương Trình Trợ Giúp Thanh Toán Thuốc

Trang web của Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) cung cấp thông tin về cách giảm chi phí thuốc của quý vị. Đối với những người có thu nhập hạn chế, cũng có các chương trình khác để hỗ trợ, như được mô tả dưới đây.

N1. Trợ Giúp Bổ Sung từ Medicare

Vì quý vị đủ điều kiện tham gia Medi-Cal, 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 của quý vị. Quý vị không cần làm gì để được nhận "Trợ Giúp Bổ Sung".

GỌI ĐIỆN	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Các cuộc gọi đến số điện thoại này đều miễn phí, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.
TTY	1-877-486-2048. Cuộc gọi này miễn phí. Số điện thoại này dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.
TRANG WEB	www.medicare.gov

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 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.

- Gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số ở cuối trang này và cho chúng tôi biết quý vị nghĩ là mình đủ điều kiện nhận "Trợ Giúp Bổ Sung". Quý vị có thể cần cung cấp một trong những loại giấy tờ sau (bằng chứng có sẵn tốt nhất):
    - Một bản sao thẻ Medi-Cal có tên của quý vị và ngày đủ điều kiện trong tháng sau tháng 6 của năm theo lịch trước đó.
    - Bản sao giấy tờ của tiểu bang xác nhận tình trạng Medi-Cal trong suốt một tháng sau tháng 6 của năm theo lịch trước đó.
    - Bản in ra từ tập tin ghi danh điện tử của tiểu bang cho biết tình trạng đủ điều kiện Medi-Cal trong suốt một tháng sau tháng 6 của năm theo lịch trước đó.

- Giấy tờ khác do tiểu bang cung cấp cho biết tình trạng Medi-Cal trong một tháng sau tháng 6 của năm theo lịch trước đó.
- Ảnh chụp màn hình từ hệ thống Medi-Cal cho biết tình trạng Medi-Cal trong suốt một tháng sau tháng 6 của năm theo lịch trước đó.
- Thư từ Sở An Sinh Xã Hội (SSA) cho biết cá nhân đó đã nhận Trợ Cấp An Sinh Bổ Sung (SSI).
- Đơn Đăng Ký Được Nộp bởi Người Được Coi Là Hội Đủ Điều Kiện xác nhận quý vị "...tự động hội đủ điều kiện để được trợ giúp bổ sung..." (Công bố 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 khoản này thay cho quý vị, chúng tôi có thể trả tiền trực tiếp cho tiểu bang. Gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số ở cuối trang này nếu quý vị có thắc mắc.

N2. Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc AIDS (ADAP)

ADAP giúp những người đủ điều kiện tham gia ADAP sống với HIV/AIDS có thể sử dụng thuốc chống 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). Lưu ý: Để đủ tiêu chuẩn được trợ giúp qua ADAP trong tiểu bang của chúng tôi, 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 đăng ký ADAP tại địa phương để có thể tiếp tục nhận hỗ trợ. Để biết thông tin về tiêu chí đủ điều kiện, thuốc được bao trả hoặc cách ghi danh chương trình, vui lòng gọi Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc AIDS (ADAP) theo số 1-844-421-7050, (TTY: 711) từ 8 a.m. - 5 p.m. giờ địa phương, Thứ Hai - Thứ Sáu (trừ ngày lễ).

N3. 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, quý vị không cần phải làm gì để tiếp tục lựa chọn này.** "Trợ Giúp Bổ Sung" từ Medicare và trợ giúp từ SPAP và ADAP, dành cho những người đủ điều kiện, sẽ thuận lợi hơn so với việc tham gia vào lựa chọn thanh toán này, bất kể mức thu nhập và chương trình có bảo hiểm thuốc phải cung cấp lựa chọn thanh toán này. Để tìm hiểu thêm về lựa chọn thanh toán này, hãy gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại ở cuối trang hoặc truy cập www.medicare.gov.

O. Sở An Sinh Xã Hội

Sở An Sinh Xã Hội xác định tính đủ điều kiện của Medicare và xử lý việc ghi danh Medicare.

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

GỌI ĐIỆN	1-800-772-1213 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Làm việc từ 8 a.m. đến 7 p.m., Thứ Hai đến Thứ Sáu. Quý vị có thể sử dụng dịch vụ điện thoại tự động của họ để nhận thông tin ghi âm sẵn và thực hiện một số việc 24 giờ một ngày.
TTY	1-800-325-0778 Số điện thoại này dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.
TRANG WEB	www.ssa.gov

P. Ủy Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt (RRB)

RRB 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 RRB, quý vị cần báo cho ủy ban này biết mỗi khi quý vị đổi chỗ ở hoặc đổi địa chỉ gửi thư. Khi có thắc mắc liên quan đến phúc lợi của quý vị từ RRB, vui lòng liên hệ với cơ quan này.

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.
TTY	1-312-751-4701 Số điện thoại này dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi. Số điện thoại này không phải là số điện thoại miễn phí.
TRANG WEB	www.rrb.gov

Q. Bảo hiểm theo nhóm hoặc bảo hiểm 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, vui lòng gọi cho nhân viên quản trị phúc lợi của chủ lao động/nghiệp đoàn hoặc gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số ở cuối trang nếu có 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. Quý vị cũng 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.

R. Chương Trình Thanh Tra Viên Medicare Medi-Cal

Chương Trình Thanh Tra Viên Medicare Medi-Cal cung cấp hỗ trợ MIỄN PHÍ để giúp những người đang cố gắng đạt được hoặc duy trì bảo hiểm sức khỏe và giải quyết các vấn đề liên quan đến chương trình sức khỏe của họ.

Nếu quý vị gặp vấn đề với:

- Medi-Cal
- Medicare
- chương trình sức khỏe của quý vị
- tiếp cận các dịch vụ y tế
- kháng cáo các dịch vụ, thuốc, thiết bị y tế lâu bền (DME), dịch vụ sức khỏe tâm thần bị từ chối, v.v.
- thanh toán y tế
- IHSS (Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà)

Chương Trình Thanh Tra Viên Medicare Medi-Cal hỗ trợ về khiếu nại, kháng cáo và phiên điều trần. Số điện thoại của Chương Trình Thanh Tra Viên là 1-855-501-3077.

S. 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, trám răng và điều trị bằng florua;
- phục hình và mão răng;
- trị liệu ống tủy răng; và
- răng giả một phần và nguyên hàm, điều chỉnh, sửa chữa và đệm răng.

GỌI ĐIỆN	1-800-322-6384 Cuộc gọi này miễn phí. Nhân viên đại diện của Nha Khoa Medi-Cal (FFS) luôn sẵn sàng hỗ trợ quý vị từ 8 a.m. đến 5 p.m., Thứ Hai đến Thứ Sáu.
TTY	1-800-735-2922 Số điện thoại này dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.
TRANG WEB	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

Ngoài Nha Khoa Tính Phí Theo Dịch Vụ Medi-Cal, quý vị có thể nhận được phúc lợi nha khoa thông qua chương trình chăm sóc nha khoa được quản lý. Các chương trình chăm sóc nha khoa được quản lý được cung cấp tại Hạt Sacramento và Los Angeles. Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin về các chương trình bảo hiểm nha khoa, hãy liên hệ với bộ phận Tùy Chọn Chăm Sóc Sức Khỏe theo số 1-800-430-4263 (người dùng TTY gọi số 1-800-430-7077), Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 6 p.m. Cuộc gọi này được miễn phí. Liên hệ chăm sóc nha khoa được quản lý cũng có sẵn ở đây: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

Chương 3: Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

Giới thiệu

Chương này có các thuật ngữ và quy tắc cụ thể mà quý vị cần biết để nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ được bao trả khác với chương trình của chúng tôi. Chương này cũng cho quý vị biết về điều phối viên chăm sóc của quý vị, cách nhận dịch vụ chăm sóc từ các loại nhà cung cấp khác nhau và trong một số trường hợp đặc biệt (bao gồm từ nhà cung cấp hoặc nhà thuốc ngoài mạng lưới), những việc cần làm nếu quý vị nhận được hóa đơn trực tiếp cho dịch vụ chúng tôi bao trả và quy tắc để sở hữu Thiết Bị Y Tế Lâu Bền (DME). Các thuật ngữ chính và định nghĩa của các thuật ngữ này xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

Mục Lục

A. Thông tin về dịch vụ và nhà cung cấp 51

B. Quy tắc để nhận dịch vụ được chương trình của chúng tôi bao trả 51

C. Điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị 53

C1. Công việc của điều phối viên chăm sóc 53

C2. Cách thức quý vị có thể liên hệ với điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị 54

C3. Cách thức quý vị có thể thay đổi điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị 54

D. Dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp 54

D1. Dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) 54

D2. Dịch vụ chăm sóc từ bác sĩ chuyên khoa và nhà cung cấp khác trong mạng lưới 58

D3. Việc cần làm khi một nhà cung cấp rời chương trình của chúng tôi 59

D4. Nhà cung cấp ngoài mạng lưới 60

E. Dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) 60

F. Dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng chất kích thích) 61

F1. Các dịch vụ sức khỏe hành vi của Medi-Cal được cung cấp bên ngoài chương trình của chúng tôi 61

G. Dịch vụ vận chuyển 66

G1. Vận Chuyển Y Tế Không Cấp Cứu 66

G2. Dịch vụ vận chuyển phi y tế 67

H. Dịch vụ được bao trả trong cấp cứu y tế, khi cần thiết khẩn cấp hoặc trong thảm họa 68

H1. Chăm sóc trong trường hợp cấp cứu y tế 68

H2. Dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp 70

H3. Dịch vụ chăm sóc trong thảm họa 72

I. Nếu quý vị nhận hóa đơn trực tiếp cho dịch vụ được bao trả thì sao 72

I1. Việc cần làm nếu chương trình của chúng tôi không bao trả các dịch vụ 72

J. Bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong nghiên cứu lâm sàng 73

J1. Định nghĩa về nghiên cứu lâm sàng 73

J2. Thanh toán các dịch vụ khi quý vị tham gia nghiên cứu lâm sàng 73

J3. Thông tin thêm về các nghiên cứu lâm sàng 74

K. Cách dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị được bao trả tại cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế 74

K1. Định nghĩa về cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế 74

K2. Dịch vụ chăm sóc từ cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế 74

L. Thiết bị y tế lâu bền (DME) 75

L1. Nhận DME với tư cách là thành viên trong chương trình của chúng tôi 75

L2. Quyền sở hữu DME nếu quý vị chuyển sang Original Medicare 76

L3. Phúc lợi về thiết bị oxy với tư cách là thành viên trong chương trình của chúng tôi 76

L4. Thiết bị oxy khi quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc một chương trình Medicare Advantage (MA) khác 77

A. Thông tin về dịch vụ và nhà cung cấp

Dịch vụ là dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS), vật tư, dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi, thuốc theo toa và thuốc không kê toa, thiết bị và các dịch vụ khác. **Dịch vụ được bao trả** là bất kỳ dịch vụ nào trong số này mà chương trình của chúng tôi chi trả. Chăm sóc sức khỏe, sức khỏe hành vi và LTSS được bao trả có trong **Chương 4** trong *Sổ Tay Thành Viên* này. Các dịch vụ được bao trả đối với thuốc theo toa và thuốc không kê toa có trong **Chương 5** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

Nhà cung cấp là các bác sĩ, y tá và những người khác cung cấp các dịch vụ và chăm sóc cho quý vị và được tiểu bang cấp phép. Nhà cung cấp cũng bao gồm các bệnh viện, cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà, phòng khám và những địa điểm khác cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi, thiết bị y tế và một số LTSS.

Nhà cung cấp trong mạng lưới là các nhà cung cấp làm việc với chương trình của chúng tôi. Các nhà cung cấp này đồng ý 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 quý vị. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới tính hóa đơn trực tiếp cho chúng tôi đối với dịch vụ chăm sóc mà họ cung cấp cho quý vị. Khi quý vị đến khám với nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị thường không phải trả tiền cho các dịch vụ được bao trả.

B. Quy tắc để nhận dịch vụ được chương trình của chúng tôi bao trả

Chương trình của chúng tôi bao tả tất cả dịch vụ được Medicare và hầu hết dịch vụ được Medi-Cal bao trả. Điều này bao gồm một số dịch vụ sức khỏe hành vi và LTSS.

Chương trình của chúng tôi sẽ thường chi trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ sức khỏe hành vi và nhiều dịch vụ LTSS mà quý vị được nhận khi tuân thủ quy tắc của chúng tôi. Để được chương trình của chúng tôi bao trả:

- Dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được phải có trong Bảng Phúc Lợi Y Tế của chúng tôi trong **Chương 4** của *Sổ Tay Thành Viên*.
- Dịch vụ chăm sóc đó phải **cần thiết về mặt y tế**. Theo nghĩa cần thiết về mặt y tế, chúng tôi muốn nói đến các dịch vụ hợp lý và cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh lý của quý vị. Chăm sóc cần thiết về mặt y tế là cần thiết để giúp cho các cá nhân không bị bệnh nghiêm trọng hoặc bị tàn tật và giảm đau nặng bằng cách điều trị căn bệnh, chứng bệnh hoặc chấn thương.

- Đối với dịch vụ y tế, quý vị phải có **nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP)** trong mạng lưới cung cấp và giám sát việc chăm sóc của quý vị. Là thành viên của chương trình, quý vị phải chọn nhà cung cấp trong mạng lưới làm PCP (đi đến **Phần D1** để biết thêm thông tin).
    - Trong hầu hết các trường hợp, PCP trong mạng lưới của quý vị hoặc chương trình của chúng tôi phải phê duyệt trước khi quý vị có thể thăm khám với nhà cung cấp mà không phải là PCP của quý vị hoặc sử dụng các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình chúng tôi. Thủ tục này được gọi là **giới thiệu**. Nếu quý vị không nhận được sự chấp thuận thì chúng tôi có thể sẽ không chi trả cho dịch vụ đó.
    - Các PCP của chương trình chúng tôi liên kết với các nhóm y tế. Khi quý vị chọn PCP cho mình, quý vị cũng đang chọn nhóm y tế liên kết. Điều này có nghĩa là PCP của quý vị sẽ giới thiệu quý vị đến các bác sĩ chuyên khoa và dịch vụ cũng có liên kết với nhóm y tế của họ. Nhóm y tế là nhóm các PCP, bác sĩ chuyên khoa và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác làm việc cùng nhau và ký hợp đồng để làm việc với chương trình của chúng tôi.
    - Quý vị không cần giới thiệu từ PCP cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc cần thiết khẩn cấp để sử dụng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ hoặc bất kỳ dịch vụ nào khác được liệt kê trong **Phần D1**.
- **Quý vị phải nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp trong mạng lưới** (để biết thêm thông tin, đi đến **Phần D** trong chương này). Thông thường, chúng tôi sẽ không bao trả cho dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp không làm việc với chương trình sức khỏe của chúng tôi. Điều này có nghĩa là quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí cho nhà cung cấp đối với dịch vụ quý vị nhận được. Dưới đây là một số trường hợp không áp dụng quy tắc này:
    - Nếu quý vị cần được chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc cần thiết khẩn cấp từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới (để biết thêm thông tin, đi đến **Phần H**).
    - Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc mà chương trình của chúng tôi bao trả và nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi không thể cung cấp thì quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc đó từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Nếu quý vị được yêu cầu thăm khám với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài mạng lưới thì sẽ cần phải có sự chấp thuận trước (PA). Sau khi sự chấp thuận trước được phê duyệt, nhà cung cấp yêu cầu và nhà cung cấp chấp nhận sẽ được thông báo về sự phê duyệt này. Trong trường hợp này, chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc đó

miễn phí cho quý vị. Để biết thông tin về việc nhận phê duyệt để sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới, đi đến **Phần D4**.

- Nếu quý vị cần dịch vụ lọc thận khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi trong một thời gian ngắn hoặc khi nhà cung cấp của quý vị tạm thời không cung cấp hoặc không thể tiếp cận, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới.
- Nếu quý vị là thành viên mới trong chương trình của chúng tôi, quý vị có thể yêu cầu tiếp tục đến khám với các nhà cung cấp hiện tại của quý vị. Trong một số trường hợp ngoại lệ, chúng tôi phải phê duyệt yêu cầu này nếu chúng tôi có thể xác minh rằng quý vị hiện có mối quan hệ với các nhà cung cấp đó. Tham khảo **Chương 1** trong *Sổ Tay Thành Viên* này. Nếu chúng tôi phê duyệt yêu cầu của quý vị, quý vị có thể tiếp tục đến khám với nhà cung cấp mà quý vị hiện đang theo khám trong tối đa 12 tháng để nhận dịch vụ. Trong thời gian đó, điều phối viên chăm sóc của chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị để giúp quý vị tìm nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới của chúng tôi có liên kết với nhóm y tế của PCP của quý vị. Sau 12 tháng, chúng tôi không còn bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị nữa nếu quý vị tiếp tục đến khám với nhà cung cấp ngoài mạng lưới của chúng tôi và không liên kết với nhóm y tế của PCP của quý vị.

Bảo Hiểm Y Tế Khác: Quý vị phải sử dụng tất cả các bảo hiểm y tế khác trước Medi-Cal khi dịch vụ tương tự được cung cấp theo bảo hiểm y tế chính của quý vị vì Medi-Cal là bên thanh toán cuối cùng. Điều này có nghĩa là trong hầu hết các trường hợp, Medi-Cal sẽ là bên thanh toán phụ sau Medicare, chi trả các chi phí được phép mà Medicare hoặc bảo hiểm sức khỏe khác không chi trả, tối đa đến định mức của Medi-Cal.

Thành viên mới tham gia Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP): Trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ được ghi danh tham gia Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) để nhận các phúc lợi của Medicare vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị yêu cầu ghi danh vào Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Quý vị vẫn có thể nhận được các dịch vụ Medi-Cal từ chương trình sức khỏe Medi-Cal trước đó trong tối đa hai tháng. Sau đó, quý vị sẽ nhận được các dịch vụ Medi-Cal thông qua Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Sẽ không có giai đoạn không được bảo hiểm nào trong bảo hiểm Medi-Cal của quý vị. Vui lòng gọi cho chúng tôi theo số ở cuối trang nếu có bất kỳ câu hỏi nào.

C. Điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị

C1. Công việc của điều phối viên chăm sóc

Điều phối viên chăm sóc là thành viên đội ngũ chăm sóc làm việc với quý vị, với chương trình sức khỏe và với các nhà nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc của quý vị để đảm bảo quý vị nhận

được dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết. Điều phối viên chăm sóc giúp kết hợp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe để đáp ứng các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị. Họ làm việc với quý vị để lập kế hoạch chăm sóc cho quý vị. Họ có thể giúp quý vị quyết định xem những ai sẽ tham gia vào nhóm chăm sóc của quý vị. Điều phối viên chăm sóc của quý vị cung cấp cho quý vị các thông tin cần thiết để quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Điều này cũng sẽ giúp quý vị có những lựa chọn phù hợp với quý vị.

C2. Cách thức quý vị có thể liên hệ với điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị

Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên có thể giúp quý vị liên hệ với điều phối viên chăm sóc. Điều phối viên chăm sóc luôn sẵn sàng hỗ trợ quý vị với nhu cầu chăm sóc sức khỏe của mình. Nhóm điều phối chăm sóc sức khỏe của chúng tôi có thể gọi điện cho quý vị để hỏi xem quý vị có muốn trao đổi với người quản lý chăm sóc hay không.

C3. Cách thức quý vị có thể thay đổi điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị

Nếu bạn muốn thay đổi điều phối viên chăm sóc, vui lòng liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số ở cuối trang.

D. Dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp

D1. Dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP)

Quý vị phải chọn PCP để họ cung cấp và quản lý dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Các PCP của chương trình chúng tôi liên kết với các nhóm y tế. Khi quý vị chọn PCP cho mình, quý vị cũng đang chọn nhóm y tế liên kết.

Định nghĩa về PCP và những việc PCP làm 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 nội khoa, bác sĩ sản phụ khoa (OB/GYN) và lão khoa.

Quý vị có thể chọn chuyên viên y tế không phải là bác sĩ làm PCP của mình. Các chuyên viên hành nghề không phải là bác sĩ bao gồm nữ hộ sinh có chứng nhận, chuyên viên điều dưỡng (NP), hoặc trợ lý bác sĩ (PA). Quý vị sẽ được liên kết với PCP có vai trò giám sát nhưng quý vị sẽ tiếp tục nhận các dịch vụ từ chuyên viên không phải là bác sĩ mà mình đã chọn. Quý vị được phép thay đổi sự lựa chọn về chuyên viên y tế của mình bằng cách thay đổi PCP có vai trò giám sát. Thẻ ID của quý vị sẽ được in tên của PCP có vai trò giám sát. Quý vị có thể có

bác sĩ chuyên khoa làm PCP của quý vị. Bác sĩ chuyên khoa phải sẵn lòng và có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc quý vị cần.

Ngoài ra, quý vị bị giới hạn ở các bác sĩ chuyên khoa và cơ sở đã ký kết tham gia với chương trình Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Vì chọn chương trình này sẽ yêu cầu quý vị chỉ được sử dụng các nhà cung cấp cụ thể này để chăm sóc quý vị, nên quý vị phải xem xét kỹ danh sách nhà cung cấp để đảm bảo rằng chương trình này có bao gồm các nhà cung cấp mà quý vị thường xuyên sử dụng. Danh mục các nhà cung cấp có trên trang web của chúng tôi tại go.wellcare.com/2027providerdirectories.

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 quản lý phần dịch vụ được bao trả còn lại mà quý vị nhận được với tư cách là thành viên của chương trình chúng tôi. Điều này bao gồm:

- chụp X-quang,
- xét nghiệm,
- trị liệu,
- 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 giới thiệu (chẳng hạn như giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa) và/hoặc được sự chấp thuận trước (phê duyệt trước). Nếu dịch vụ mà quý vị cần yêu cầu sự chấp thuận trước, PCP của quý vị sẽ yêu cầu sự cho phép đó từ chương trình của chúng tôi hoặc nhóm y tế của quý vị. Xem **Chương 4** của *Sổ Tay Thành Viên* này để biết những dịch vụ và vật phẩm nào cần giới thiệu và/hoặc sự chấp thuận trước.

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.

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.

Lựa chọn PCP của quý vị

Khi quý vị ghi danh tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ chọn nhóm y tế ký hợp đồng từ mạng lưới của chúng tôi. Nhóm y tế là nhóm các PCP, bác sĩ chuyên khoa và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác làm việc cùng nhau và ký hợp đồng để làm việc với chương trình của chúng tôi. Quý vị cũng sẽ chọn PCP từ nhóm y tế có hợp đồng này. Văn phòng của bác sĩ chăm sóc chính nên ở vị trí mà quý vị có thể dễ dàng đến đó. Quý vị có thể yêu cầu PCP cách nơi quý vị sinh sống hoặc làm việc trong phạm vi 10 dặm hoặc 30 phút. Có thể tìm thấy các nhóm y tế (và các PCP và bệnh viện liên kết của họ) trong *Danh Mục Nhà Cung Cấp Và Nhà Thuốc* hoặc quý vị có thể truy cập vào trang web của chúng tôi tại go.wellcare.com/2027providerdirectories.

Để xác nhận một nhà cung cấp có phục vụ hay không hoặc để hỏi về một PCP cụ thể, vui lòng liên hệ Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711).

Mỗi nhóm y tế và PCP giới thiệu tới một số bác sĩ chuyên khoa trong chương trình và sử dụng một số bệnh viện trong mạng lưới của họ. Nếu quý vị muốn sử dụng một bác sĩ chuyên khoa hoặc bệnh viện cụ thể thuộc chương trình, trước hết hãy kiểm tra để chắc chắn rằng bác sĩ chuyên khoa và bệnh viện đó thuộc mạng lưới của PCP và nhóm y tế. Tên và số điện thoại văn phòng của PCP chăm sóc cho quý vị được in trên thẻ thành viên của quý vị.

Nếu quý vị không chọn nhóm y tế hoặc PCP hoặc nếu quý vị chọn một nhóm y tế hoặc PCP không làm việc với chương trình này, chúng tôi sẽ tự động chỉ định quý vị tới một nhóm y tế và PCP gần nhà quý vị.

Để biết thông tin về cách thay đổi PCP của quý vị, vui lòng xem phần “Lựa chọn thay đổi PCP của quý vị” bên dưới.

Lựa chọn thay đổi PCP của quý vị

Quý vị có thể đổi PCP vì bất cứ lý do gì vào bất cứ lúc nào. Đồng thời, có khả năng rằng PCP của quý vị có thể rời mạng lưới chương trình của chúng tôi. Nếu PCP của quý vị rời mạng lưới của chúng tôi, chúng tôi có thể giúp quý vị tìm một PCP mới trong mạng lưới của chúng tôi.

Yêu cầu của quý vị sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng sau ngày chương trình của chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Để thay đổi PCP của quý vị, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số ở cuối trang.

Khi quý vị liên hệ với chúng tôi, hãy đảm bảo thông báo cho chúng tôi biết quý vị có đang thăm khám với các bác sĩ chuyên khoa hoặc nhận các dịch vụ được bao trả khác cần được PCP của quý vị phê duyệt hay không (ví dụ như các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà và thiết bị y tế lâu bền). Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên sẽ cho quý vị biết cách quý vị có thể tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc chuyên môn và các dịch vụ khác mà quý vị đã và đang nhận khi quý vị thay đổi PCP. Họ cũng sẽ kiểm tra để đảm bảo rằng PCP mà quý vị muốn chuyển sang hiện đang chấp

nhận bệnh nhân mới. Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên sẽ thay đổi hồ sơ thành viên của quý vị với tên PCP mới của quý vị và cho quý vị biết thời điểm việc đổi sang PCP mới của quý vị có hiệu lực.

Họ cũng sẽ gửi cho quý vị thẻ thành viên mới với tên và số điện thoại của PCP mới của quý vị.

Các PCP của chương trình chúng tôi liên kết với các nhóm y tế. Nếu quý vị thay đổi PCP của mình, quý vị cũng có thể đang thay đổi các nhóm y tế. Khi quý vị yêu cầu thay đổi, hãy thông báo cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên biết quý vị có đến khám với bác sĩ chuyên khoa hoặc nhận các dịch vụ được bao trả khác có yêu cầu PCP phê duyệt hay không. Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên giúp đảm bảo rằng quý vị tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc chuyên môn và các dịch vụ khác khi quý vị thay đổi PCP của mình.

Những dịch vụ quý vị có thể nhận được mà không cần có sự phê duyệt từ PCP của quý vị

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị cần có sự phê duyệt từ PCP của quý vị trước khi đến khám với các nhà cung cấp khác. Sự phê duyệt này được gọi là **sự giới thiệu**. Quý vị có thể nhận các dịch vụ như các dịch vụ được liệt kê dưới đây mà không cần có sự phê duyệt trước từ PCP của quý vị:

- Dịch vụ cấp cứu từ nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc ngoài mạng lưới
- Dịch vụ cần thiết khẩn cấp dược bao trả 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 hoặc nếu dịch vụ này từ nhà cung cấp trong mạng lưới được cho là không phù hợp với thời gian, địa điểm và tình huống 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. Chuyến thăm khám nhà cung cấp định kỳ cần thiết về mặt y tế (chẳng hạn 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 hoặc mạng lưới của chúng tôi tạm thời không cung cấp dịch vụ.
- Dịch vụ thẩm tách quý vị nhận được tại một cơ sở thẩm tách được Medicare chứng nhận khi quý vị ở bên ngoài khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi. Nếu quý vị gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên trước khi quý vị rời khu vực dịch vụ, chúng tôi có thể giúp quý vị được lọc thận trong lúc quý vị đi xa.
- Tiêm phòng cúm và tiêm vắc-xin COVID-19 cũng như tiêm ngừa viêm gan B và viêm phổi, với điều kiện là quý vị nhận các dịch vụ này từ nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Dịch vụ chăm sóc sức khỏe định kỳ dành cho phụ nữ và các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình. Bao gồm khám vú, chụp nhũ ảnh sàng lọc (chụp X-quang vú), xét nghiệm Pap và

kiểm tra xương chậu với điều kiện là quý vị nhận các dịch vụ đó từ nhà cung cấp trong mạng lưới.

Ngoài ra, nếu quý vị là Thành Viên Người Mỹ Bản Xứ, quý vị có thể nhận được Dịch Vụ Được Bao Trả từ Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Người Mỹ Bản Xứ theo lựa chọn của quý vị, mà không yêu cầu giới thiệu từ PCP Trong Mạng Lưới hoặc Sự Chấp Thuận Trước.

D2. Dịch vụ chăm sóc từ bác sĩ chuyên khoa và nhà cung cấp khác trong mạng lưới

Bác sĩ chuyên khoa là bác sĩ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để điều trị một căn bệnh hoặc một bộ phận cơ thể cụ thể. Có rất nhiều loại bác sĩ chuyên khoa, chẳng hạn như:

- Bác sĩ chuyên khoa ung thư chăm sóc cho bệnh nhân bị ung thư.
- Bác sĩ chuyên khoa tim chăm sóc cho bệnh nhân mắc bệnh tim.
- Bác sĩ chuyên khoa chỉnh hình chăm sóc cho bệnh nhân mắc một số 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 D1**. 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. Tham khảo **Chương 4** của Sổ Tay Thành Viên này để biết thông tin về những dịch vụ nào cần có sự chấp thuận trước.

Mỗi 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, PCP mà quý vị chọn 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 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. Chúng tôi hướng dẫn quý vị cách thay đổi PCP của mình trong **Mục D1**.

D3. Việc cần làm khi một nhà cung cấp rời chương trình của chúng tôi

Nhà cung cấp trong mạng lưới mà quý vị sử dụng có thể rời chương trình của chúng tôi. Nếu một trong những nhà cung cấp của quý vị rời chương trình của chúng tôi, quý vị có những quyền và biện pháp bảo vệ này được tóm tắt dưới đây:

- Ngay cả khi mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi thay đổi trong năm, chúng tôi phải cho phép quý vị tiếp cận liên tục các nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn.
- 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 nếu quý vị đến khám với nhà cung cấp đó trong vòng ba năm qua.
    - Nếu có bất kỳ nhà cung cấp nào khác của quý vị rời chương trình, chúng tôi sẽ thông báo nếu quý vị được chỉ định nhà cung cấp đó, hiện đang được họ chăm sóc hoặc đã khám với họ trong vòng ba tháng qua.
- Chúng tôi sẽ giúp quý vị lựa chọn nhà cung cấp trong mạng lưới mới đủ chuyên môn để tiếp tục quản lý nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Nếu quý vị hiện đang được điều trị hoặc 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 từ một nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chúng tôi. 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.
- Nếu chúng tôi không tìm được bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới có chuyên môn mà quý vị có thể tiếp cận, chúng tôi phải thu xếp một bác sĩ chuyên khoa ngoài mạng lưới để chăm sóc quý vị khi một nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc phúc lợi không có sẵn hoặc không đủ để đáp ứng nhu cầu y tế của quý vị. Chương trình của chúng tôi phải xác nhận là không có nhà cung cấp trong mạng lưới và nhà cung cấp ngoài mạng lưới phải liên hệ với chương trình để xin phép cho quý vị được nhận dịch vụ. Nếu được phê duyệt, nhà cung cấp ngoài mạng lưới sẽ được chấp thuận để cung cấp (những) dịch vụ này.
- Nếu quý vị được biết một trong các nhà cung cấp của quý vị sắp rời chương trình của chúng tôi, hãy liên hệ với chúng tôi. Chúng tôi có thể hỗ trợ quý vị tìm một nhà cung cấp mới để quản lý chăm sóc của quý vị.

- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi chưa thay thế nhà cung cấp trước đây của quý vị bằng nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn hoặc chúng tôi không quản lý tốt dịch vụ chăm sóc của quý vị, quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại về chất lượng chăm sóc cho Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (QIO), than phiền về chất lượng chăm sóc, hoặc cả hai. (Tham khảo **Chương 9** để biết thêm thông tin.)

D4. Nhà cung cấp ngoài mạng lưới

Quý vị có thể đến một nhà cung cấp ngoài mạng lưới mà không cần giấy giới thiệu hoặc chấp thuận trước đối với các dịch vụ cấp cứu hoặc cần thiết khẩn cấp. Dịch vụ lọc máu cho thành viên ESRD được bao trả mà không cần sự chấp thuận trước nếu thành viên đó đi ra ngoài khu vực dịch vụ dự kiến hoặc nhà cung cấp tạm thời không phục vụ. Nếu sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới, quý vị phải xin phê duyệt trước bằng văn bản. Chúng tôi không thanh toán cho nhà cung cấp ngoài mạng lưới chưa được phê duyệt để cung cấp dịch vụ cho quý vị. Nếu quý vị chọn sử dụng nhà cung cấp không được phê duyệt, quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí cho các dịch vụ quý vị nhận.

Nếu quý vị đến khám tại nhà cung cấp ngoài mạng lưới, nhà cung cấp đó phải chấp nhận Medicare và/hoặc Medi-Cal.

- Chúng tôi không thể thanh toán cho nhà cung cấp không đủ điều kiện tham gia Medicare và/hoặc Medi-Cal.
- Nếu quý vị đến khám tại nhà cung cấp không đủ điều kiện tham gia vào Medicare, quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí cho các dịch vụ quý vị nhận.
- Nhà cung cấp phải cho quý vị biết nếu họ không đủ điều kiện tham gia vào Medicare.

E. Dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS)

LTSS có thể giúp quý vị ở nhà và tránh phải nằm viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Quý vị có quyền tiếp cận một số LTSS nhất định thông qua chương trình của chúng tôi, bao gồm chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, Dịch Vụ Cho Người Lớn Dựa Trên Cộng Đồng (CBAS) và Hỗ Trợ Cộng Đồng. Một loại LTSS khác là chương trình Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà được cung cấp thông qua phòng dịch vụ xã hội hạt của quý vị.

Để nhận LTSS, quý vị phải đáp ứng tiêu chí lâm sàng đối với bất kỳ (1) hoặc nhiều mục sau:

1. Thành viên đáp ứng tiêu chí mức độ chăm sóc của Cơ sở điều dưỡng-A (NF-A) trở lên và tính đủ điều kiện và tiêu chí cần thiết về mặt y tế.

2. Những cá nhân bị tổn thương não do nguyên nhân thực thể, mắc phải hoặc do chấn thương và/hoặc bệnh tâm thần mạn tính, và thể hiện nhu cầu nhận hỗ trợ hoặc giám sát trong một số hoạt động sinh hoạt hàng ngày hoặc một số hoạt động sinh hoạt hàng ngày có dùng công cụ.

3. Thành viên bị bệnh Alzheimer từ trung bình đến nặng hoặc chứng sa sút trí tuệ khác có đặc điểm ở Giai đoạn 5, Giai đoạn 6 hoặc Giai đoạn 7.

4. Thành viên bị suy giảm nhận thức nhẹ bao gồm bệnh Alzheimer mức trung bình hoặc chứng mất trí khác, đặc trưng bởi bệnh Alzheimer Giai đoạn 4.

5. Cá nhân bị khuyết tật phát triển đáp ứng tiêu chí và tính đủ điều kiện của Trung Tâm theo Vùng.

Để tìm hiểu thêm về cách nhận LTSS, hãy liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại ở cuối trang. Tham khảo **Chương 4** để biết thêm thông tin về chương trình Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà (IHSS).

F. Dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng chất kích thích)

Quý vị có quyền tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi cần thiết về mặt y tế mà Medicare và Medi-Cal bao trả. Chúng tôi cho phép tiếp cận các dịch vụ sức khỏe hành vi được Medicare và chăm sóc được quản lý Medi-Cal bao trả. Chương trình của chúng tôi không cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chuyên khoa của Medi-Cal và dịch vụ chăm sóc rối loạn do sử dụng chất kích thích của hạt, nhưng những dịch vụ này được cung cấp cho quý vị thông qua cơ quan dịch vụ sức khỏe hành vi tại hạt địa phương của quý vị.

F1. Các dịch vụ sức khỏe hành vi của Medi-Cal được cung cấp bên ngoài chương trình của chúng tôi

Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chuyên môn của Medi-Cal được cung cấp cho quý vị thông qua chương trình sức khỏe tâm thần (MHP) của hạt nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí để tiếp cận dịch vụ cần thiết về mặt y tế. Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chuyên môn của Medi-Cal do các cơ quan được liệt kê trong bảng dưới đây cung cấp, bao gồm:

- dịch vụ sức khỏe tâm thần
- các dịch vụ hỗ trợ về thuốc
- dịch vụ điều trị chuyên sâu trong ngày

- phục hồi chức năng trong ngày
- dịch vụ can thiệp khủng hoảng
- dịch vụ ổn định khủng hoảng
- dịch vụ điều trị nội trú dành cho người lớn
- dịch vụ điều trị nội trú dành cho người bị khủng hoảng
- dịch vụ tại cơ sở y tế tâm thần
- dịch vụ tâm thần nội trú tại bệnh viện
- quản lý hồ sơ có mục tiêu
- chương trình tái hòa nhập cộng đồng sau khi bị giam giữ
- điều trị hòa nhập cộng đồng (ACT)
- điều trị hòa nhập cộng đồng sau khi bị giam giữ (FACT)
- chăm sóc chuyên môn phối hợp (CSC) cho giai đoạn đầu của rối loạn tâm thần (FEP)
- dịch vụ nhóm phục hồi
- Dịch vụ nhân viên y tế cộng đồng nâng cao (CHW)
- Hỗ trợ công việc
- dịch vụ hỗ trợ đồng đẳng
- dịch vụ can thiệp khủng hoảng di động dựa trên cộng đồng
- dịch vụ trị liệu hành vi
- chăm sóc nuôi dưỡng trị liệu
- điều phối chăm sóc chuyên sâu
- dịch vụ tại nhà chuyên sâu

Dịch vụ Thuốc Medi-Cal (DMC) được cung cấp bởi các cơ quan của hạt dưới đây bao gồm:

Hạt	Cơ quan
Los Angeles	Sở Sức Khỏe Tâm Thần (DMH) Hạt Los Angeles và Sở Y Tế Cộng Đồng Hạt Los Angeles (Ngăn Ngừa & Kiểm Soát Tình Trạng Rối Loạn Sử Dụng Chất Kích Thích) (DPH/SAPC)

- dịch vụ điều trị chuyên sâu ngoại trú
- điều trị rối loạn sử dụng chất kích thích cho bệnh nhân nội trú chu sinh
- dịch vụ điều trị ngoại trú
- chương trình điều trị nghiện ma túy
- thuốc điều trị nghiện (còn được gọi là Điều Trị Có Hỗ Trợ Thuốc)
- dịch vụ hỗ trợ đồng đẳng
- dịch vụ can thiệp khủng hoảng di động dựa trên cộng đồng

Dịch vụ Hệ Thống Phân Phối Có Tổ Chức Thuốc Medi-Cal (DMC-ODS) được cung cấp cho quý vị thông qua nhà cung cấp Tính Phí Theo Dịch Vụ (FFS) Medi-Cal nếu quý vị đáp ứng tiêu chí để nhận những dịch vụ này. Dịch Vụ DMC-ODS bao gồm:

- dịch vụ điều trị ngoại trú
- dịch vụ điều trị chuyên sâu ngoại trú
- dịch vụ nhập viện một phần
- thuốc điều trị nghiện (còn được gọi là Điều Trị Có Hỗ Trợ Thuốc)
- dịch vụ điều trị tại nhà
- dịch vụ quản lý thuốc bị thu hồi
- chương trình điều trị nghiện ma túy
- dịch vụ phục hồi
- điều phối dịch vụ chăm sóc

- dịch vụ hỗ trợ đồng đẳng
- dịch vụ can thiệp khủng hoảng di động dựa trên cộng đồng
- dịch vụ quản lý tình huống khẩn cấp
- dịch vụ can thiệp sớm (dành cho thành viên dưới 21 tuổi)
- sàng lọc, chẩn đoán và điều trị định kỳ sớm (dành cho thành viên dưới 21 tuổi)
- dịch vụ điều trị nội trú

Ngoài các dịch vụ được liệt kê ở trên, quý vị có thể tiếp cận với các dịch vụ cai nghiện tự nguyện nội trú nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí.

Quý vị cũng sẽ tiếp cận các dịch vụ chăm sóc Sức Khỏe Hành Vi cần thiết về mặt y tế được Medicare bao trả và được quản lý thông qua dịch vụ Sức Khỏe Hành Vi của Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP), bao gồm nhưng không giới hạn ở:

- Dịch vụ ngoại trú: Can thiệp khủng hoảng cho bệnh nhân ngoại trú, đánh giá và liệu pháp ngắn hạn, liệu pháp chuyên môn dài hạn hơn và bất kỳ dịch vụ chăm sóc phục hồi nào liên quan đến tình trạng rối loạn sử dụng chất kích thích.
- Dịch vụ và vật tư nội trú: Chỗ ở trong phòng hai giường trở lên, bao gồm các khu điều trị đặc biệt, vật tư và dịch vụ phụ trợ thường do cơ sở cung cấp.
- Cấp độ chăm sóc nội trú và chăm sóc thay thế: Các dịch vụ ngoại trú chuyên sâu và nhập viện một phần tại cơ sở Được Medicare Chứng Nhận.
- Cai nghiện: Các dịch vụ nội trú cai nghiện cấp tính và điều trị các bệnh lý cấp tính liên quan đến tình trạng rối loạn sử dụng chất kích thích.
- Dịch vụ cấp cứu: Khám sàng lọc, khám và đánh giá để xác định liệu có tồn tại tình trạng y tế khẩn cấp hay không và dịch vụ chăm sóc và điều trị cần thiết để giảm nhẹ hoặc trị dứt tình trạng y tế khẩn cấp.

Trường hợp loại trừ và giới hạn của các dịch vụ Sức Khỏe Hành Vi

Để biết danh sách loại trừ và hạn chế của dịch vụ Sức Khỏe Hành Vi, vui lòng xem **Chương 4** Phúc lợi không được chương trình của chúng tôi, Medicare hoặc Medi-Cal bao trả.

Quy trình được sử dụng để xác định tính cần thiết về mặt y tế đối với các dịch vụ Sức Khỏe Hành Vi

Chương trình phải cho phép bao trả một số dịch vụ và vật tư cho dịch vụ Sức Khỏe Hành Vi. Để biết chi tiết về các dịch vụ có thể cần sự chấp thuận trước, vui lòng tham khảo **Chương 4**. Để xin chấp thuận trước cho những dịch vụ này, quý vị phải gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên của Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) theo số 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. Chương trình sẽ giới thiệu quý vị đến một chuyên gia sức khỏe tâm thần có hợp đồng gần đó, là người sẽ đánh giá quý vị để xác định xem có cần điều trị thêm hay không. Nếu quý vị cần được điều trị, chuyên gia về sức khỏe tâm thần đã ký hợp đồng sẽ lập một kế hoạch điều trị và gửi kế hoạch đó cho Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) xem xét. Các dịch vụ được đưa vào kế hoạch điều trị sẽ được bao trả khi chương trình cho phép. Nếu chương trình không phê duyệt kế hoạch điều trị đó, sẽ không có thêm dịch vụ hoặc vật tư nào được bao trả cho bệnh lý đó. Tuy nhiên, chương trình có thể chuyển quý vị đến phòng sức khỏe tâm thần của hạt để giúp quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc cần thiết.

Quy trình giới thiệu giữa Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) và các cơ quan của hạt:

Quy trình giới thiệu cho dịch vụ Sức Khỏe Hành Vi có thể được tiến hành giữa chương trình của chúng tôi và các cơ quan của hạt sau đây:

Hạt	Cơ quan
Los Angeles	Sở Sức Khỏe Tâm Thần (DMH) Hạt Los Angeles và Sở Y Tế Cộng Đồng Hạt Los Angeles (Ngăn Ngừa & Kiểm Soát Tình Trạng Rối Loạn Sử Dụng Chất Kích Thích) (DPH/SAPC)

Có thể nhận giấy giới thiệu tới các dịch vụ Sức Khỏe Hành Vi từ nhiều nguồn, bao gồm: các nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe hành vi của hạt, người quản lý hồ sơ của hạt, PCP, thành viên và gia đình của họ. Những nguồn giới thiệu này có thể liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi đến số điện thoại ở trên Thẻ ID Thành viên của quý vị hoặc ở cuối trang này. Chúng tôi sẽ xác nhận tính đủ điều kiện và chấp thuận các dịch vụ này khi thích hợp.

Chúng tôi sẽ làm việc với hạt để cung cấp giấy giới thiệu phù hợp và điều phối dịch vụ chăm sóc cho quý vị.

Quý vị có thể trực tiếp làm giấy giới thiệu đến dịch vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Tâm Thần Chuyên Môn và/hoặc Dịch Vụ Cai Nghiện Rượu Và Ma Túy của Hạt.

Các dịch vụ điều phối dịch vụ chăm sóc bao gồm điều phối các dịch vụ giữa các PCP, nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe hành vi của Hạt, người quản lý hồ sơ của hạt, quý vị và gia đình hoặc người chăm sóc của quý vị khi thích hợp.

Việc cần làm nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại về dịch vụ Sức Khỏe Hành Vi

Các phúc lợi được nêu trong mục này phải tuân theo quy trình kháng cáo giống như mọi phúc lợi khác. Tham khảo **Chương 9** để biết thêm thông tin về nộp đơn khiếu nại.

G. Dịch vụ vận chuyển

G1. Vận Chuyển Y Tế Không Cấp Cứu

Quý vị có quyền được vận chuyển y tế không cấp cứu (NEMT) nếu quý vị có nhu cầu y tế không cho phép quý vị sử dụng xe hơi, xe buýt hoặc taxi để đến buổi hẹn khám của mình. NEMT có thể được cung cấp cho tất cả các dịch vụ được Medi-Cal bao trả như các cuộc hẹn khám về y tế, nha khoa, sức khỏe tâm thần, lạm dụng chất kích thích và nhà thuốc. Nếu quý vị cần NEMT, quý vị có thể trao đổi với PCP và yêu cầu dịch vụ này. PCP sẽ quyết định loại phương tiện vận chuyển tốt nhất để đáp ứng nhu cầu của quý vị. Nếu quý vị cần NEMT, họ sẽ chỉ định bằng cách điền vào mẫu đơn và gửi mẫu đơn đó cho Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) để được phê duyệt. Tùy vào nhu cầu y tế của quý vị, quý vị có thể được phê duyệt trong tối đa 12 tháng. PCP sẽ đánh giá lại nhu cầu đối với NEMT của quý vị trong tối đa 12 tháng.

NEMT là xe cấp cứu, xe van, xe van cho xe lăn hoặc vận chuyển đường hàng không. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) cho phép chế độ vận chuyển được bao trả với chi phí thấp nhất và NEMT phù hợp nhất cho nhu cầu y tế khi quý vị cần để đi đến cuộc hẹn. Ví dụ: nếu quý vị có thể được vận chuyển bằng xe van cho xe lăn vì lý do thể chất hoặc y tế, Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sẽ không thanh toán cho xe cấp cứu. Quý vị chỉ được phép vận chuyển bằng đường hàng không nếu bệnh lý của quý vị khiến mọi hình thức vận chuyển mặt đất đều không thể sử dụng được.

Phải sử dụng NEMT khi:

- Quý vị cần vì lý do thể chất hoặc y tế được xác định bằng văn bản cho phép từ PCP vì quý vị không thể sử dụng xe buýt, taxi, xe hơi hoặc xe van để đi đến buổi hẹn.
- Quý vị cần trợ giúp từ người lái xe đến và rời nơi cư trú, phương tiện hoặc nơi điều trị của quý vị do khuyết tật thể chất hoặc tinh thần.

Để yêu cầu vận chuyển y tế mà bác sĩ của quý vị đã chỉ định để đến **buổi hẹn khám định kỳ** không khẩn cấp, hãy gọi Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711) (Thứ Hai - Thứ Sáu) trước cuộc hẹn của quý vị ít nhất 72 giờ. Đối với **các cuộc**

hẹn, hãy gọi càng sớm càng tốt. Chuẩn bị sẵn Thẻ ID Thành viên khi quý vị gọi. Quý vị cũng có thể gọi nếu quý vị cần thêm thông tin.

Giới hạn vận chuyển y tế

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) bao trả phương tiện vận chuyển y tế có chi phí thấp nhất đáp ứng nhu cầu y tế của quý vị từ nhà đến nhà cung cấp gần nhất nơi quý vị có cuộc hẹn. Dịch vụ vận chuyển y tế sẽ không được cung cấp nếu Medicare hoặc Medi-Cal không bao trả dịch vụ này. Nếu loại cuộc hẹn được Medi-Cal bao trả chứ không phải chương trình sức khỏe, Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sẽ giúp quý vị lên lịch cho dịch vụ vận chuyển. Danh sách các dịch vụ được bao trả có trong **Chương 4** của *Sổ Tay Thành Viên* này. Dịch vụ vận chuyển không được bao trả ngoài mạng lưới hoặc khu vực dịch vụ của Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) trừ khi được chấp thuận trước.

G2. Dịch vụ vận chuyển phi y tế

Phúc lợi vận chuyển phi y tế (NMT) bao gồm đi đến và trở về từ các cuộc hẹn của quý vị cho một dịch vụ được nhà cung cấp chấp thuận. Quý vị có thể được đưa đón miễn phí, khi quý vị:

- Đi đến và trở về từ một cuộc hẹn cho một dịch vụ được nhà cung cấp của quý vị chấp thuận, **hoặc**
- Lấy thuốc theo toa và vật tư y tế.

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) cho phép quý vị sử dụng xe ô tô, taxi, xe buýt, hoặc phương tiện công cộng/cá nhân khác để đến cuộc hẹn cho các dịch vụ được nhà cung cấp của quý vị chấp thuận. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sử dụng ModivCare để sắp xếp NMT. Chúng tôi bao trả cho loại NMT có chi phí thấp nhất đáp ứng nhu cầu của quý vị.

Đôi khi, quý vị có thể được bồi hoàn cho các chuyến đi bằng phương tiện riêng mà quý vị sắp xếp. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) phải phê duyệt điều này **trước khi** quý vị được vận chuyển và quý vị phải cho chúng tôi biết lý do không thể di chuyển bằng cách khác, chẳng hạn như đi xe buýt. Quý vị có thể cho chúng tôi biết bằng cách gọi điện hoặc gửi email hoặc đích thân đến. **Quý vị không được hoàn tiền nếu tự lái xe**.

Hoàn tiền theo dặm yêu cầu tất cả những điều sau đây:

- Giấy phép lái xe của người lái.
- Giấy tờ đăng ký xe của người lái.
- Bằng chứng bảo hiểm xe của người lái.

Để yêu cầu chuyến đi cho các dịch vụ đã được chấp thuận, hãy gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên của Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) theo số 1-800-431-9007 (Thứ Hai - Thứ Sáu) trước cuộc hẹn của quý vị ít nhất 72 giờ. Đối với **các cuộc hẹn khẩn cấp**, hãy gọi càng sớm càng tốt. Chuẩn bị sẵn Thẻ ID Thành viên khi quý vị gọi. Quý vị cũng có thể gọi nếu quý vị cần thêm thông tin.

Lưu ý: Thành Viên Người Mỹ Bản Xứ có thể liên hệ với Phòng Khám Y Tế Người Mỹ Bản Xứ địa phương để yêu cầu vận chuyển phi y tế.

Giới hạn đối với vận chuyển phi y tế

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) cung cấp NMT có chi phí thấp nhất đáp ứng nhu cầu của quý vị từ nhà đến nhà cung cấp gần nhất nơi quý vị có cuộc hẹn. **Quý vị không thể tự lái xe hoặc được hoàn trả trực tiếp.**

NMT **không** áp dụng nếu:

- Cần phải có xe cấp cứu, xe van, xe van cho xe lăn, hoặc hình thức vận chuyển y tế không cấp cứu khác để đi đến nơi nhận dịch vụ.
- Quý vị cần trợ giúp từ người lái xe đến và rời nơi cư trú, phương tiện hoặc nơi điều trị của quý vị do tình trạng thể chất hoặc bệnh lý.
- Quý vị ngồi xe lăn và không thể di chuyển vào và ra khỏi xe mà không có sự giúp đỡ của người lái.
- Dịch vụ này không được Medicare hoặc Medi-Cal bao trả.

H. Dịch vụ được bao trả trong cấp cứu y tế, khi cần thiết khẩn cấp hoặc trong thảm họa

H1. Chăm sóc trong trường hợp cấp cứu y tế

Cấp cứu y tế là một tình trạng y tế với các triệu chứng như bệnh, đau dữ dội, thương tích nghiêm trọng hoặc một bệnh lý đang nhanh chóng trở nên trầm trọng hơn. Tình trạng này nghiêm trọng đến mức nếu không được chăm sóc y tế ngay lập tức, quý vị hoặc bất kỳ ai có hiểu biết trung bình về sức khỏe và y tế cũng có thể biết tình trạng này sẽ gây ra:

- nguy cơ nghiêm trọng ảnh hưởng tới tính mạng của quý vị hoặc của thai nhi; **hoặc**
- tổn hại nghiêm trọng hoặc mất chức năng cơ thể; **hoặc**
- rối loạn chức năng nghiêm trọng của cơ quan hoặc bộ phận cơ thể bất kỳ; **hoặc**

- Trong trường hợp phụ nữ mang thai đang chuyển dạ, khi:
  - Không đủ thời gian để chuyển quý vị đến bệnh viện khác an toàn trước khi sinh.
  - Việc chuyển đến bệnh viện khác có thể gây ra mối đe dọa tới sức khỏe hoặc sự an toàn của quý vị hoặc thai nhi.

Nếu quý vị cần cấp cứu y tế:

- **Tìm trợ giúp nhanh nhất có thể.** Gọi 911 hoặc đến bệnh viện hoặc phòng cấp cứu gần nhất. Gọi cho xe cứu thương nếu cần. Quý vị **không** cần xin phê duyệt hoặc giới thiệu từ PCP. Quý vị không cần sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới. Quý vị có thể nhận chăm sóc y tế cấp cứu được bao trả bất cứ khi nào quý vị cần, ở bất kỳ đâu ở Hoa Kỳ hoặc các lãnh thổ của Hoa Kỳ, từ bất kỳ nhà cung cấp nào có giấy phép phù hợp của tiểu bang ngay cả khi họ không thuộc mạng lưới của chúng tôi.
- **Thông báo cho chương trình của chúng tôi biết về trường hợp cấp cứu của quý vị sớm nhất có thể.** Chúng tôi sẽ theo dõi dịch vụ 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. Tuy nhiên, quý vị sẽ không phải thanh toán cho dịch vụ cấp cứu nếu quý vị chậm trễ trong việc thông báo cho chúng tôi. Quý vị có thể gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo các số điện thoại được liệt kê ở cuối trang này.

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. Để tìm hiểu thêm, tham khảo Bảng Phúc Lợi trong **Chương 4** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu y tế được bao trả ở bên ngoài Hoa Kỳ. Phúc lợi này được giới hạn ở mức $50,000 mỗi năm. Để biết thêm thông tin, xem phần “Bảo Hiểm Dịch Vụ Cấp Cứu/Khẩn Cấp Toàn Cầu” trong Bảng Phúc Lợi trong **Chương 4** của *Sổ Tay Thành Viên* này hoặc liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 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.

Các nhà cung cấp chăm sóc cấp cứu cho quý vị quyết định khi nào tình trạng của quý vị ổn định và tình trạng cấp cứu y tế đã qua. Họ sẽ tiếp tục điều trị cho quý vị và sẽ liên hệ với chúng tôi để lập kế hoạch nếu quý vị cần chăm sóc theo dõi để phục hồi.

Chương trình của chúng tôi bao trả cho việc chăm sóc theo dõi của quý vị. Nếu quý vị được chăm sóc cấp cứu từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới, chúng tôi sẽ cố gắng đưa các nhà cung cấp trong mạng lưới tiếp nhận việc chăm sóc cho quý vị sớm nhất có thể. Quý vị nên khám theo dõi với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của mình trong vòng 5 đến 7 ngày sau khi được chăm sóc cấp cứu. Quý vị có thể nhận được cuộc gọi từ nhóm chăm sóc của chúng tôi để giúp quý vị sắp xếp lịch khám theo dõi cần thiết và nhận những phúc lợi hữu ích khác cho quá trình phục hồi.

Nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu nếu đó không phải trường hợp cấp cứu

Đôi khi, khó có thể xác định liệu quý vị có đang gặp trường hợp cấp cứu y tế hoặc sức khỏe hành vi hay không. Quý vị có thể đến để được chăm sóc cấp cứu và bác sĩ cho rằng đó không thực sự là trường hợp cấp cứu. Với điều kiện là quý vị có lý do hợp lý cho rằng sức khỏe của mình đang bị đe dọa nghiêm trọng, chúng tôi sẽ bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị.

Tuy nhiên, sau khi bác sĩ cho biết đó không phải là trường hợp cấp cứu, chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc bổ sung của quý vị chỉ khi:

- Quý vị đến khám với nhà cung cấp trong mạng lưới **hoặc**
- Dịch vụ chăm sóc bổ sung mà quý vị nhận được coi là “dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp” và quý vị tuân thủ các quy tắc nhận dịch vụ. Tham khảo phần tiếp theo.

H2. Dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp

Dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp là dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được trong tình huống không phải là trường hợp cấp cứu nhưng cần được chăm sóc ngay lập tức. Ví dụ như quý vị có thể bị bùng phát tình trạng quý vị đang mắc phải hoặc bệnh hay chấn thương y tế không lường trước được.

Chăm sóc cần thiết khẩn cấp trong khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi

Chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp chỉ khi:

- Quý vị nhận dịch vụ chăm sóc này từ nhà cung cấp trong mạng lưới **và**
- Quý vị tuân thủ các quy tắc được mô tả trong chương này.

Nếu quý vị không thể đến khám với nhà cung cấp trong mạng lưới với lý do hợp lý về thời gian, địa điểm hoặc tình huống, chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp mà quý vị nhận được từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Trong tình huống cấp cứu nghiêm trọng: gọi “911” hoặc tới bệnh viện gần nhất.

Nếu tình trạng của quý vị không quá nghiêm trọng: hãy gọi cho PCP hoặc nhóm y tế của quý vị. Nếu quý vị không thể gọi cho họ hoặc quý vị cần chăm sóc y tế ngay lập tức, vui lòng đến trung tâm y tế, trung tâm chăm sóc khẩn cấp, hoặc bệnh viện gần nhất.

Nếu quý vị không chắc liệu quý vị có rơi vào trường hợp cấp cứu hoặc cần chăm sóc khẩn cấp hay không, quý vị có thể liên hệ với Đường Dây Y Tá Tư Vấn của chúng tôi vào bất kỳ lúc nào, bất kể ngày hay đêm. Quý vị có thể liên hệ với Đường Dây Y Tá Tư Vấn của chúng tôi bằng cách gọi số 1-800-431-9007 (TTY: 711), hoạt động 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần.

Quý vị cũng có thể liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên bằng cách gọi số ở mặt sau của Thẻ ID Thành Viên hoặc ở cuối trang này nếu quý vị cần trợ giúp tìm nhà cung cấp. Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên cũng có thể chuyển kết nối quý vị tới Đường Dây Y Tá Tư Vấn.

Chăm sóc cần thiết khẩn cấp ngoài khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi

Khi quý vị đang ở bên ngoài khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi, quý vị có thể không được nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp trong mạng lưới. Trong trường hợp đó, chương trình của chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp mà quý vị nhận được từ bất kỳ nhà cung cấp nào. Tuy nhiên, chuyến thăm khám nhà cung cấp định kỳ cần thiết về mặt y tế, chẳng hạn 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 hoặc mạng lưới của chúng tôi tạm thời không cung cấp dịch vụ.

Chương trình của chúng tôi bao trả cho các dịch vụ chăm sóc cấp cứu và các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ trong các trường hợp sau.

Quý vị được bao trả số tiền bảo hiểm tối đa $50,000 khi ra khỏi Hoa Kỳ theo bảo hiểm chăm sóc cấp cứu và khẩn cấp toàn cầu. Chi phí vượt quá số tiền này sẽ không được bao trả.

Việc vận chuyển quay lại Hoa Kỳ từ một quốc gia khác và thuốc mua khi ở bên ngoài Hoa Kỳ sẽ không được bao trả. Ngoài ra, khoản chia sẻ chi phí phòng cấp cứu sẽ không được miễn nếu quý vị nhập viện nội trú để được chăm sóc.

Vui lòng liên hệ với chúng tôi trong vòng 48 giờ, nếu có thể, để thông báo cho chúng tôi khi quý vị đến phòng cấp cứu.

Để biết thêm thông tin, xem phần “Chăm Sóc Cấp Cứu” và “Dịch Vụ Cần Thiết Khẩn Cấp” trong Bảng Phúc Lợi trong **Chương 4** của *Sổ Tay Thành Viên* này hoặc gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số ở cuối trang.

Dịch vụ cần thiết khẩn cấp được nhận bên ngoài Hoa Kỳ có thể được xem là trường hợp cấp cứu thuộc phúc lợi bảo hiểm cấp cứu/khẩn cấp toàn cầu. Để biết thêm thông tin, xem phần “Chăm sóc cấp cứu” trong Bảng Phúc Lợi trong **Chương 4** của *Sổ Tay Thành Viên* này.

H3. Dịch vụ chăm sóc trong thảm họa

Nếu thống đốc tiểu bang California, 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 trang web của chúng tôi để biết thông tin về dịch vụ chăm sóc quý vị cần trong thảm họa được ban bố: go.wellcare.com/HealthNetCA.

Trong trường hợp thảm họa được ban bố, nếu quý vị không thể sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị có thể được nhận miễn phí dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Nếu quý vị không thể sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới trong trường hợp thảm họa được ban bố, quý vị có thể mua thuốc theo toa tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới. Tham khảo **Chương 5** trong *Sổ Tay Thành Viên* này để biết thêm thông tin.

I. Nếu quý vị nhận hóa đơn trực tiếp cho 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** trong *Sổ Tay Thành Viên* này để tìm hiểu những việc cần làm.

Quý vị không nên tự mình chi trả hóa đơn đó. Nếu quý vị làm vậy, chúng tôi có thể không hoàn lại cho quý vị.

I1. Việc cần làm nếu chương trình của chúng tôi không bao trả các dịch vụ

Chương trình của chúng tôi bao trả tất cả các dịch vụ:

- được xác định là cần thiết về mặt y tế, **và**
- được liệt kê ở Bảng Phúc Lợi của chương trình (tham khảo **Chương 4** trong *Sổ Tay Thành Viên* này), **và**
- quý vị nhận khi tuân thủ các quy tắc của chương trình.

Nếu quý vị nhận các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi không bao trả, thì **quý vị phải tự trả toàn bộ chi phí**, trừ khi được một chương trình Medi-Cal khác ngoài chương trình của chúng tôi bao trả.

Nếu quý vị muốn biết liệu chúng tôi có chi trả cho bất kỳ dịch vụ hoặc sự chăm sóc y tế nào không, quý vị có quyền hỏi chúng tôi. Quý vị cũng có quyền yêu cầu được cấp bằng văn bản. Nếu chúng tôi nói sẽ không chi trả cho các dịch vụ của quý vị, quý vị có quyền kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Chương 9 trong *Sổ Tay Thành Viên* này giải thích về những việc cần làm nếu quý vị muốn chúng tôi bao trả một vật dụng hoặc dịch vụ y tế. Chương này cũng cho quý vị biết cách kháng cáo về quyết định bao trả của chúng tôi. Gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để tìm hiểu thêm về các quyền kháng cáo của quý vị.

Chúng tôi sẽ chi trả cho một số dịch vụ tối đa tới một giới hạn nhất định. Nếu quý vị sử dụng quá giới hạn đó, quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí để được nhận nhiều hơn từ loại dịch vụ đó. Tham khảo **Chương 4** để biết các giới hạn phúc lợi cụ thể. Gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để tìm hiểu mức giới hạn phúc lợi và mức phúc lợi mà quý vị đã sử dụng.

J. Bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong nghiên cứu lâm sàng

J1. Định nghĩa về nghiên cứu lâm sàng

Nghiên cứu lâm sàng (còn được gọi là thử nghiệm lâm sàng) là phương pháp các bác sĩ thử nghiệm các loại thuốc hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe mới. Một nghiên cứu lâm sàng được chứng nhận bởi Medicare 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 muốn tham gia bất kỳ nghiên cứu lâm sàng nào được Medicare phê duyệt, quý vị **không** cần cho chúng tôi biết hoặc xin phê duyệt của chúng tôi, nhưng chúng tôi khuyến khích quý vị thông báo cho chúng tôi hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị. Nhà cung cấp cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị trong nghiên cứu **không** cần phải là nhà cung cấp trong mạng lưới. 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.

Nếu quý vị có kế hoạch tham gia nghiên cứu lâm sàng, được Original Medicare bao trả cho người ghi danh, quý vị hoặc điều phối viên chăm sóc của quý vị cần liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để thông báo cho chúng tôi về việc quý vị sẽ tham gia thử nghiệm lâm sàng.

J2. Thanh toán các dịch vụ khi quý vị tham gia nghiên cứu lâm sàng

Nếu quý vị tình nguyện tham gia một nghiên cứu lâm sàng mà Medicare phê duyệt, quý vị sẽ không trả tiền cho các dịch vụ được bao trả trong nghiên cứu. Medicare thanh toán cho các dịch vụ được bao trả trong nghiên cứu cũng như chi phí thông thường liên quan đến việc chăm sóc của quý vị. Sau khi quý vị tham gia nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt, quý vị

được bao trả cho hầu hết vật tư và dịch vụ mà quý vị nhận được trong nghiên cứu. Điều này bao gồm:

- 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 tế khác là một phần của nghiên cứu này
- điều trị bất kỳ tác dụng phụ và biến chứng nào của dịch vụ chăm sóc mới đó

Nếu quý vị tham gia một nghiên cứu mà Medicare **chưa** phê duyệt, quý vị sẽ phải trả mọi chi phí cho việc tham gia nghiên cứu.

J3. Thông tin thêm về các nghiên cứu lâm sàng

Quý vị có thể tìm hiểu thêm về việc tham gia nghiên cứu lâm sàng bằng cách đọc "Medicare & Clinical Research Studies" (Medicare & Nghiên Cứu Lâm Sàng)" trên trang web của Medicare (https://www.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.

K. Cách dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị được bao trả tại cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế

K1. Định nghĩa về cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế

Cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế là nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị mà thông thường quý vị sẽ nhận được 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 quý vị thì chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc tại cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế.

Phúc lợi này chỉ dành cho các dịch vụ nội trú Medicare Part A (các dịch vụ chăm sóc sức khỏe phi y tế).

K2. 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 tuyên bố rằng quý vị phản đối việc nhận điều trị y tế "không ngoại lệ".

- Điều trị y tế "không ngoại lệ" là mọi dịch vụ chăm sóc hoặc điều trị **tự nguyện và không bắt buộc** theo bất kỳ luật nào của liên bang, tiểu bang hoặc địa phương.
- Điều trị y tế "ngoại lệ" là mọi dịch vụ chăm sóc hoặc điều trị **không tự nguyện và bắt buộc** theo luật pháp 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 nhận dịch vụ được tổ chức này cung cấp tại một cơ sở:
    - 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.
    - Quý vị phải được chúng tôi phê duyệt trước khi được nhận vào cơ sở đó nếu không quý vị **sẽ không** được bao trả khi ở đó.

Có bảo hiểm không giới hạn cho chăm sóc nội trú tại bệnh viện này miễn là quý vị đáp ứng các yêu cầu nêu trên.

L. Thiết bị y tế lâu bền (DME)

L1. Nhận DME với tư cách là thành viên trong chương trình của chúng tôi

DME bao gồm một số thiết bị cần thiết về mặt y tế được nhà cung cấp đặt hàng như xe lăn, nạng, bộ đệm điện, vật tư cho bệnh tiểu đường, giường bệnh theo đơn đặt hàng của nhà cung cấp để sử dụng tại nhà, bơm để tiêm truyền qua đường tĩnh mạch (IV), thiết bị phát giọng nói, thiết bị và vật tư cấp oxy, ống phun khí dung và khung tập đi.

Quý vị sở hữu một số vật phẩm DME, chẳng hạn như bộ phận cơ thể giả.

Trong mục này, chúng ta sẽ thảo luận về DME mà quý vị phải thuê. Là thành viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị có thể được sở hữu DME với điều kiện là thiết bị đó cần thiết về mặt y tế và quý vị có nhu cầu dài hạn đối với thiết bị đó. Ngoài ra, vật phẩm đó phải được phê duyệt, sắp xếp và điều phối bởi PCP của quý vị, nhóm y tế và/hoặc Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số ở cuối trang để tìm hiểu về các yêu cầu liên quan đến việc thuê hoặc sở hữu thiết bị y tế lâu bền và tài liệu quý vị cần cung cấp.

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 không có quyền sở hữu. Gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để tìm hiểu về các yêu cầu để thuê và sở hữu DME và các tài liệu quý vị cần cung cấp.

Ngay cả khi quý vị có DME trong thời gian tối đa 12 tháng liên tiếp theo chương trình Medicare trước khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ **không** sở hữu thiết bị đó.

L2. Quyền sở hữu DME nếu quý vị chuyển sang Original Medicare

Trong chương trình Original Medicare, người thuê một số loại DME sẽ sở hữu DME đó sau 13 tháng. Trong một chương trình Medicare Advantage (MA), chương trình đó có thể quy định số tháng mà mọi người phải thuê một số loại DME nhất định trước khi được sở hữu nó.

Nếu quý vị không còn Medi-Cal, quý vị sẽ phải thực hiện 13 khoản thanh toán liên tiếp theo Original Medicare hoặc quý vị sẽ phải thực hiện số khoản thanh toán liên tiếp do chương trình MA quy định để sở hữu vật dụng DME nếu:

- quý vị đã không sở hữu loại vật dụng DME trong khi tham gia chương trình của chúng tôi, **và**
- quý vị rời chương trình của chúng tôi và nhận các phúc lợi Medicare ngoài bất kỳ chương trình sức khỏe nào trong chương trình Original Medicare hoặc chương trình MA.

Nếu quý vị đã thanh toán cho vật dụng DME đó theo Original Medicare hoặc chương trình MA trước khi tham gia chương trình của chúng tôi, **các khoản thanh toán cho Original Medicare hoặc MA đó không được tính vào khoản thanh toán mà quý vị phải thực hiện sau khi rời chương trình của chúng tôi.**

- Quý vị sẽ phải thực hiện 13 khoản thanh toán mới liên tục theo Original Medicare hoặc quý vị sẽ phải thực hiện số khoản thanh toán mới liên tục do chương trình MA quy định để sở hữu vật dụng DME đó.
- Không có ngoại lệ đối với trường hợp này khi quý vị quay trở lại Original Medicare hoặc chương trình MA.

L3. Phúc lợi về thiết bị oxy với tư cách là thành viên trong chương trình của chúng tôi

Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn nhận được thiết bị oxy do Medicare bao trả, chúng tôi sẽ bao trả:

- tiền thuê thiết bị oxy
- cung cấp oxy và nồng độ oxy
- ống và phụ kiện liên quan để cung cấp oxy và bình chứa oxy
- bảo trì và sửa chữa thiết bị oxy

Phải trả lại thiết bị oxy khi không còn cần thiết về mặt y tế cho quý vị hoặc nếu quý vị rời chương trình của chúng tôi.

L4. Thiết bị oxy khi quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc một chương trình Medicare Advantage (MA) khác

Khi thiết bị oxy cần thiết về mặt y tế và **quý vị rời chương trình của chúng tôi và chuyển sang Original Medicare**, quý vị thuê dụng cụ này từ nhà cung cấp trong 36 tháng. Khoản thanh toán tiền thuê hàng tháng bao gồm thiết bị oxy và vật tư cũng như dịch vụ được liệt kê ở trên. Medicare và Medi-Cal bao trả thanh toán này nếu quý vị vẫn ghi danh với Medicare và Medi-Cal.

Nếu thiết bị oxy cần thiết về mặt y tế **sau khi quý vị thuê trong 36 tháng**, nhà cung cấp của quý vị phải cung cấp:

- thiết bị oxy, vật tư và dịch vụ thêm 24 tháng nữa
- thiết bị oxy và vật tư trong tối đa năm năm nếu cần thiết về mặt y tế

Nếu thiết bị oxy vẫn cần thiết về mặt y tế **khi hết thời hạn năm năm**:

- Nhà cung cấp của quý vị không còn phải cung cấp thiết bị này nữa và quý vị có thể chọn thiết bị thay thế từ bất kỳ nhà cung cấp nào.
- Thời hạn năm năm mới bắt đầu.
- Quý vị thuê từ nhà cung cấp trong 36 tháng.
- Sau đó nhà cung cấp của quý vị phải cung cấp thiết bị oxy, vật tư và dịch vụ trong thêm 24 tháng nữa.
- Chu kỳ mới bắt đầu năm năm một lần miễn là thiết bị oxy còn cần thiết về mặt y tế.

Khi cần thiết bị oxy về mặt y tế và **quý vị rời chương trình của chúng tôi và chuyển sang một chương trình MA khác**, chương trình sẽ bao trả ít nhất bằng với mức mà Original Medicare bao trả. Quý vị có thể hỏi chương trình MA mới về loại thiết bị và vật tư cấp oxy mà chương trình đó bao trả và chi phí quý vị sẽ trả.

Chương 4: Bảng phúc lợi

Giới thiệu

Chương này cho quý vị biết về các dịch vụ chương trình của chúng tôi bao trả và bất kỳ hạn chế hoặc giới hạn nào đối với các dịch vụ đó. Chương này cũng cho quý vị biết về các phúc lợi không được bao trả theo chương trình của chúng tôi. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của các thuật ngữ này xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

Thành viên mới tham gia Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP): Trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ được ghi danh tham gia Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) để nhận các phúc lợi của Medicare vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị yêu cầu ghi danh vào Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Quý vị vẫn có thể nhận được các dịch vụ Medi-Cal từ chương trình sức khỏe Medi-Cal trước đó thêm một tháng nữa. Sau đó, quý vị sẽ nhận được các dịch vụ Medi-Cal thông qua Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Sẽ không có giai đoạn không được bảo hiểm nào trong bảo hiểm Medi-Cal của quý vị. Vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711) nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào.

Mục Lục

A. Các dịch vụ được bao trả của quý vị 80

B. Quy tắc đối với việc nhà cung cấp tính phí các dịch vụ cho quý vị..... 80

C. Giới thiệu về Bảng Phúc Lợi của chương trình chúng tôi..... 80

D. Bảng Phúc Lợi của chương trình chúng tôi 84

E. Hỗ Trợ Cộng Đồng..... 154

F. Các phúc lợi được bao trả bên ngoài chương trình của chúng tôi 158

F1. Chương Trình Hỗ Trợ Tái Hòa Nhập Cộng Đồng California (CCT) 158

F2. Nha Khoa Medi-Cal 159

F3. Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà (IHSS) 160

F4. Chương Trình Miễn Trừ Dịch Vụ Tại Nhà và Cộng Đồng (HCBS) 1915(c)..... 160

F5. Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi của Hạt Được Cung Cấp Bên Ngoài Chương Trình Của Chúng Tôi (Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần và Điều Trị Rối Loạn Sử Dụng Chất Kích Thích)..... 164

G. Phúc lợi không được chương trình của chúng tôi, Medicare hoặc Medi-Cal bao trả 166

A. Các dịch vụ được bao trả của quý vị

Chương này cho quý vị biết các dịch vụ được chương trình của chúng tôi bao trả. Quý vị cũng có thể tìm hiểu về các dịch vụ không được bao trả. Thông tin về phúc lợi thuốc có ở **Chương 5** trong *Sổ Tay Thành Viên* này. Chương này cũng giải thích về giới hạn đối với một số dịch vụ.

Vì quý vị nhận hỗ trợ từ Medi-Cal, quý vị không phải thanh toán cho các dịch vụ được bao trả với điều kiện là quý vị phải tuân thủ các quy tắc chương trình của chúng tôi. Tham khảo **Chương 3** trong *Sổ Tay Thành Viên* này để biết chi tiết về các quy tắc của chương trình chúng tôi.

Nếu quý vị cần trợ giúp tìm hiểu về những dịch vụ nào được bao trả, hãy gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 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.

B. Quy tắc đối với việc nhà cung cấp tính phí các dịch vụ cho quý vị

Chúng tôi không cho phép nhà cung cấp của chúng tôi tính hóa đơn dịch vụ được bao trả trong mạng lưới cho quý vị. Chúng tôi thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp của chúng tôi và chúng tôi bảo vệ quý vị khỏi bị tính bất kì chi phí nào. Điều này áp dụng kể cả khi chúng tôi thanh toán cho nhà cung cấp ít hơn số tiền mà nhà cung cấp tính phí cho một dịch vụ.

Quý vị sẽ không bao giờ nhận hóa đơn từ nhà cung cấp cho các dịch vụ được bao trả. Nếu quý vị nhận hóa đơn, tham khảo **Chương 7** trong *Sổ Tay Thành Viên* này hoặc gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.

C. Giới thiệu về Bảng Phúc Lợi của chương trình chúng tôi

Bảng Phúc Lợi này cho quý vị biết về những dịch vụ được chương trình thanh toán. (Phạm vi bảo hiểm thuốc có trong **Chương 5.**) Bảng này liệt kê các dịch vụ được bao trả theo thứ tự bảng chữ cái và giải thích.

Chúng tôi chỉ thanh toán cho các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Phúc Lợi khi đáp ứng các quy tắc sau đây. Quý vị **không** phải thanh toán bất kỳ chi phí nào cho những dịch vụ được liệt kê trong Bảng Phúc Lợi, với điều kiện là quý vị phải đáp ứng các yêu cầu được mô tả dưới đây.

- Chúng tôi cung cấp các dịch vụ được Medicare và Medi-Cal bao trả theo các quy tắc do Medicare và Medi-Cal đặt ra.

- Các dịch vụ này bao gồm các dịch vụ chăm sóc y tế, sức khỏe hành vi và lạm dụng chất kích thích, các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, vật tư, thiết bị và thuốc phải "cần thiết về mặt y tế". Cần thiết về mặt y tế mô tả các dịch vụ, vật tư hoặc các thuốc mà quý vị cần để ngăn ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị một bệnh lý hoặc duy trì tình trạng sức khỏe hiện tại của quý vị. Điều này bao gồm cả chăm sóc giúp quý vị không phải đến bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng. Đồng thời cũng có nghĩa là các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp nhận trong y tế. Một dịch vụ là "cần thiết về mặt y tế" khi dịch vụ đó hợp lý và cần thiết để bảo vệ tính mạng, ngăn ngừa bệnh tật nghiêm trọng hoặc khuyết tật nghiêm trọng hoặc giảm cơn đau nặng.

- Đối với người ghi danh mới, trong 90 ngày đầu tiên, chúng tôi có thể không yêu cầu quý vị phải xin phê duyệt trước cho bất kỳ liệu trình điều trị hiện có nào, ngay cả khi liệu trình điều trị dành cho dịch vụ bắt đầu từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

- Quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp trong mạng lưới. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp làm việc với chúng tôi. Trong hầu hết các trường hợp, dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới sẽ không được bao trả trừ khi đó là dịch vụ cấp cứu hoặc chăm sóc cần thiết khẩn cấp hoặc trừ khi chương trình của chúng tôi hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới đã cấp cho quý vị giấy giới thiệu. Điều này có nghĩa là quý vị có thể cần phải trả toàn bộ chi phí cho nhà cung cấp đối với dịch vụ ngoài mạng lưới quý vị nhận được. **Chương 3** trong *Sổ Tay Thành Viên* này cung cấp thêm thông tin về việc sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới và ngoài mạng lưới.

- Quý vị có một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) hoặc một nhóm chăm sóc cung cấp và quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị. Trong hầu hết các trường hợp, PCP của quý vị phải phê duyệt trước khi quý vị có thể thăm khám với nhà cung cấp mà không phải là PCP của quý vị hoặc sử dụng các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình. Thủ tục này được gọi là giới thiệu. **Chương 3** trong *Sổ Tay Thành Viên* này cung cấp thêm thông tin về việc nhận giấy giới thiệu và giải thích khi nào quý vị **không** cần giấy giới thiệu.

- Chúng tôi chỉ bao trả một số dịch vụ được liệt kê trong Bảng Phúc Lợi nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác trong mạng lưới xin phê duyệt trước từ chúng tôi. Điều này được gọi là sự chấp thuận trước (PA). Chúng tôi đánh dấu các dịch vụ được bao trả trong Bảng Phúc Lợi cần có PA bằng cách in nghiêng.

- Nếu chương trình của chúng tôi phê duyệt yêu cầu PA 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 tế để tránh gián đoạn việc chăm sóc theo tiêu chí bảo hiểm, bệnh sử của quý vị và khuyến cáo của nhà cung cấp dịch vụ điều trị.

- 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 www.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.)

- 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 hưởng Medi-Cal trong giai đoạn 3 tháng được coi là tiếp tục đủ điều kiện, chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp tất cả các phúc lợi Medicare được chương trình Medicare Advantage bao trả. Tuy nhiên, bảo hiểm Medi-Cal của quý vị có thể kết thúc sớm hơn bảo hiểm Medicare của quý vị với chúng tôi. Khi bảo hiểm Medi-Cal của quý vị kết thúc, chúng tôi sẽ không thanh toán cho các phúc lợi Medi-Cal của quý vị. Chúng tôi sẽ thanh toán mọi khoản chia sẻ chi phí Medicare mà Medi-Cal sẽ trả nếu quý vị chưa mất Medi-Cal. Để biết thêm thông tin, hãy liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số ở cuối trang.

  Chúng tôi sẽ hỗ trợ quý vị lấy lại tư cách đủ điều kiện tham gia Medi-Cal. Nếu tư cách đủ điều kiện tham gia Medi-Cal của quý vị được khôi phục trong khi quý vị vẫn đang ghi danh với chúng tôi cho bảo hiểm Medicare của quý vị, chúng tôi sẽ tiếp tục thanh toán cho các phúc lợi Medi-Cal của quý vị và quý vị sẽ tiếp tục ghi danh với chúng tôi. Nếu quý vị lấy lại tư cách đủ điều kiện tham gia Medi-Cal sau khi chúng tôi hủy ghi danh quý vị khỏi bảo hiểm Medicare của chúng tôi, quý vị sẽ cần liên hệ với chúng tôi để ghi danh lại vào chương trình.

Thông Tin Quan Trọng Về Phúc Lợi Dành Cho Thành Viên Mắc Một Số Bệnh Mạn Tính.

- Nếu quý vị 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 dưới đây.

- Liên hệ với chúng tôi để tìm hiểu chính xác phúc lợi quý vị có thể đủ điều kiện hưởng.

Tất cả các dịch vụ phòng ngừa đều miễn phí. Quả táo này 🍎 thể hiện dịch vụ phòng ngừa trong Bảng Phúc Lợi.

D. Bảng Phúc Lợi của chương trình chúng tôi

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
🍎	**Khám tầm soát phình động mạch chủ bụng** Chúng tôi chi trả cho một lần siêu âm sàng lọc cho những người có nguy cơ 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.	$0

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Châm cứu Chúng tôi chi trả cho tối đa hai dịch vụ châm cứu ngoại trú trong một tháng theo lịch bất kỳ, hoặc thường xuyên hơn nếu các dịch vụ này cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi cũng chi trả cho tối đa 12 lần châm cứu trong 90 ngày nếu quý vị bị đau thắt lưng mạn tính, được xác định là: ● kéo dài 12 tuần trở lên; ● không rõ ràng (không thể xác định được nguyên nhân tổng thể, chẳng hạn như không liên quan đến bệnh di căn, viêm nhiễm hoặc nhiễm trùng); ● không liên quan đến phẫu thuật; ● không liên quan đến thai kỳ. Ngoài ra, chúng tôi chi trả thêm 8 buổi châm cứu cho tình trạng đau thắt lưng mạn tính nếu bệnh của quý vị có dấu hiệu cải thiện. Quý vị có thể không được nhận hơn 20 lần điều trị châm cứu cho tình trạng đau thắt lưng mạn tính mỗi năm. Điều trị châm cứu phải dừng lại nếu quý vị không thuyên giảm hoặc sức khỏe trở nên tồi tệ 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, **Phúc lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo.**	$0 *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.* *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Châm cứu (tiếp tục) ● 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. Sau khi quý vị đã dùng hết các phúc lợi Medicare của mình, các dịch vụ sẽ được giới hạn ở mức tối đa 2 dịch vụ mỗi tháng hoặc kết hợp 2 dịch vụ mỗi tháng từ các dịch vụ sau: châm cứu, nắn chỉnh cột sống, châm cứu, trị liệu cơ năng, bệnh lý âm ngữ, thính học hoặc điều trị bàn chân. **Chương trình của chúng tôi cũng bao trả cho dịch vụ châm cứu bổ sung (Không được Medicare bao trả) tối đa tổng cộng 24 lần mỗi năm.** Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải sử dụng một nhà cung cấp có ký hợp đồng để nhận các dịch vụ được bao trả. Vui lòng liên hệ với chương trình của chúng tôi nếu quý vị có thắc mắc về cách sử dụng phúc lợi này. Các dịch vụ châm cứu được bao trả gồm có: ● Một lần khám cho bệnh nhân mới hoặc khám cho bệnh nhân chính thức để đánh giá lần đầu một vấn đề sức khỏe mới phát sinh hoặc một cơn bệnh mới phát ● Khám cho bệnh nhân chính thức (trong vòng 3 năm sau lần khám mới) ● Các lần khám theo dõi tại phòng khám - có thể cần dịch vụ châm cứu hoặc tái khám ● Ý kiến thứ hai từ một nhà cung cấp khác trong mạng lưới ● Dịch vụ khẩn cấp và cấp cứu Để được hỗ trợ tìm nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị có thể gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.	

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Khám sàng lọc và tư vấn về lạm dụng rượu bia Chúng tôi chi trả cho một lần khám sàng lọc cho tình trạng lạm dụng rượu bia (SABIRT) cho người lớn lạm dụng rượu bia nhưng không nghiện rượu bia. Điều này bao gồm cả phụ nữ mang thai. Nếu kết quả khám sàng lọc của quý vị cho thấy có lạm dụng rượu bia, quý vị có thể nhận được tối đa bốn buổi tư vấn ngắn trực tiếp mỗi năm (nếu quý vị có khả năng và tỉnh táo trong suốt buổi tư vấn) với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) hoặc bác sĩ đủ tiêu chuẩn tại cơ sở chăm sóc chính.	$0
	Dịch vụ xe cứu thương Dịch vụ xe cứu thương được bao trả, cho dù trong tình huống cấp cứu hoặc không khẩn cấp, bao gồm vận chuyển mặt đất và hàng không (máy bay và máy bay trực thăng). Xe cứu thương sẽ đưa quý vị tới địa điểm gần nhất có thể chăm sóc cho quý vị. Tình trạng của quý vị phải đủ nghiêm trọng đến mức các phương thức vận chuyển khác để đến địa điểm chăm sóc có thể gây rủi ro cho sức khỏe hoặc tính mạng của quý vị. Dịch vụ cứu thương trong những trường hợp khác (không phải cấp cứu) phải được chúng tôi phê duyệt. Trong những trường hợp không phải cấp cứu, chúng tôi có thể thanh toán cho xe cứu thương. Tình trạng của quý vị phải đủ nghiêm trọng đến mức các phương thức vận chuyển khác để đến địa điểm chăm sóc có thể gây rủi ro cho tính mạng hoặc sức khỏe của quý vị.	$0 *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.*

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	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)	$0
	Khám sức khỏe tổng quát hàng năm Quý vị có thể được khám hàng năm. Dịch vụ này nhằm lập hoặc cập nhật chương trình phòng ngừa dựa trên các yếu tố nguy cơ hiện tại của quý vị. Chúng tôi chi trả cho dịch vụ này 12 tháng một lần. **Lưu ý:** Quý vị không được khám sức khỏe tổng quát hàng năm lần đầu tiên trong vòng 12 tháng kể từ lần thăm khám vào dịp **Chào mừng tham gia Medicare**. Tuy nhiên, quý vị không cần phải thăm khám vào dịp **Chào mừng tham gia Medicare** để khám sức khỏe tổng quát hàng năm sau khi quý vị đã có Phần B được 12 tháng.	$0

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ phòng ngừa bệnh hen suyễn Quý vị có thể được giáo dục về bệnh hen suyễn và đánh giá môi trường trong nhà để tìm các tác nhân thường thấy trong nhà cho những người bị hen suyễn kiểm soát kém.	$0
	Đo mật độ xương Chúng tôi chi trả cho một số thủ thuật nhất định cho các thành viên đủ tiêu chuẩn (thông thường là những người có nguy cơ bị mất khối lượng xương hoặc có nguy cơ bị loãng xương). Những thủ thuật này xác định mật độ xương, phát hiện tình trạng mất xương, hoặc xác định chất lượng xương. Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ này 24 tháng một lần hoặc thường xuyên hơn nếu cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi cũng chi trả cho bác sĩ để xem xét và đánh giá kết quả.	$0
	Khám tầm soát ung thư vú (chụp nhũ ảnh) Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau: ● một lần chụp x-quang vú ở thời điểm ban đầu cho phụ nữ từ 35 đến 39 tuổi ● một lần chụp nhũ ảnh tầm soát mỗi 12 tháng cho phụ nữ từ 40 tuổi trở lên ● khám vú lâm sàng 24 tháng một lần	$0

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ phục hồi chức năng tim Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ phục hồi chức năng tim chẳng hạn như tập thể dục, giáo dục và tư vấn. Thành viên phải đáp ứng một số điều kiện để nhận được giấy giới thiệu của bác sĩ. 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 Giới hạn bảo hiểm: Quý vị có thể nhận tối đa 36 phiên phục hồi chức năng tim. Quý vị có thể thực hiện hai phiên mỗi ngày (mỗi phiên kéo dài một 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.	$0 *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Thăm khám làm giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch (tim) (liệu pháp cho bệnh tim) Chúng tôi chi trả cho một lần khám mỗi năm hoặc nhiều hơn nếu cần thiết về mặt y tế, với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) của quý vị để giúp quý vị giảm nguy cơ mắc bệnh tim. Trong lần khám này, bác sĩ của quý vị có thể: ● thảo luận về việc sử dụng aspirin, ● kiểm tra huyết áp của quý vị, **và/hoặc** ● cho quý vị lời khuyên để đảm bảo quý vị ăn uống tốt.	$0
	Xét nghiệm sàng lọc bệnh tim mạch (tim) Chúng tôi chi trả cho các xét nghiệm máu để kiểm tra xem có mắc bệnh tim mạch hay không mỗi 5 năm (60 tháng) một lần. Các xét nghiệm máu này cũng kiểm tra xem có các khuyết tật do nguy cơ mắc bệnh tim cao hay không.	$0
	Khám tầm soát ung thư cổ tử cung và âm đạo Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau: ● dành cho tất cả thành viên nữ: xét nghiệm Pap và khám xương chậu 24 tháng một lần ● dành cho phụ nữ có nguy cơ cao mắc ung thư cổ tử cung hoặc ung thư âm đạo: cần làm xét nghiệm Pap 12 tháng một lần ● dành cho phụ nữ có kết quả xét nghiệm Pap bất thường trong vòng 3 năm trở lại đây và trong độ tuổi sinh sản: cần làm xét nghiệm Pap 12 tháng một lần ● dành cho phụ nữ từ 30-65 tuổi: xét nghiệm vi-rút gây u nhú ở người (HPV) hoặc xét nghiệm Pap và HPV mỗi năm năm một lần	$0

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ trị liệu thần kinh cột sống Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau: ● điều chỉnh nắn thẳng cột sống Ngoại trừ các thành viên đang mang thai hoặc cư dân tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc chăm sóc dài hạn, các phúc lợi về nắn xương khớp gồm nắn chỉnh cột sống bằng tay để chữa bong gân, căng cơ hoặc trật khớp cột sống hoặc cổ chỉ được bao trả cho thành viên Medi-Cal khi được cung cấp bởi nhà cung cấp dịch vụ nắn xương khớp đã ký hợp đồng. Có thể cần giấy giới thiệu cho FQHC, RHC và IHCP ngoài mạng lưới. Dịch vụ trị liệu thần kinh cột sống gồm: ● Giới hạn tối đa hai dịch vụ mỗi tháng, kết hợp với dịch vụ thính học, châm cứu, trị liệu cơ năng và trị liệu âm ngữ. Giới hạn không áp dụng cho thành viên dưới 21 tuổi, mang thai hoặc bệnh nhân nội trú tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc chăm sóc dài hạn. ● Giới hạn điều trị cột sống bằng cách nắn chỉnh bằng tay (chỉ một phương pháp điều trị nắn xương khớp có thể được bồi hoàn khi được cùng nhà cung cấp gửi hóa đơn, cho cùng người nhận và ngày thực hiện dịch vụ). Chăm sóc duy trì không được xem là hợp lý và cần thiết về mặt y tế và không được bao trả. Bảo hiểm cho dịch vụ trị liệu thần kinh cột sống được giới hạn ở những dịch vụ được thực hiện bởi bác sĩ nắn xương khớp, y học nắn xương hoặc nội khoa do tiểu bang California cấp phép.	$0 *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.* *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu*.

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Khám tầm soát ung thư đại tràng Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau: ● Nội soi đại tràng không có giới hạn độ tuổi tối thiểu hoặc tối đa và được bao trả mỗi 120 tháng (mười năm) một lần đối với bệnh nhân không có nguy cơ cao hoặc mỗi 48 tháng một lần 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 mỗi 24 tháng một lần đối với bệnh nhân có nguy cơ cao sau khi nội soi đại tràng sàng lọc 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 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 khi 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, có thể thực hiện thanh toán 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. **Phúc lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo**	$0

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. Mỗi ba 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. Mỗi ba 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 Cho Người Lớn Tại Cộng Đồng (CBAS) CBAS là một chương trình chăm sóc sức khỏe ban ngày tại cộng đồng cung cấp dịch vụ cho người cao tuổi và người lớn mắc các bệnh mạn tính, bệnh lý về nhận thức hoặc hành vi và/hoặc khuyết tật có nguy cơ cần chăm sóc tại cơ sở. Chương trình CBAS thay thế cho chăm sóc tại cơ sở đối với người thụ hưởng Medi-Cal có thể sống tại nhà với sự hỗ trợ của các dịch vụ phù hợp về y tế, phục hồi chức năng, chăm sóc cá nhân và xã hội. Chương trình CBAS nhấn mạnh quan hệ đối tác với người tham gia, gia đình và/hoặc người chăm sóc, bác sĩ chăm sóc chính và cộng đồng đang nỗ lực duy trì khả năng độc lập của cá nhân. Các dịch vụ được cung cấp tại trung tâm bao gồm: ● Dịch vụ điều dưỡng chuyên khoa **Phúc lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo**	$0 *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.*

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Dịch Vụ Cho Người Lớn Tại Cộng Đồng (CBAS) (tiếp tục) ● Vật lý trị liệu, trị liệu cơ năng và trị liệu âm ngữ ● Dịch vụ sức khỏe tâm thần ● Hoạt động trị liệu ● Các dịch vụ xã hội ● Chăm sóc cá nhân ● Các bữa ăn nóng và tư vấn dinh dưỡng ● Vận chuyển đến và đi từ nơi cư trú của người tham gia **Lưu ý:** Nếu không có cơ sở CBAS, chúng tôi có thể cung cấp riêng các dịch vụ này.	
	Dịch vụ nha khoa Chúng tôi thanh toán cho một số dịch vụ nha khoa nhất định, bao gồm nhưng không giới hạn, làm sạch, trám răng hoặc trồng răng giả. Những mục chúng tôi không bao trả trong Nha Khoa Medi-Cal được mô tả trong **Phần F2** bên dưới. Chúng tôi thanh toán cho một số dịch vụ nha khoa khi dịch vụ là một phần tích hợp của phương pháp điều trị cụ thể đối với bệnh lý chính của người. 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. Là thành viên Medi-Cal, nhiều dịch vụ nha khoa tiêu chuẩn được cung cấp thông qua Nha Khoa Medi-Cal; bao gồm nhưng không giới hạn ở các dịch vụ như: ● Khám nha khoa (12 tháng một lần) ● Vệ sinh răng miệng (12 tháng một lần) ● Làm sạch cao răng và chân răng **Phúc lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo.**	$0 *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) ● Tráng phủ Fluoride (12 tháng một lần) ● Chụp X-quang ● Trám răng ● Mão răng ● Ống tủy răng ● Răng giả một phần và nguyên hàm ● Đệm răng giả ● Nhổ răng ● Dịch vụ cấp cứu Để biết thêm thông tin liên quan đến phúc lợi nha khoa có trong Nha Khoa Medi-Cal hoặc nếu quý vị cần trợ giúp tìm nha sĩ chấp nhận Medi-Cal, hãy liên hệ với Trung Tâm Dịch Vụ Điện Thoại 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. Ngoài Phúc Lợi Nha Khoa Medi-Cal, chương trình của chúng tôi còn bao trả cho các dịch vụ và thủ thuật nha khoa bổ sung. Những dịch vụ này có thể bao gồm, nhưng không giới hạn ở các dịch vụ sau: ● **Chăm Sóc Nha Khoa Toàn Diện** Dịch vụ được bao trả bao gồm các mục sau ○ Dịch vụ phục hình - 1 trên mỗi răng mỗi 7 năm một lần theo kế hoạch **Phúc lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo.**	

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ nha khoa (tiếp tục) ○ 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 ○ Phục hình răng miệng, cố định - 1 trên mỗi răng mỗi 7 năm một lần theo kế hoạch ○ Các dịch vụ bổ trợ chung - 1 lần mỗi năm **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 Chúng tôi chi trả cho khám tầm soát bệnh trầm cảm mỗi năm. Phải thực hiện khám sàng lọc này tại cơ sở chăm sóc chính có thể cung cấp điều trị theo dõi và giấy giới thiệu.	$0

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Khám tầm soát bệnh đái tháo đường Chúng tôi chi trả cho loại khám sàng lọc này (bao gồm xét nghiệm glucose lúc đói) nếu quý vị có bất kỳ yếu tố nguy cơ nào sau đây: ● cao huyết áp (tăng huyết áp) ● tiền sử mức cholesterol và triglyceride bất thường (rối loạn lipid máu) ● béo phì ● tiền sử đường huyết (glucose) cao Các xét nghiệm có thể được bao trả trong một số trường hợp khác, chẳng hạn như quý vị bị thừa cân và có tiền sử gia đình mắc bệnh tiểu đường. Quý vị có thể đủ điều kiện được khám tầm soát bệnh đái tháo đường tối đa hai lần mỗi 12 tháng kể từ ngày khám tầm soát bệnh đái tháo đường gần nhất.	$0
	Đào tạo tự kiểm soát bệnh tiểu đường, dịch vụ và vật tư cho bệnh tiểu đường Chúng tôi chi trả những dịch vụ sau đây cho tất cả những người mắc bệnh tiểu đường (dù họ có sử dụng insulin hay không): ● Vật tư để theo dõi lượng glucose trong máu của quý vị, bao gồm các vật tư sau: ○ thiết bị theo dõi lượng glucose trong máu ○ que thử glucose trong máu ○ thiết bị lấy máu và kim lấy máu ○ giải pháp kiểm soát lượng glucose để kiểm tra độ chính xác của que thử và thiết bị theo dõi **Phúc lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo.**	$0 *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước* *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Đào tạo tự kiểm soát bệnh tiểu đường, dịch vụ và vật tư cho bệnh tiểu đường (tiếp tục) ● Với những người mắc bệnh tiểu đường và bệnh về bàn chân nghiêm trọng do tiểu đường, chúng tôi chi trả những vật tư sau đây: ○ một đôi giày trị liệu được đo ni (bao gồm đệm lót giày), bao gồm cả bót đi giày, và thêm hai cặp đệm lót giày mỗi năm tính theo lịch, **hoặc** ○ một đôi giày đế sâu, bao gồm phụ kiện và ba cặp đệm lót giày mỗi năm (không bao gồm đệm lót giày rời không đo ni đi kèm với đôi giày đó) ● Trong một số trường hợp, chúng tôi chi trả cho dịch vụ đào tạo giúp quý vị quản lý bệnh tiểu đường của mình. Vui lòng liên lạc với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để tìm hiểu thêm. 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. 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. Nếu mua vật tư xét nghiệm tiểu đường tại một nhà thuốc bán lẻ, quý vị cũng phải xuất trình Thẻ BIC Medi-Cal cho dược sĩ để họ có thể lập hóa đơn phù hợp cho chương trình của chúng tôi cũng như Medi-Cal Rx.	.

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ người hỗ trợ sinh Đối với những người mang thai, chúng tôi chi trả cho 9 lần khám với người hỗ trợ sinh trong giai đoạn tiền sản và hậu sản cũng như hỗ trợ trong quá trình chuyển dạ và sinh nở. Có thể cung cấp thêm tối đa chín dịch vụ chăm sóc hậu sản.	$0
	Thiết bị y tế lâu bền (DME) và vật tư liên quan Tham khảo **Chương 12** trong *Sổ Tay Thành Viên* này để biết định nghĩa về "Thiết bị y tế lâu bền (DME)". Chúng tôi bao trả những vật tư sau đây: ● xe lăn, bao gồm xe lăn điện ● nạng ● hệ thống nệm điện ● đệm nén khô cho nệm điện ● vật tư cho bệnh tiểu đường ● giường bệnh được nhà cung cấp yêu cầu cho sử dụng tại nhà ● bơm và giá treo để tiêm truyền qua đường tĩnh mạch (IV) ● thiết bị phát giọng nói ● thiết bị và vật tư cấp oxy ● ống phun khí dung ● khung tập đi ● gậy cong tiêu chuẩn hoặc gậy bốn chân và vật tư ● thay thế ● thiết bị kéo giãn đốt sống cổ dạng kéo (móc trên cửa) **Phúc lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo.**	$0 *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.*

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Thiết bị y tế lâu bền (DME) và vật tư liên quan (tiếp tục) ● máy kích thích liền xương ● thiết bị chăm sóc thẩm tách Những vật dụng khác có thể được bao trả. Chúng tôi chi trả cho tất cả DME cần thiết về mặt y tế mà Medicare và Medi-Cal thường thanh toán. Nếu nhà cung cấp của chúng tôi trong khu vực của quý vị không bán hàng của một nhãn hiệu hoặc nhà sản xuất cụ thể, quý vị có thể hỏi họ xem họ có thể đặt hàng riêng cho mình hay không. Vui lòng liên lạc với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để hỗ trợ quý vị tìm một nhà cung cấp khác có thể cung cấp vật dụng cụ thể. Thiết bị y tế lâu bền không được Medicare bao trả để sử dụng khi không ở nhà cũng được bao trả.	
	Chăm sóc cấp cứu Dịch vụ chăm sóc cấp cứu có nghĩa là các dịch vụ: ● được cung cấp bởi một nhà cung cấp đã được đào tạo để cung cấp các dịch vụ cấp cứu, ● cần thiết để đánh giá hoặc điều trị cấp cứu y tế. Cấp cứu y tế là trường hợp bệnh tật, thương tích, đau nặng hoặc bệnh lý nhanh chóng trở nên tồi tệ hơn. Bệnh lý này nghiêm trọng đến mức nếu không được chăm sóc y tế ngay lập tức mà bất kỳ ai có hiểu biết trung bình về sức khỏe và y tế cũng có thể dự kiến được hậu quả là: ● nguy cơ nghiêm trọng ảnh hưởng tới sức khỏe của quý vị hoặc của thai nhi; **hoặc** ● tổn hại nghiêm trọng đến các chức năng cơ thể; **hoặc** ● rối loạn chức năng nghiêm trọng của bất kỳ cơ quan nào trong cơ thể; **hoặc** **Phúc lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo.**	$0 Nếu quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc cấp cứu tại một bệnh viện ngoài mạng lưới và cần được chăm sóc nội trú sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị ổn định, quý vị phải chuyển về bệnh viện trong mạng lưới để dịch vụ chăm sóc của quý vị tiếp tục được thanh toán. Quý vị có thể ở lại bệnh viện ngoài mạng lưới đó để được chăm sóc nội trú chỉ khi được chương trình phê duyệt cho quý vị tiếp tục ở đó.

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Chăm sóc cấp cứu (tiếp tục) ● mất chi hoặc mất chức năng ở chi. ● Trong trường hợp phụ nữ mang thai đang chuyển dạ, khi: ○ Không đủ thời gian để chuyển quý vị đến bệnh viện khác an toàn trước khi sinh. ○ Việc chuyển đến bệnh viện khác có thể gây ra mối đe dọa tới sức khỏe hoặc sự an toàn của quý vị hoặc thai nhi Bảo hiểm Dịch Vụ Cấp Cứu/Khẩn Cấp Toàn Cầu. Được định nghĩa là dịch vụ chăm sóc khẩn cấp, cấp cứu và sau ổn định đã nhận bên ngoài Hoa Kỳ. ● Chỉ giới hạn cho các dịch vụ được phân loại là dịch vụ chăm sóc cấp cứu, cần thiết khẩn cấp hoặc sau ổn định nếu các dịch vụ này đã từng được cung cấp ở Hoa Kỳ. ● Các dịch vụ cứu thương sẽ được bao trả trong trường hợp có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của quý vị nếu đưa quý vị tới phòng cấp cứu bằng bất kỳ cách nào khác. ● Thuế và phí nước ngoài (bao gồm nhưng không giới hạn phí chuyển đổi tiền tệ hoặc phí giao dịch) không được bao trả. Hoa Kỳ có nghĩa là 50 tiểu bang, District of Columbia, Puerto Rico, Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Islands và American Samoa.	Đồng thanh toán $115 Khoản chia sẻ chi phí thăm khám các dịch vụ phòng cấp cứu/ cần thiết khẩn cấp Toàn Cầu sẽ không được miễn trừ nếu quý vị nhập viện để chăm sóc nội trú tại bệnh viện. Hạn mức $50,000 hàng năm được áp dụng cho Bảo hiểm dịch vụ cấp cứu/khẩn cấp toàn cầu.

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ kế hoạch hóa gia đình Luật này cho phép quý vị chọn bất kỳ nhà cung cấp nào, dù là nhà cung cấp trong mạng lưới hay nhà cung cấp ngoài mạng lưới, cho một số dịch vụ kế hoạch hóa gia đình. Điều này có nghĩa là bất kỳ bác sĩ, phòng khám, bệnh viện, nhà thuốc hoặc văn phòng kế hoạch hóa gia đình nào. Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau: ● khám và điều trị y tế về kế hoạch hóa gia đình ● xét nghiệm chẩn đoán và xét nghiệm về kế hoạch hóa gia đình ● các biện pháp kế hoạch hóa gia đình (IUC/IUD, cấy que tránh thai, thuốc tiêm, viên thuốc tránh thai, miếng dán tránh thai hoặc đặt vòng tránh thai) ● vật tư dành cho kế hoạch hóa gia đình theo toa thuốc (bao cao su, miếng xốp tránh thai, bọt tránh thai, màng phim tránh thai, màng ngăn âm đạo, mũ chụp cổ tử cung) ● dịch vụ sinh sản có giới hạn như tư vấn và giáo dục về kỹ thuật nâng cao nhận thức sinh sản và/hoặc tư vấn sức khỏe trước khi thụ thai, xét nghiệm và điều trị bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI) ● tư vấn và xét nghiệm HIV và AIDS, và các bệnh khác có liên quan đến HIV ● tránh thai vĩnh viễn (Quý vị phải từ 21 tuổi trở lên mới được chọn biện pháp kế hoạch hóa gia đình này. Quý vị phải ký vào mẫu đơn chấp thuận triệt sản của liên bang ít nhất 30 ngày, nhưng không quá 180 ngày trước ngày tiến hành phẫu thuật.) ● tư vấn về di truyền **Phúc lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo.**	$0

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ kế hoạch hóa gia đình (tiếp tục) Chúng tôi cũng chi trả cho một số dịch vụ kế hoạch hóa gia đình khác. Tuy nhiên, quý vị phải thăm khám với một nhà cung cấp trong mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi để nhận những dịch vụ sau đây: ● điều trị các bệnh vô sinh (Dịch vụ này không bao gồm các phương pháp thụ tinh nhân tạo.) ● điều trị AIDS và các bệnh khác có liên quan đến HIV ● xét nghiệm di truyền	
	Các chương trình giáo dục về sức khỏe và bảo vệ sức khỏe Chúng tôi cung cấp nhiều chương trình tập trung vào một số tình trạng sức khỏe nhất định. Các chương trình này gồm có: ● lớp giáo dục về sức khỏe; ● lớp giáo dục dinh dưỡng; ● cai thuốc lá và bỏ hút thuốc; **và** ● đường dây nóng điều dưỡng ○ 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. **Phúc lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo.**	$0

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 (tiếp tục) ● phúc lợi tập thể dục ○ Chương trình của chúng tôi cung cấp chương trình tập thể dục cho phép tiếp cận địa điểm tập thể dục trên toàn quốc. ○ Để giúp hỗ trợ lối sống năng động và lành mạnh, quý vị được tiếp cận miễn phí với các tính năng sau: ■ Tư Cách Thành Viên Trung Tâm Thể Dục: Lựa chọn từ một số trung tâm thể dục trực tiếp tham gia vào mạng lưới tập thể dục. Tư cách thành viên bao gồm quyền truy cập vào câu lạc bộ thể dục hoặc dịch vụ phòng tập thể dục tiêu chuẩn cũng như lớp tập thể dục được cung cấp. Quý vị có thể đến một hoặc nhiều phòng tập trong mạng lưới phòng thể dục. ■ Bộ Dụng Cụ Thể Dục Tại Nhà: Quý vị có thể chọn từ nhiều bộ dụng cụ thể dục tại nhà. Quý vị có thể nhận tối đa 1 bộ dụng cụ mỗi năm phúc lợi. ■ Chương Trình Tập Luyện Kỹ Thuật Số: Chọn từ hàng nghìn video tập luyện theo yêu cầu thông qua thư viện kỹ thuật số, truy cập các lớp học ảo và ứng dụng di động. Để biết thêm thông tin về phúc lợi tập thể dục, vui lòng gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.	

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ thính giác Chúng tôi chi trả cho kiểm tra thính lực và thăng bằng do nhà cung cấp của quý vị thực hiện. Các kiểm tra này cho quý vị biết liệu quý vị có cần điều trị y tế không. Các dịch vụ được bao trả như dịch vụ chăm sóc ngoại trú khi quý vị nhận được từ một bác sĩ, chuyên gia thính lực hoặc nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn khác. Chúng tôi cũng thanh toán cho thiết bị trợ thính khi được bác sĩ hoặc nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn chỉ định, bao gồm: ● khuôn, vật tư và đệm lót ● sửa chữa ● bộ pin ban đầu ● sáu lần khám để được đào tạo, điều chỉnh và lắp đặt với cùng một nhà cung cấp sau khi quý vị đã nhận được thiết bị trợ thính ● thuê thiết bị trợ thính trong giai đoạn dùng thử ● thiết bị trợ thính, thiết bị nghe dẫn truyền âm qua xương đeo trên bề mặt ● dịch vụ thính học và đánh giá sau khi sử dụng liên quan đến thiết bị trợ thính Chương trình bảo hiểm của chúng tôi cũng bao trả cho các dịch vụ khám tai bổ sung (tức là định kỳ): ● 1 lần khám tai định kỳ mỗi năm. ● 1 lần lắp đặt và đánh giá thiết bị trợ thính mỗi năm. ● 1 thiết bị trợ thính không cần cấy ghép tối đa $750 cho mỗi tai mỗi năm. Giới hạn ở 2 thiết bị trợ thính không cần cấy ghép mỗi năm. Phúc lợi bao gồm bảo hành 3 năm cho cả mất mát và hư hỏng, kèm theo cung cấp pin.	$0 *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 Chúng tôi chi trả cho một lần khám tầm soát HIV mỗi 12 tháng cho những người: ● yêu cầu xét nghiệm khám tầm soát HIV, **hoặc** ● có nguy cơ cao nhiễm HIV. Nếu quý vị mang thai, chúng tôi chi trả tối đa 3 xét nghiệm khám tầm soát HIV trong suốt thai kỳ. Chúng tôi cũng chi trả cho (các) dịch vụ khám tầm soát HIV bổ sung khi nhà cung cấp của quý vị khuyến cáo.	$0
	Dịch vụ chăm sóc của cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà Trước khi quý vị có thể nhận được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, bác sĩ phải cho chúng tôi biết quý vị cần những dịch vụ đó và các dịch vụ đó phải được một cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà cung cấp. Quý vị phải nằm nhà điều trị, có nghĩa là rời nhà là một nỗ lực lớn. Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau và có thể có các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây: ● 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 thời gian kết hợp các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tại nhà của quý vị phải dưới tám giờ 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	$0 *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.* *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Liệu pháp truyền dịch tại nhà Chương trình của chúng tôi chi trả cho liệu pháp truyền dịch tại nhà, được định nghĩa là tiêm truyền thuốc hoặc các hợp chất sinh học vào tĩnh mạch hoặc dùng dưới da và cung cấp cho quý vị tại nhà. Sau đây là những vật tư cần thiết để thực hiện tiêm truyền tại nhà: ● thuốc hoặc hợp chất sinh học, như globulin kháng vi-rút hoặc miễn dịch; ● thiết bị, ví dụ như bơm tiêm; **và** ● vật tư, như ống dẫn hoặc ống thông. Chương trình của chúng tôi bao trả cho các dịch vụ tiêm truyền tại nhà, bao gồm nhưng không giới hạn ở: ● các dịch vụ chuyên môn, bao gồm dịch vụ điều dưỡng, được cung cấp phù hợp với kế hoạch chăm sóc của quý vị; ● dịch vụ đào tạo và giáo dục thành viên không có trong phúc lợi DME; ● theo dõi từ xa; **và** ● 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.	$0 *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.*

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Chăm sóc cuối đời Quý vị có quyền lựa chọn chương trình chăm sóc cuối đời nếu nhà cung cấp của quý vị và giám đốc y tế của chương trình chăm sóc cuối đời xác định quý vị có tiên lượng bệnh giai đoạn cuối. Điều này có nghĩa là quý vị mắc bệnh giai đoạn cuối và dự kiến chỉ còn sống được không quá sáu tháng. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ bất kỳ chương trình chăm sóc cuối đời nào được Medicare chứng nhận. Chương trình của chúng tôi phải giúp quý vị tìm chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận trong khu vực dịch vụ của chương trình, 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 dịch vụ trong mạng lưới hoặc ngoài mạng lưới. Các dịch vụ được bao trả gồm có: ● thuốc điều trị các triệu chứng và cơn đau ● dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ ngắn hạn ● dịch vụ chăm sóc tại nhà **Khi được nhận vào cơ sở chăm sóc cuối đời, quý vị có quyền tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi.** **Dịch vụ chăm sóc cuối đời và dịch vụ được Medicare Part A hoặc Medicare Part B bao trả có liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị sẽ tính hóa đơn cho Medicare:** ● Original Medicare (không phải là chương trình chúng tôi) sẽ chi trả cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời các dịch vụ chăm sóc cuối đời và bất kỳ dịch vụ Phần A hoặc B liên quan tới tình trạng bệnh nan y 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. **Phúc lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo**	$0 *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.*

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 chương trình của chúng tôi bao trả nhưng không được Medicare Part A hoặc Medicare Part B bao trả:** ● Chương trình của chúng tôi bao trả các dịch vụ không được bao trả theo Medicare Part A hoặc Medicare Part B. Chúng tôi bao trả các dịch vụ này bất kể có liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị hay không. Quý vị chi trả cho các dịch vụ này. **Đối với các thuốc có thể được bao trả theo phúc lợi Medicare Part D của chương trình chúng tôi:** ● 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, tham khảo **Chương 5** trong *Sổ Tay Thành Viên* này. **Lưu ý:** Nếu quý vị bị bệnh nặng, quý vị có thể đủ điều kiện để chăm sóc giảm nhẹ, cung cấp dịch vụ chăm sóc theo nhóm tập trung vào bệnh nhân và gia đình để cải thiện chất lượng cuộc sống của quý vị. Quý vị có thể được chăm sóc giảm nhẹ cùng lúc như chăm sóc chữa bệnh/định kỳ. Vui lòng xem phần Chăm Sóc Giảm Nhẹ dưới đây để biết thêm thông tin. **Lưu ý:** Nếu quý vị cần dịch vụ không phải chăm sóc cuối đời, hãy gọi cho điều phối viên chăm sóc của quý vị và/hoặc bộ phận dịch vụ thành viên để sắp xếp các dịch vụ này. Dịch vụ không phải chăm sóc cuối đời là dịch vụ chăm sóc **không** liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị. Chương trình của chúng tôi bao trả cho các dịch vụ tư vấn chăm sóc cuối đời (chỉ một lần) cho thành viên mắc bệnh giai đoạn cuối không chọn phúc lợi chăm sóc cuối đời.	

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Chủng ngừa Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau: ● vắc-xin ngừa viêm phổi ● tiêm phòng cúm/cảm, một lần vào mỗi mùa cúm vào mùa thu và mùa đông, kết hợp với các mũi tiêm phòng cúm/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 ● vắc-xin ngừa vi-rút gây u nhú ở người (HPV) ● 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 chi trả cho các vắc-xin khác đáp ứng quy tắc bảo hiểm Medicare Part D. Tham khảo **Chương 6** trong *Sổ Tay Thành Viên* này để tìm hiểu thêm.	$0

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Chăm sóc nội trú tại bệnh viện Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau và các dịch vụ khác cần thiết về mặt y tế không được liệt kê ở đây: ● 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 thông thường ● chi phí cho các phòng chăm sóc đặc biệt, chẳng hạn như khu chăm sóc chuyên sâu hoặc chăm sóc mạch vành ● thuốc và dược phẩm ● xét nghiệm ● Chụp X-quang và các dịch vụ chẩn đoán hình ảnh khác ● vật tư y tế và phẫu thuật cần thiết ● các thiết bị chẳng hạn như xe lăn ● dịch vụ phòng phẫu thuật và phục hồi ● vật lý trị liệu, trị liệu cơ năng và trị liệu âm ngữ ● dịch vụ điều trị lạm dụng chất kích thích cho bệnh nhân nội trú ● trong một số trường hợp, những loại cấy ghép sau đây: giác mạc, thận, thận/tuyến tụy, tim, gan, phổi, tim/phổi, tủy xương, tế bào gốc và đường ruột/đa tạng. **Phúc lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo**	$0 Quý vị phải được chương trình của chúng tôi phê duyệt để nhận dịch vụ chăm sóc cho bệnh nhân nội trú tại một bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi trường hợp cấp cứu của quý vị đã ổn định. *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.* *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Chăm sóc nội trú tại bệnh viện (tiếp tục) Nếu quý vị cần cấy ghép, trung tâm cấy ghép được Medicare phê duyệt sẽ đánh giá ca bệnh của quý vị và quyết định xem quý vị có phải là bệnh nhân phù hợp cho việc cấy ghép hay không. Các nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép có thể ở địa phương hay ngoài khu vực dịch vụ. Nếu các nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép tại địa phương sẵn sàng chấp thuận mức giá của Medicare, thì quý vị có thể chọn nhận các dịch vụ cấy ghép tại địa phương hoặc bên ngoài mô hình chăm sóc cho cộng đồng của quý vị. Nếu chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ cấy ghép bên ngoài mô hình chăm sóc cho cộng đồng của chúng tôi và quý vị chọn được cấy ghép tại đó, chúng tôi sẽ sắp xếp hoặc thanh toán các chi phí ăn ở và đi lại cho quý vị và một người khác đi cùng. ● máu, gồm cả việc lưu trữ và quản lý máu. Bao trả cho máu toàn phần và hồng cầu đóng gói 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 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 Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần bắt buộc phải nằm viện. ● Nếu quý vị cần các dịch vụ nội trú tại bệnh viện tâm thần hoạt động độc lập, chúng tôi chi trả cho 190 ngày đầu tiên. Sau đó, cơ quan y tế tâm thần của hạt tại địa phương sẽ thanh toán cho các dịch vụ tâm thần nội trú cần thiết về mặt y tế. Sự chấp thuận cho dịch vụ chăm sóc sau 190 ngày đó được điều phối với cơ quan sức khỏe tâm thần của hạt tại địa phương. ○ 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 từ 65 tuổi trở lên, chúng tôi chi trả các dịch vụ mà quý vị nhận được tại Viện Điều Trị Bệnh Tâm Thần (IMD).	$0 *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.* *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*
	Nằm viện nội trú: Các dịch vụ được bao trả tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) trong thời gian nằm viện nội trú không được bao trả Chúng tôi không chi trả cho nằm viện nội trú nếu quý vị đã sử dụng tất cả phúc lợi nội trú hoặc nếu việc nằm viện không hợp lý và cần thiết về mặt y tế. Tuy nhiên, trong một số trường hợp mà dịch vụ chăm sóc nội trú không được bao trả, chúng tôi có thể chi trả cho những dịch vụ mà quý vị nhận được khi ở bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng. Vui lòng liên lạc với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để tìm hiểu thêm. **Phúc lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo.**	$0 *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.*

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Nằm viện nội trú: Các dịch vụ được bao trả tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) trong thời gian nằm viện nội trú không được bao trả (tiếp tục) Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau và có thể có các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây: ● dịch vụ bác sĩ ● xét nghiệm chẩn đoán, như xét nghiệm phòng thí nghiệm ● trị liệu bằng tia X, xạ trị bằng radium và liệu pháp chất đồng vị, bao gồm các vật liệu và dịch vụ của kỹ thuật viên ● băng gạc phẫu thuật ● nẹp xương, bó bột và các dụng cụ khác được sử dụng trong trường hợp bị gãy xương và trật khớp ● chân tay giả và dụng cụ chỉnh hình, không liên quan đến nha khoa, bao gồm việc thay thế hoặc sửa chữa những thiết bị đó. Các thiết bị này thay thế toàn bộ hoặc một phần: ○ một cơ quan nội tạng trong cơ thể (kể cả mô tiếp giáp), **hoặc** ○ chức năng của cơ quan nội tạng không hoạt động hoặc mất chức năng. ● nẹp cẳng chân, cánh tay, lưng và cổ, khung nẹp và chân, tay, mắt giả. Bao gồm các điều chỉnh, sửa chữa và thay thế cần thiết do bị gãy vỡ, hao mòn, mất hoặc tình trạng của quý vị thay đổi ● vật lý trị liệu, trị liệu âm ngữ và trị liệu cơ năng	

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Các dịch vụ và vật tư cho bệnh thận Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau: ● Các dịch vụ giáo dục về bệnh thận để hướng dẫn cách chăm sóc bệnh thận và giúp quý vị đưa ra quyết định sáng suốt về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình. Quý vị phải mắc bệnh thận mạn tính giai đoạn IV và bác sĩ của quý vị phải giới thiệu quý vị. Chúng tôi bao trả tối đa sáu buổi giáo dục về bệnh thận. ● Các phương pháp điều trị thẩm tách ngoại trú, bao gồm điều trị thẩm tách khi tạm thời ra khỏi khu vực dịch vụ, như được giải thích trong **Chương 3** của *Sổ Tay Thành Viên* này hoặc khi nhà cung cấp dịch vụ này tạm thời không làm việc hoặc không thể tiếp cận được. ● Điều trị thẩm tách nội trú nếu quý vị được nhập viện với tư cách là bệnh nhân nội trú để nhận dịch vụ chăm sóc đặc biệt ● Đào tạo tự thẩm tách, bao gồm cả đào tạo cho quý vị và bất kỳ ai giúp quý vị trong việc điều trị thẩm tách tại nhà ● Thiết bị và vật tư thẩm tách tại nhà ● Một số dịch vụ hỗ trợ tại nhà, chẳng hạn như thăm khám cần thiết của nhân viên thẩm tách được đào tạo để kiểm tra việc thẩm tách tại nhà của quý vị, để giúp đỡ trong các trường hợp cấp cứu và kiểm tra thiết bị thẩm tách và nguồn cấp nước của quý vị. Medicare Part B chi trả cho một số loại thuốc để lọc thận. Để biết thông tin, tham khảo “Thuốc Medicare Part B” trong bảng này.	$0 *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu*.

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Sàng lọc ung thư phổi bằng chụp cắt lớp vi tính liều thấp (LDCT) Chương trình của chúng tôi chi trả cho khám tầm soát ung thư phổi 12 tháng một lần nếu quý vị: ● ở độ tuổi 50-77, **và** ● có khám tư vấn và ra quyết định chung với bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn khác, **và** ● đã hút ít nhất một gói mỗi ngày trong 20 năm mà không có dấu hiệu hoặc triệu chứng của ung thư phổi hoặc hiện đang hút hoặc đã bỏ hút thuốc trong 15 năm gần đây Sau lần khám sàng lọc đầu tiên, chương trình của chúng tôi chi trả cho thêm một lần khám sàng lọc nữa mỗi năm nếu có giấy chỉ định từ bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn khác. Nếu nhà cung cấp chọn cung cấp lần khám tư vấn về sàng lọc ung thư phổi và cùng đưa ra quyết định cho các lần khám sàng lọc ung thư phổi thì lần khám này phải đáp ứng tiêu chí của Medicare cho các lần khám đó.	$0
	Liệu pháp dinh dưỡng y tế Phúc lợi này dành cho người mắc bệnh tiểu đường hoặc bệnh thận không điều trị thẩm tách. Phúc lợi này cũng dành cho giai đoạn sau cấy ghép thận khi được bác sĩ của quý vị chỉ định. Chúng tôi chi trả cho ba giờ dịch vụ tư vấn trực tiếp 1-1 trong năm đầu tiên quý vị nhận các dịch vụ liệu pháp dinh dưỡng y tế theo Medicare. Chúng tôi có thể phê duyệt thêm các dịch vụ nếu cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi chi trả cho hai giờ dịch vụ tư vấn trực tiếp 1-1 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 chỉ định các dịch vụ này và gia hạn chỉ định mỗi năm nếu quý vị cần điều trị trong năm theo lịch tiếp theo. Chúng tôi có thể phê duyệt thêm các dịch vụ nếu cần thiết về mặt y tế.	$0

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Chương Trình Phòng Ngừa Bệnh Đái Tháo Đường Medicare (MDPP) Chương trình của chúng tôi thanh toán cho dịch vụ MDPP cho người đủ điều kiện. MDPP được thiết kế để giúp quý vị tăng các hành vi lành mạnh. Chương trình cung cấp đào tạo thực tế về: ● về việc thay đổi chế độ ăn uống dài hạn, **và** ● tăng hoạt động thể chất, **và** ● cách để duy trì giảm cân và lối sống lành mạnh.	$0
	Thuốc Medicare Part B Các loại thuốc này được bao trả theo Phần B của Medicare. Chương trình của chúng tôi chi trả cho các loại thuốc sau: ● thuốc mà quý vị thường không tự dùng và được tiêm hoặc truyền trong khi quý vị nhận dịch vụ của bác sĩ, dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện hoặc dịch vụ của 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 ống 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 (IV). Ngoài chi phí thuốc, quý vị có thể cần phải chụp chiếu và xét nghiệm thêm trước và/hoặc trong quá trình điều trị. 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. **Phúc lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo**	$0 *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) ● 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. Medicare Part D bao trả cho thuốc ức chế miễn dịch nếu Phần B không bao trả ● các loại thuốc điều trị loãng xương qua đường tiêm. Chúng tôi chi trả cho các loại thuốc này nếu quý vị không thể rời khỏi nhà, bị gãy xương mà bác sĩ chứng nhận là liên quan đến loãng xương sau mãn kinh và không thể tự tiêm 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). 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 **Phúc lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo**	

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Thuốc Medicare Part B (tiếp tục) ● 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 thẩm tách tại nhà, bao gồm 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 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 IV để điều trị tại nhà cho các bệnh suy giảm miễn dịch chính ● dinh dưỡng ngoài đường ruột và trong đường ruột (cho ăn qua IV và ống thông) Liên kết sau đưa quý vị đến danh sách thuốc Medicare Part 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 Medicare Part B và hầu hết vắc-xin cho người lớn theo phúc lợi thuốc Medicare Part D. **Chương 5** trong *Sổ Tay Thành Viên* này giải thích phúc lợi bảo hiểm thuốc của chúng tôi. Chương này giải thích các quy tắc quý vị phải tuân theo để được bao trả thuốc theo toa. **Chương 6** trong *Sổ Tay Thành Viên* này giải thích số tiền quý vị phải thanh toán cho thuốc của quý vị thông qua chương trình của chúng tôi.	

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng Cơ sở điều dưỡng (NF) là nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người không thể nhận dịch vụ chăm sóc tại nhà nhưng không cần thiết phải nằm viện. Những dịch vụ sau đây được chúng tôi chi trả bao gồm, 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 ● vật lý trị liệu, trị liệu cơ năng và trị liệu âm ngữ ● liệu pháp hô hấp ● thuốc được cung cấp cho quý vị như một phần của chương trình chăm sóc. (Thuốc này bao gồm cả các chất sản sinh tự nhiên trong cơ thể, chẳng hạn như các tác nhân đông máu.) ● máu, gồm cả việc lưu trữ và quản lý máu ● vật tư y tế và phẫu thuật thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp ● xét nghiệm thường được cơ sở điều dưỡng thực hiện ● chụp X-quang và các dịch vụ quang tuyến khác thường được các cơ sở điều dưỡng thực hiện **Phúc lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo**	$0

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng (tiếp tục) ● sử dụng các vật dụng như xe lăn, thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp ● dịch vụ bác sĩ ● thiết bị y tế lâu bền ● dịch vụ nha khoa, bao gồm răng giả ● phúc lợi về thị lực ● khám tai ● dịch vụ chăm sóc nắn xương khớp ● dịch vụ điều trị bàn chân Quý vị thường nhận dịch vụ chăm sóc từ các cơ sở trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ một cơ sở không thuộc mạng lưới của chúng tôi. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ các địa điểm sau nếu họ chấp nhận thanh toán từ chương trình chúng tôi: ● cơ sở điều dưỡng hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc liên tục ở nơi quý vị sinh sống ngay trước khi nhập viện (với điều kiện là cơ sở đó cung cấp dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng). ● cơ sở điều dưỡng nơi vợ/chồng quý vị hoặc quý vị đời chung sống đang sống tại thời điểm quý vị xuất viện.	

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Khám sàng lọc và liệu pháp điều trị béo phì để duy trì việc giảm cân Nếu quý vị có chỉ số khối cơ thể từ 30 trở lên, chúng tôi chi trả cho dịch vụ tư vấn để giúp quý vị giảm cân. Quý vị phải nhận dịch vụ tư vấn này ở cơ sở chăm sóc chính. Theo cách đó, dịch vụ có thể được quản lý với chương trình phòng bệnh toàn diện của quý vị. Hãy trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị để tìm hiểu thêm.	$0
	Dịch vụ trong chương trình điều trị bằng opioid (OTP) Chương trình của chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau để điều trị rối loạn sử dụng opioid (OUD) thông qua OTP, bao gồm các dịch vụ sau: ● hoạt động dùng thuốc ● đánh giá định kỳ ● thuốc được FDA phê duyệt, cũng như quản lý và cung cấp những loại thuốc này cho quý vị, nếu áp dụng ● tư vấn về lạm dụng chất kích thích ● trị liệu cá nhân và theo nhóm ● xét nghiệm để tìm hiểu về các loại thuốc hoặc hóa chất trong cơ thể quý vị (xét nghiệm độc tính)	*$0* *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.* *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 Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau và các dịch vụ khác cần thiết về mặt y tế không được liệt kê ở đây: ● Chụp X-quang ● liệu pháp xạ trị (liệu pháp radium và chất đồng vị), bao gồm cả vật liệu và vật tư của kỹ thuật viên ● vật tư phẫu thuật, chẳng hạn như băng gạc ● nẹp xương, bó bột và các dụng cụ khác được sử dụng trong trường hợp bị gãy xương và trật khớp ● xét nghiệm ● máu, gồm cả việc lưu trữ và quản lý máu ● 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 ● các xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú khác	$0 *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.* *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Theo dõi ngoại trú tại bệnh viện Chúng tôi chi trả cho dịch vụ theo dõi ngoại trú của bệnh viện để xác định xem quý vị có cần nhập viện như một bệnh nhân nội trú hay có thể được xuất viện. Các dịch vụ phải đáp ứng tiêu chí của Medicare và được xem là hợp lý và cần thiết. Dịch vụ theo dõi ngoại trú chỉ được bao trả khi có yêu cầu của bác sĩ hoặc một cá nhân khác được ủy quyền bởi luật 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:** Trừ khi nhà cung cấp có viết một giấy yêu cầu tiếp nhận quý vị như một bệnh nhân nội trú nhập viện, quý vị là một bệnh nhân 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. 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	$0 *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 chi trả cho các dịch vụ cần thiết về mặt y tế mà quý vị nhận được tại khoa khám bệnh của bệnh viện để chẩn đoán hoặc điều trị bệnh hoặc thương tích, như: ● Các dịch vụ tại khoa cấp cứu hoặc phòng khám ngoại trú, chẳng hạn như các dịch vụ theo dõi hoặc phẫu thuật cho bệnh nhân ngoại trú ● Các xét nghiệm và xét nghiệm chẩn đoán mà bệnh viện tính hóa đơn ● Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, bao gồm dịch vụ chăm sóc trong chương trình nhập viện bán phần, nếu bác sĩ chứng nhận rằng cần điều trị nội trú nếu không cung cấp dịch vụ này ● Chụp X-quang và các dịch vụ chẩn đoán hình ảnh khác mà bệnh viện tính hóa đơn ● Vật tư y tế, chẳng hạn như nẹp xương và bó bột ● Một số thuốc và sinh phẩm quý vị không tự sử dụng được	$0 *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.* *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú Chúng tôi chi trả cho những dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần được cung cấp bởi: ● bác sĩ tâm thần hoặc bác sĩ được tiểu bang cấp giấy phép ● bác sĩ tâm lý lâm sàng ● nhân viên công tác 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) ● trợ lý bác sĩ (PA) ● bất kỳ chuyên gia chăm sóc sức khỏe tâm thần nào khác được Medicare chứng nhận đủ tiêu chuẩn được các luật pháp tiểu bang hiện hành cho phép Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau và có thể có các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây: ● dịch vụ phòng khám ● dịch vụ điều trị ban ngày ● dịch vụ phục hồi tâm lý xã hội ● nhập viện một phần hoặc chương trình ngoại trú chuyên sâu ● đánh giá và điều trị sức khỏe tâm thần cá nhân và theo nhóm **Phúc lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo**	$0 *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.* *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú (tiếp tục) ● kiểm tra tâm lý khi được chỉ định về mặt lâm sàng nhằm đánh giá kết quả sức khỏe tâm thần ● dịch vụ ngoại trú cho mục đích theo dõi liệu pháp trị liệu bằng thuốc ● xét nghiệm, thuốc, vật tư và thực phẩm chức năng dành cho bệnh nhân ngoại trú ● tư vấn về tâm thần	
	Dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú Chúng tôi chi trả cho vật lý trị liệu, trị liệu cơ năng và trị liệu âm ngữ. Quý vị có thể nhận được các dịch vụ phục hồi cho bệnh nhân ngoại trú từ khoa khám bệnh của bệnh viện, phòng khám của bác sĩ trị liệu độc lập, cơ sở phục hồi ngoại trú toàn diện (CORF) và các cơ sở khác.	$0 *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.* *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*
	Dịch vụ điều trị ngoại trú cho rối loạn do sử dụng chất kích thích Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau và có thể có các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây: ● khám sàng lọc và tư vấn về lạm dụng rượu bia ● điều trị lạm dụng thuốc ● tư vấn theo nhóm hoặc cá nhân bởi một bác sĩ lâm sàng đủ tiêu chuẩn ● cai nghiện bán cấp trong chương trình cai nghiện nội trú ● các dịch vụ cai nghiện ma túy và/hoặc rượu tại trung tâm điều trị ngoại trú chuyên sâu ● điều trị bằng Naltrexone (vivitrol) phóng thích kéo dài	$0 *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.* *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Phẫu thuật ngoại trú Chúng tôi chi trả cho phẫu thuật và dịch vụ ngoại trú tại các cơ sở ngoại trú của bệnh viện và các 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 có viết một giấy yêu cầu tiếp nhận quý vị như một bệnh nhân nội trú nhập viện, quý vị là một bệnh nhân 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.	$0 *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.* *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*
	Chăm sóc giảm nhẹ Chăm sóc giảm nhẹ do chương trình của chúng tôi bao trả. Chăm sóc giảm nhẹ dành cho người bị bệnh nặng. Cung cấp dịch vụ chăm sóc tập trung vào bệnh nhân và gia đình để cải thiện chất lượng cuộc sống bằng cách dự đoán, ngăn ngừa và điều trị để giảm bớt đau đớn. Chăm Sóc Giảm Nhẹ **không** phải là chăm sóc cuối đời , vì vậy quý vị không cần có tuổi thọ dự kiến là từ sáu tháng trở xuống để đủ điều kiện nhận chăm sóc giảm nhẹ. Chăm sóc giảm nhẹ cung cấp cùng lúc như chăm sóc chữa bệnh/định kỳ. ● Chăm sóc giảm nhẹ bao gồm: ● lập kế hoạch chăm sóc trước ● đánh giá và tư vấn về chăm sóc giảm nhẹ ● một kế hoạch chăm sóc bao gồm tất cả chăm sóc giảm nhẹ và chữa bệnh được chấp thuận, bao gồm dịch vụ sức khỏe tâm thần và dịch vụ y tế xã hội ● dịch vụ từ nhóm chăm sóc được chỉ định của quý vị ● điều phối dịch vụ chăm sóc ● kiểm soát cơn đau và triệu chứng Quý vị có thể không nhận được chăm sóc cuối đời và chăm sóc giảm nhẹ cùng lúc nếu quý vị trên 21 tuổi. Nếu quý vị đang được chăm sóc giảm nhẹ và đáp ứng điều kiện chăm sóc cuối đời, quý vị có thể yêu cầu chuyển sang chăm sóc cuối đời vào bất kỳ lúc nào.	$0

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 chương trình điều trị tâm thần tích cực có tổ chức. Dịch vụ này được cung cấp trong môi trường ngoại trú tại bệnh viện hoặc tại trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng có tính chuyên sâu hơn chăm sóc mà quý vị nhận được tại phòng khám của bác sĩ, chuyên gia trị liệu, chuyên gia trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT) hoặc phòng tư vấn chuyên nghiệp được cấp phép. Chương trình này có thể giúp quý vị không phải nhập viện. Dịch vụ ngoại trú chuyên sâu là chương trình trị liệu sức khỏe hành vi (tâm thần) có cấu trúc được cung cấp dưới dạng dịch vụ bệnh viện theo diện ngoại trú, 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, LMFT hoặc tư vấn viên chuyên nghiệp được cấp phép nhưng ít chuyên sâu hơn so với nhập viện một phần. **Lưu ý:** Vì không có các trung tâm chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng trong mạng lưới của chúng tôi nên chúng tôi chỉ bao trả nhập viện một phần dưới dạng dịch vụ bệnh viện theo diện ngoại trú.	$0 *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.* *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*
	Các dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm thăm khám tại văn phòng bác sĩ Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau: ● dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc phẫu thuật cần thiết về mặt y tế được cung cấp tại những nơi như: ○ phòng khám của bác sĩ ○ trung tâm phẫu thuật ngoại trú được chứng nhận ○ khoa khám bệnh của bệnh viện ○ bất kỳ địa điểm nào khác **Phúc lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo**	$0 *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.* *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Các dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm thăm khám tại văn phòng bác sĩ (tiếp tục) ● tư vấn, chẩn đoán và điều trị của bác sĩ chuyên khoa ● khám thính lực và kiểm tra thăng bằng cơ bản bởi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chính, nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu, nhằm kiểm tra xem quý vị có cần điều trị hay không ● Một số dịch vụ chăm sóc từ xa, bao gồm các dịch vụ cần thiết khẩn cấp, dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, bác sĩ chăm sóc chính, trị liệu cơ năng, bác sĩ chuyên khoa, các buổi chăm sóc sức khỏe tâm thần cho cá nhân và theo nhóm, dịch vụ điều trị bàn chân, chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, các buổi điều trị tâm thần cho cá nhân và theo 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 theo 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. ● Chương trình của chúng tôi cấp quyền truy cập vào các buổi thăm khám trực tuyến với các bác sĩ được chứng nhận thông qua Teladoc 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần để giúp giải quyết nhiều 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. ● Buổi thăm khám trực tuyến (hay còn gọi là tư vấn y tế từ xa) là buổi thăm khám với bác sĩ qua điện thoại hoặc internet bằng điện thoại thông minh, máy tính bảng hoặc máy tính. Một số loại thăm khám nhất định có thể cần đến internet và thiết bị có camera. **Phúc lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo**	

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Các dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm thăm khám tại văn phòng bác sĩ (tiếp tục) ● một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa bao gồm tư vấn, chẩn đoán và điều trị bởi các bác sĩ cho thành viên ở một số vùng nông thôn hoặc các địa điểm khác được Medicare chấp thuận ● các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa cho những lần thăm khám dành cho thành viên thẩm tách tại nhà liên quan đến bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD) hàng tháng tại trung tâm thẩm tách tại bệnh viện hoặc trung tâm thẩm tách tại bệnh viện điều trị tích cực, cơ sở thẩm tách hoặc tại nhà ● các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá hoặc điều trị các triệu chứng đột quỵ ● dịch vụ khám sức khỏe từ xa cho 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 ● các dịch vụ y tế từ xa để thăm khám sức khỏe tâm thần do phòng khám khu vực nông thôn và trung tâm sức khỏe tiêu chuẩn liên bang cung cấp. ● khám bệnh trực tuyến (ví dụ qua điện thoại hoặc trò chuyện qua video) với bác sĩ của quý vị trong năm đến mười phút **nếu** ○ quý vị không phải là bệnh nhân mới **và** ○ lần khám này không liên quan đến lần khám tại phòng khám trong bảy 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 **Phúc lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo**	

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Các dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm thăm khám tại văn phòng bác sĩ (tiếp tục) ● Đánh giá video và/hoặc hình ảnh mà quý vị gửi cho bác sĩ, cũng như được bác sĩ 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 bảy ngày qua **và** ○ đánh giá này không dẫn đến việc thăm khám tại phòng khám trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn sớm nhất có thể ● Hội chẩn giữa bác sĩ của quý vị với các bác sĩ khác qua điện thoại, Internet hoặc bệnh án điện tử, nếu quý vị không phải là bệnh nhân mới ● Ý kiến thứ hai của nhà cung cấp khác trong mạng lưới trước khi phẫu thuật	
	Dịch vụ điều trị bàn chân Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau: ● chẩn đoán và điều trị y tế hoặc phẫu thuật thương tích và các bệnh liên quan đến bàn chân (ví dụ như ngón chân khoằm hoặc gai gót chân) ● dịch vụ chăm sóc bàn chân định kỳ dành cho những thành viên mắc các bệnh lý ảnh hưởng đến chân, chẳng hạn như bệnh tiểu đường Sau khi tất cả phúc lợi Medicare được sử dụng hết, giới hạn tối đa hai dịch vụ trong một tháng theo lịch bất kỳ trừ khi được cho phép sử dụng dịch vụ bổ sung.	$0 *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.* *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu*.

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 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. ● Tối đa tám 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 tám buổi khám tầm soát HIV mỗi 12 tháng một lần. ● Một lần sàng lọc vi rút viêm gan B.	$0
	Khám tầm soát ung thư tuyến tiền liệt Với nam giới từ 50 tuổi trở lên, chúng tôi chi trả cho các dịch vụ dưới đây 12 tháng một lần: ● kiểm tra trực tràng kỹ thuật số ● xét nghiệm kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (PSA)	$0

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Chân tay giả và dụng cụ chỉnh hình và vật tư liên quan Các thiết bị giả thay thế cho toàn bộ hoặc một phần bộ phận cơ thể hoặc chức năng cơ thể. Những dịch vụ bao gồm nhưng không giới hạn ở: ● kiểm tra, lắp đặt hoặc đào tạo sử dụng chân tay giả và dụng cụ chỉnh hình ● túi hậu môn nhân tạo và vật tư liên quan tới chăm sóc cho phẫu thuật hậu môn nhân tạo ● dinh dưỡng dành cho đường tiêu hóa và ngoài đường tiêu hóa, bao gồm bộ dụng cụ cung cấp thức ăn, bơm truyền dịch, ống và bộ phận nối, các loại dung dịch và vật tư để tự tiêm thuốc ● máy trợ tim ● nẹp ● giày chỉnh hình ● tay và chân giả ● vú giả (bao gồm áo ngực phẫu thuật sau khi thực hiện phẫu thuật cắt bỏ vú) ● bộ phận giả để thay thế tất cả bộ phận cơ thể bên ngoài đã bị cắt bỏ hoặc suy yếu do bệnh, chấn thương hoặc khiếm khuyết bẩm sinh ● kem và tã dành cho chứng đại tiểu tiện không tự chủ Chúng tôi chi trả cho một số vật tư liên quan đến chân tay giả và dụng cụ chỉnh hình. Chúng tôi cũng chi trả cho việc sửa chữa hoặc thay thế chân tay giả và dụng cụ chỉnh hình. Chúng tôi cung cấp một số khoản bao trả sau khi loại bỏ đục thủy tinh thể hoặc phẫu thuật đục thủy tinh thể. Tham khảo “Dịch vụ chăm sóc thị lực” ở phần sau của bảng này để biết thông tin chi tiết.	$0 *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 Chúng tôi chi trả cho các chương trình phục hồi chức năng phổi cho các thành viên mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) ở mức độ từ vừa đến rất nặng. Quý vị phải có giấy giới thiệucho dịch vụ phục hồi chức năng phổi của bác sĩ hoặc nhà cung cấp điều trị COPD.	$0 *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*
	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 rủi ro cao, chúng tôi sẽ thanh toán cho khám sàng lọc một lần. 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.	

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Khám sàng lọc và tư vấn các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI) Chúng tôi chi trả cho các lần khám sàng lọc để phát hiện bệnh chlamydia, bệnh lậu, bệnh giang mai và bệnh viêm gan B. Các lần khám sàng lọc này được bao trả cho phụ nữ mang thai và cho một số người có nguy cơ cao mắc bệnh STI. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính phải yêu cầu làm các xét nghiệm. Chúng tôi bao trả cho các xét nghiệm này 12 tháng một lần hoặc tại một số thời điểm trong thai kỳ. Hàng năm chúng tôi cũng chi trả cho tối đa hai buổi tư vấn trực tiếp, chuyên sâu cao về hành vi cho những người lớn có quan hệ tình dục bị tăng nguy cơ mắc các bệnh STI. Mỗi buổi có thể kéo dài trong 20 đến 30 phút. Chúng tôi chỉ chi trả cho các buổi tư vấn này như một dịch vụ phòng ngừa nếu được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính cung cấp. Các buổi tư vấn này phải diễn ra ở cơ sở chăm sóc chính, chẳng hạn như phòng khám của bác sĩ.	$0
	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.** Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau và có thể có các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây: ● phòng nằm chung hoặc 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 quý vị nhận được như một phần chương trình chăm sóc của quý vị, bao gồm cả các hợp chất tự sản sinh trong cơ thể, chẳng hạn như các tác nhân đông máu **Phúc lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo.**	$0 *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.* *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*

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) ● máu, gồm cả việc lưu trữ và quản lý máu ● vật tư y tế và phẫu thuật được SNF cung cấp ● xét nghiệm được SNF cung cấp ● chụp X-quang và các dịch vụ quang tuyến khác được các cơ sở điều dưỡng cung cấp ● các vật dụng, như xe lăn, thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp ● dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp Quý vị thường nhận dịch vụ chăm sóc SNF từ các cơ sở trong mạng lưới. Trong một số điều kiện nhất định, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ một cơ sở không thuộc mạng lưới của chúng tôi. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ các địa điểm sau nếu họ chấp nhận thanh toán từ chương trình chúng tôi: ● cơ sở điều dưỡng hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc liên tục ở nơi quý vị đã sinh sống ngay trước khi nhập viện (với điều kiện là cơ sở đó cung cấp dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng) ● cơ sở điều dưỡng nơi vợ/chồng quý vị hoặc quý vị đời chung sống đang sống tại thời điểm quý vị xuất viện	

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Cai thuốc lá và bỏ hút thuốc Dịch vụ tư vấn cai thuốc lá và bỏ hút thuốc được bao trả cho cả hình thức điều trị ngoại trú và nội trú đối với người 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 hai lần bỏ thuốc lá mỗi năm (mỗi lần bỏ có thể bao gồm tối đa bốn phiên can thiệp vừa phải hoặc chuyên sâu, với tối đa tám phiên mỗi năm).	$0
	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. 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. **Phúc lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo.**	$0

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Nền Tảng Hỗ Trợ Xã Hội (tiếp tục) • 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 Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 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 này bằng cách đăng nhập vào cổng thành viên của họ go.wellcare.com/member hoặc gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) theo số ở cuối trang. 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 mạn tính do sử dụng rượu bia và rối loạn do sử dụng chất kích thích (SUD) khác; Các tình trạng sức khỏe tâm thần mạn tính và mất khả năng hoạt động; 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; 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. Tham khảo **Chương 4, Phần C** 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 dịch vụ phúc lợi danh mục Không Kê Toa (OTC) Wellcare Spendables® của quý vị.** **Phúc lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo.**	$0

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Phúc Lợi Bổ Sung Đặc Biệt cho Bệnh Mạn Tính (tiếp tục) **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:** ● **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 **Phúc lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo.**	

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Phúc Lợi Bổ Sung Đặc Biệt cho Bệnh Mạn Tính (tiếp tục) ● **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: ○ 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. **Phúc lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo.**	

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Phúc Lợi Bổ Sung Đặc Biệt cho Bệnh Mạn Tính (tiếp tục) ● **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. ● **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.	

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Liệu pháp tập luyện có giám sát (SET) Chúng tôi chi trả cho SET cho các thành viên mắc bệnh động mạch ngoại vi có triệu chứng (PAD), có giấy giới thiệu PAD từ bác sĩ chịu trách nhiệm điều trị PAD. Chương trình của chúng tôi chi trả cho: ● tối đa 36 **buổi** trong khoảng thời gian 12 tuần nếu tất cả yêu cầu SET được đáp ứng ● thêm 36 buổi theo thời gian nếu được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe coi là cần thiết về mặt y tế Chương trình SET phải là: ● các buổi chương trình đào tạo tập thể dục trị liệu cho PAD kéo dài từ 30 đến 60 phút ở các thành viên bị chuột rút chân do lưu thông máu kém (đau cách hồi) ● tại cơ sở chăm sóc ngoại trú của bệnh viện hoặc tại phòng mạch của bác sĩ ● được thực hiện bởi nhân viên có trình độ đảm bảo lợi ích nhiều hơn gây hại và được đào tạo về liệu pháp tập thể dục cho 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) được đào tạo về các kỹ thuật hỗ trợ sự sống cơ bản và nâng cao	$0 *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu*.

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Vận chuyển: Dịch vụ vận chuyển y tế không cấp cứu Phúc lợi này cho phép vận chuyển y tế đối với một dịch vụ được chương trình của chúng tôi và Medicare bao trả. Dịch vụ này có thể bao gồm: dịch vụ vận chuyển y tế bằng xe cứu thương, xe tải nhỏ hoặc xe chuyên chở xe lăn và điều phối với dịch vụ vận tải công cộng chuyên biệt. Những hình thức vận chuyển này được cho phép khi: ● Nhà cung cấp dịch vụ y tế xác định tình trạng y tế và/ hoặc thể chất không cho phép quý vị đi xe buýt, xe khách, xe taxi hoặc bất kỳ phương tiện giao thông công cộng hoặc tư nhân nào khác **và** quý vị cần phải xin sự chấp thuận trước và gọi cho chương trình của quý vị để sắp xếp chuyến đi. Gọi số điện thoại trên mặt sau thẻ ID Thành Viên để đặt chuyến xe.	$0 *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.* *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*
	Vận chuyển: Dịch vụ vận chuyển phi y tế Phúc lợi này cho phép di chuyển đến các dịch vụ y tế bằng xe khách, taxi hoặc các hình thức di chuyển công cộng/tư nhân khác. Cần di chuyển để phục vụ mục đích nhận dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết do Medi-Cal bao trả, bao gồm di chuyển đến các buổi hẹn nha khoa và lấy thuốc theo toa. Bao trả di chuyển cho các dịch vụ được bao trả đồng thời bởi Medi-Cal và Medicare. Gọi số điện thoại trên mặt sau Thẻ ID Thành Viên để đặt chuyến xe.	$0 *Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước.* *Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp Chăm sóc cần thiết khẩn cấp là dịch vụ chăm sóc được cung cấp để điều trị: ● trường hợp không cấp cứu cần được chăm sóc y tế ngay lập tức, **hoặc** ● bệnh lý không lường trước, **hoặc** ● thương tích, **hoặc** ● bệnh trạng cần chăm sóc ngay lập tức. Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp, trước tiên quý vị cần cố gắng nhận dịch vụ chăm sóc đó từ nhà cung cấp trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị có thể sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới khi không thể liên hệ với nhà cung cấp trong mạng lưới nếu xét theo thời điểm, địa điểm và trường hợp cụ thể của quý vị, việc này là bất khả thi, hoặc việc nhận dịch vụ từ nhà cung cấp trong mạng lưới là bất hợp lý (ví dụ: khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình và quý vị cần được hỗ trợ dịch vụ y tế cần thiết ngay lập tức cho bệnh lý không biết trước dù không phải là trường hợp cấp cứu y tế). Bảo hiểm Dịch Vụ Cấp Cứu/Khẩn Cấp Toàn Cầu: Được định nghĩa là dịch vụ chăm sóc khẩn cấp, cấp cứu và sau ổn định đã nhận bên ngoài Hoa Kỳ. ● Chỉ giới hạn cho các dịch vụ được phân loại là dịch vụ chăm sóc cấp cứu, cần thiết khẩn cấp hoặc sau ổn định nếu các dịch vụ này đã từng được cung cấp ở Hoa Kỳ. **Phúc lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo.**	$0 Đồng thanh toán $115 Khoản chia sẻ chi phí thăm khám các dịch vụ phòng cấp cứu/ cần thiết khẩn cấp Toàn Cầu sẽ không được miễn trừ nếu quý vị nhập viện để chăm sóc nội trú tại bệnh viện.

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp (tiếp tục) ● Các dịch vụ cứu thương sẽ được bao trả trong trường hợp có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của quý vị nếu đưa quý vị tới phòng cấp cứu bằng bất kỳ cách nào khác. ● Thuế và phí nước ngoài (bao gồm nhưng không giới hạn phí chuyển đổi tiền tệ hoặc phí giao dịch) không được bao trả. Hoa Kỳ có nghĩa là 50 tiểu bang, District of Columbia, Puerto Rico, Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Islands và American Samoa.	Hạn mức $50,000 hàng năm được áp dụng cho Bảo hiểm dịch vụ cấp cứu/khẩn cấp toàn cầu.
	Chăm sóc thị lực Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau: ● khám mắt định kỳ mỗi năm một lần **và** ● tối đa $100 cho mắt kính (gọng kính và tròng kính) hoặc tối đa $100 cho kính sát tròng hai năm một lần Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ bác sĩ dành cho bệnh nhân ngoại trú về chẩn đoán và điều trị các bệnh và các chấn thương ở mắt. Ví dụ: điều trị thoái hóa võng mạc vì tuổi tác. Với những người có nguy cơ mắc bệnh tăng nhãn áp cao, chúng tôi chi trả cho khám sàng lọc bệnh tăng nhãn áp một lần mỗi năm. Những người có nguy cơ mắc bệnh tăng nhãn áp cao bao gồm: ● người có tiền sử gia đình mắc bệnh tăng nhãn áp ● người mắc bệnh tiểu đường ● người Mỹ gốc Phi từ 50 tuổi trở lên ● người Mỹ gốc La Tinh từ 65 tuổi trở lên Đối với người mắc bệnh tiểu đường, chúng tôi thanh toán khám sàng lọc bệnh võng mạc đái tháo đường một lần mỗi năm. **Phúc lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo.**	$0 *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) Chúng tôi chi trả cho một cặp kính mắt hoặc kính áp tròng sau mỗi ca phẫu thuật đục thủy tinh thể khi bác sĩ gắn thủy tinh thể nhân tạo. Nếu quý vị có hai ca phẫu thuật đục thủy tinh thể riêng biệt, quý vị phải mua một cặp kính mắt sau mỗi ca phẫu thuật. Quý vị không thể nhận hai cặp kính sau ca phẫu thuật thứ hai, ngay cả khi quý vị đã không nhận một cặp kính sau ca phẫu thuật thứ nhất. **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. ● 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). ● 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 **Phúc lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo.**	

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Chăm sóc thị lực (tiếp tục) **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).* 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. Bảo hiểm cho các dịch vụ khám mắt định kỳ là phúc lợi bổ sung do chương trình cung cấp.	
	Khám phòng bệnh dịp "Chào mừng tham gia Medicare" 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, ● giáo dục và tư vấn về các dịch vụ phòng ngừa cần thiết cho quý vị (bao gồm khám sàng lọc và tiêm phòng (hoặc vắc-xin)), **và** ● giới thiệu dịch vụ chăm sóc khác nếu quý vị cần. **Lưu ý:** Chúng tôi bao trả lần thăm khám phòng bệnh dịp "Chào mừng tham gia Medicare" chỉ trong vòng 12 tháng đầu tiên quý vị có Medicare Part B. Khi quý vị lên lịch hẹn, hãy cho văn phòng bác sĩ của quý vị biết rằng quý vị muốn lên lịch khám phòng bệnh dịp "Chào mừng tham gia Medicare" của quý vị.	$0

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Wellcare Spendables® Quý vị sẽ nhận được tổng số tiền nạp trước là **$113 mỗi tháng** vào thẻ Wellcare Spendables® để chi tiêu cho các vật dụng OTC, dịch vụ Nha Khoa, Thị Giác và Thính Giác, và SSBCI nếu quý vị đủ tiêu chuẩn. ● Trợ cấp hàng tháng **sẽ chuyển sang tháng tiếp theo nếu chưa sử dụng và hết hạn vào cuối năm chương trình.** **Có thể sử dụng trợ cấp trong thẻ của quý vị cho:** **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, 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 này được tiếp tục ở trang tiếp theo.**	$0

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Wellcare Spendables® (tiếp tục) **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.** **Nếu quý vị đủ điều kiện, thẻ trợ cấp hàng tháng của quý vị cũng có thể được sử dụng cho:** ● 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 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. **Cách sử dụng thẻ**: 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/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. **Phúc lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo.**	

Dịch Vụ Được Bao Trả		Các khoản tiền quý vị phải thanh toán
	Wellcare Spendables® (tiếp tục) 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. ● 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. ● Các giới hạn và ngoại lệ có thể được áp dụng, chỉ những vật phẩm được chấp thuận mới được bao trả. ● Đây không phải là phúc lợi Medicaid. **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	

E. Hỗ Trợ Cộng Đồng

Quý vị có thể được hỗ trợ theo Kế Hoạch Chăm Sóc Cá Nhân Hóa. Hỗ Trợ Cộng Đồng là các dịch vụ hoặc bố trí chăm sóc thay thế thích hợp về mặt y tế và tiết kiệm chi phí cho những dịch vụ được bao trả trong Medi-Cal State Plan. Các dịch vụ này là tùy chọn cho các thành viên. Nếu quý vị đủ điều kiện, các dịch vụ này có thể giúp quý vị sống độc lập hơn. Các dịch vụ này không thay thế những phúc lợi mà quý vị đã nhận được trong Medi-Cal.

Ví dụ về Hỗ Trợ Cộng Đồng mà chúng tôi cung cấp bao gồm thực phẩm hỗ trợ y tế và bữa ăn hoặc bữa ăn được chế biến phù hợp về mặt y tế, trợ giúp cho quý vị hoặc người chăm sóc của quý vị, hoặc thanh nắm trong nhà tắm và bờ dốc.

Nếu cần giúp đỡ hoặc muốn tìm hiểu về Hỗ Trợ Cộng Đồng có thể được cung cấp cho quý vị, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (TTY:711) hoặc gọi cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Dịch Vụ Hỗ Trợ Giải Quyết Tình Trạng Vô Gia Cư và Nhà Ở:

Hỗ Trợ Cộng Đồng	Những mục quý vị có thể nhận được
Dịch vụ Hỗ Trợ Chuyển Tiếp Nơi Ở	**Hỗ trợ ổn định nhà ở**. Điều này có thể bao gồm trợ giúp về: ● Tìm nơi ở. ● Cách nộp đơn xin nhà ở. ● Lập kế hoạch hỗ trợ nhà ở. Dịch vụ được cung cấp tại tất cả các hạt. **Quý vị có thể được nhận dịch vụ nếu quý vị**: ● Nằm trong danh sách được trợ giúp về nhà ở thông qua Hệ Thống Tiếp Nhận và Điều Phối Hỗ Trợ người vô gia cư tại địa phương hoặc hệ thống tương tự. ● Đang là người vô gia cư. ● Có nguy cơ trở thành người vô gia cư.

Hỗ Trợ Cộng Đồng	Những mục quý vị có thể nhận được
Dịch Vụ Cho Thuê Nhà và Duy Trì Nơi Ở	Giúp **duy trì nhà ở sau khi quý vị chuyển đến**. Điều này có thể bao gồm hỗ trợ lập ngân sách, thanh toán tiền thuê đúng hạn và hiểu rõ quyền và trách nhiệm trong hợp đồng thuê nhà của quý vị. Dịch vụ được cung cấp tại tất cả các hạt. **Quý vị có thể được nhận dịch vụ nếu quý vị**: ● Nhận Dịch vụ Hỗ Trợ Chuyển Tiếp Nơi Ở. ● Nằm trong danh sách được trợ giúp về nhà ở thông qua Hệ Thống Tiếp Nhận và Điều Phối Hỗ Trợ người vô gia cư tại địa phương hoặc hệ thống tương tự. ● Hiện đang là người vô gia cư. ● Có nguy cơ trở thành vô gia cư.
Tiền Đặt Cọc Nhà Ở	**Hỗ trợ ổn định nhà ở**. Điều này bao gồm: ● Tiền đặt cọc để được thuê nhà. ● Chi phí tiện ích tháng đầu tiên. ● Tiền thuê tháng đầu tiên và tháng cuối cùng nếu cần trước khi chuyển đến. Dịch vụ được cung cấp tại tất cả các hạt. **Quý vị có thể được nhận dịch vụ nếu quý vị**: ● Nhận Dịch vụ Hỗ Trợ Chuyển Tiếp Nơi Ở. ● Nằm trong danh sách được trợ giúp về nhà ở thông qua Hệ Thống Tiếp Nhận và Điều Phối Hỗ Trợ người vô gia cư tại địa phương hoặc hệ thống tương tự. ● Đang là người vô gia cư.

Dịch Vụ Phục Hồi:

Hỗ Trợ Cộng Đồng	Những mục quý vị có thể nhận được
Chăm Sóc Phục Hồi Ngắn Hạn (lưu trú y tế tạm thời)	**Chăm sóc có chỗ lưu trú ngắn hạn cho những người không còn cần ở trong bệnh viện nữa nhưng vẫn cần phục hồi thương tích hoặc bệnh tật.** Dịch vụ được cung cấp tại các hạt được chọn. **Quý vị có thể được nhận dịch vụ nếu quý vị:** ● Có nguy cơ phải nhập viện hoặc sau khi xuất viện. ● Sống một mình mà không được hỗ trợ chính thức. ● Đối mặt với sự bất an về nhà ở hoặc có nhà ở có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe và sự an toàn nếu không sửa đổi.
Chăm sóc tạm thời	**Giảm bớt áp lực thời gian ngắn cho những người chăm sóc cần được chăm sóc hoặc hỗ trợ trong thời gian ngắn.** Dịch vụ được cung cấp tại tất cả các hạt. **Quý vị có thể được nhận dịch vụ nếu quý vị:** ● Sống ở một nơi hạn chế hoạt động hàng ngày của quý vị. ● Đang cần có người chăm sóc để cung cấp hầu hết hỗ trợ cho quý vị. ● Cần người chăm sóc thay thế để tránh phải vào viện dưỡng lão hoặc nơi nào đó tương tự.
Trung Tâm Hỗ Trợ Tỉnh Rượu	**Nơi quý vị có thể nhận hỗ trợ với rượu hoặc vấn đề với việc uống rượu thay vì bị chuyển đến phòng cấp cứu hoặc nhà tù.** Dịch vụ được cung cấp tại các hạt được chọn. **Quý vị có thể được nhận dịch vụ nếu quý vị:** ● Từ 18 tuổi trở lên và say rượu. ● Được đưa đến phòng cấp cứu hoặc vào tù. ● Bị chuyển đến phòng cấp cứu và phù hợp cho Trung Tâm Hỗ Trợ Tỉnh Rượu.

Dịch Vụ Chăm Sóc Dài Hạn Trong Môi Trường Giống Như Ở Nhà:

Hỗ Trợ Cộng Đồng	**Những mục quý vị có thể nhận được**
Hỗ Trợ Người Bị Hen Suyễn	**Thay đổi về nhà ở để loại bỏ yếu tố kích thích hen suyễn có hại.** Dịch vụ được cung cấp tại tất cả các hạt. **Quý vị có thể được nhận dịch vụ nếu quý vị:** ● Đã từng bị hen suyễn không được kiểm soát tốt trong 12 tháng qua theo định nghĩa sau: ○ Vào phòng cấp cứu. ○ Nhập viện. ○ Hai lần khám bệnh hoặc chăm sóc khẩn cấp. ● Có điểm kiểm tra kiểm soát hen suyễn là 19 trở xuống.
Phục Hồi Chức Năng Trong Ngày	**Chương trình được cung cấp để giúp quý vị học các kỹ năng cần thiết để sống trong môi trường giống như ở nhà.** Các kỹ năng có thể bao gồm đào tạo cách sử dụng phương tiện công cộng hoặc cách chuẩn bị bữa ăn. Dịch vụ được cung cấp tại tất cả các hạt. **Quý vị có thể được nhận dịch vụ nếu quý vị**: ● Đang là người vô gia cư. ● Không còn là vô gia cư và đã chuyển vào nhà ở trong 24 tháng qua. ● Có nguy cơ trở thành người vô gia cư. Hoặc môi trường giống như nhà ở có thể cải tạo.
Cải Tạo Môi Trường Để Tăng Khả Năng Tiếp Cận	**Các sửa đổi trong nhà để bảo đảm sức khỏe và sự an toàn của quý vị**. Ngoài ra, các thay đổi cho phép quý vị có thể hoạt động tự do tại nhà. Những cải tạo này có thể bao gồm dốc và thanh vịn. Dịch vụ được cung cấp tại tất cả các hạt. **Quý vị có thể được nhận dịch vụ nếu quý vị**: ● Có nguy cơ bị đưa vào viện dưỡng lão.

Hỗ Trợ Cộng Đồng	Những mục quý vị có thể nhận được
Bữa Ăn/Bữa Ăn Được Thiết Kế Riêng Về Mặt Y Tế	**Bữa ăn được giao đến nhà quý vị, được chế biến và nấu chín tùy theo nhu cầu về sức khỏe và chế độ ăn của quý vị**. Bao gồm bữa ăn cần thiết sau khi quý vị xuất viện. Dịch vụ được cung cấp tại tất cả các hạt. **Quý vị có thể được nhận dịch vụ nếu quý vị**: ● Có bệnh lý mạn tính. ● Được xuất viện từ bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn. ● Có nguy cơ cao nhập viện hoặc chuyển vào viện dưỡng lão. ● Có nhu cầu quản lý chăm sóc chính. ● Được đánh giá bởi bác sĩ dinh dưỡng đã đăng ký hoặc chuyên gia dinh dưỡng được cấp phép.

Nếu cần giúp đỡ hoặc muốn tìm hiểu về Hỗ Trợ Cộng Đồng có thể được cung cấp cho quý vị, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711) hoặc gọi cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

F. Các phúc lợi được bao trả bên ngoài chương trình của chúng tôi

Chúng tôi không bao trả cho các dịch vụ sau đây, nhưng các dịch vụ này được cung cấp thông qua Medi-Cal trả phí theo dịch vụ.

F1. Chương Trình Hỗ Trợ Tái Hòa Nhập Cộng Đồng California (CCT)

Chương Trình Hỗ Trợ Tái Hòa Nhập Cộng Đồng California (CCT) sử dụng các Tổ Chức Hướng Dẫn tại địa phương để giúp những người thụ hưởng Medi-Cal đủ tiêu chuẩn đã sống tại một cơ sở nội trú trong ít nhất 60 ngày liên tiếp, chuyển tiếp về và sinh sống an toàn tại một cơ sở trong cộng đồng. Chương trình CCT tài trợ cho các dịch vụ điều phối chuyển tiếp trong giai đoạn trước khi chuyển tiếp và trong 365 ngày sau khi chuyển tiếp để trợ giúp người thụ hưởng trở lại môi trường cộng đồng.

Quý vị có thể nhận các dịch vụ điều phối chuyển tiếp từ bất kỳ Tổ Chức Hướng Dẫn CCT nào phục vụ tại hạt mà quý vị đang sống. Quý vị có thể tìm danh sách các Tổ Chức Hướng Dẫn CCT và các hạt mà họ phục vụ trên trang web của Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe tại: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Đối với các dịch vụ điều phối chuyển tiếp CCT

Medi-Cal chi trả cho các dịch vụ điều phối chuyển tiếp. Quý vị không phải chi trả cho các dịch vụ này.

Đối với các dịch vụ không liên quan tới chuyển tiếp CCT của quý vị

Nhà cung cấp tính hóa đơn cho chúng tôi đối với các dịch vụ của quý vị. Chương trình của chúng tôi chi trả cho các dịch vụ được cung cấp sau khi quý vị chuyển tiếp. Quý vị không phải chi trả cho các dịch vụ này.

Trong khi quý vị nhận được các dịch vụ điều phối chuyển tiếp CCT, chúng tôi chi trả cho các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Phúc Lợi trong **Phần D**.

Không có thay đổi nào về phúc lợi bảo hiểm thuốc

Chương trình CCT **không** bao trả thuốc. Quý vị tiếp tục được hưởng phúc lợi thuốc thông thường qua chương trình của chúng tôi. Để biết thêm thông tin, tham khảo **Chương 5** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

Lưu ý: Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc chuyển tiếp không phải CCT, hãy gọi cho điều phối viên chăm sóc của quý vị để sắp xếp các dịch vụ này. Dịch vụ chăm sóc chuyển tiếp không phải CCT là dịch vụ chăm sóc **không** liên quan đến việc chuyển tiếp của quý vị từ một tổ chức hoặc cơ sở.

F2. Nha Khoa Medi-Cal

Một số dịch vụ nha khoa được cung cấp thông qua Nha Khoa Medi-Cal.

Vui lòng xem thêm thông tin trên trang web SmileCalifornia.org. Nha Khoa Medi-Cal bao gồm nhưng không giới hạn ở các dịch vụ như:

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

Để biết thêm thông tin liên quan đến phúc lợi nha khoa có trong Nha Khoa Medi-Cal hoặc nếu quý vị cần giúp tìm nha sĩ chấp nhận Medi-Cal, hãy liên hệ với bộ phận dịch vụ khách hàng theo số 1-800-322-6384 (người dùng TTY gọi số 1-800-735-2922). Cuộc gọi này miễn phí. Nhân viên đại diện của Nha Khoa Medi-Cal luôn sẵn sàng hỗ trợ quý vị từ 8 a.m. đến 5 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.

Tại các hạt Sacramento và Los Angeles, quý vị có thể nhận được phúc lợi nha khoa Medi-Cal thông qua chương trình Chăm Sóc Nha Khoa Được Quản Lý (MCP Nha Khoa). Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin về chương trình nha khoa Medi-Cal hoặc muốn thực hiện thay đổi, hãy liên hệ với bộ phận Tùy Chọn Chăm Sóc Sức Khỏe theo số 1-800-430-4263 (người dùng TTY gọi số 1-800-430-7077), Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 6 p.m. Cuộc gọi này được miễn phí. Danh bạ DMC cũng có tại đây: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

www.hpsm.org/dental

Lưu ý: Chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ nha khoa bổ sung. Tham khảo Bảng Phúc Lợi trong **Phần D** để biết thêm thông tin.

F3. Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà (IHSS)

- Chương trình IHSS sẽ giúp quý vị chi trả cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc đã ghi danh cho các dịch vụ được cung cấp cho quý vị để quý vị vẫn có thể an toàn tại nhà. IHSS được xem là sự thay thế cho dịch vụ chăm sóc tại nhà, chẳng hạn như viện dưỡng lão hoặc cơ sở chăm sóc hỗ trợ sinh hoạt.

- Để nhận được dịch vụ, chúng tôi sẽ tiến hành đánh giá để xác định loại dịch vụ nào có thể được cho phép cho từng người tham gia dựa trên nhu cầu của họ. Các loại dịch vụ có thể được cho phép thông qua IHSS bao gồm dọn dẹp nhà cửa, chuẩn bị bữa ăn, giặt giũ, đi chợ, dịch vụ chăm sóc cá nhân (chẳng hạn như chăm sóc ruột và bàng quang, tắm rửa, chải chuốt và chăm sóc y tế), đi cùng đến các cuộc hẹn y tế và giám sát bảo vệ người bị sa sút trí tuệ.

- Điều phối viên chăm sóc có thể giúp quý vị đăng ký IHSS với công ty dịch vụ xã hội tại hạt của quý vị. Để biết thông tin liên hệ của cơ quan dịch vụ xã hội của hạt, tham khảo **Chương 2**.

F4. Chương Trình Miễn Trừ Dịch Vụ Tại Nhà và Cộng Đồng (HCBS) 1915(c)

Miễn Trừ Hỗ Trợ Sinh Hoạt (ALW)

- Miễn Trừ Hỗ Trợ Sinh Hoạt (ALW) cung cấp cho người thụ hưởng Medi-Cal đủ điều kiện lựa chọn cư trú trong môi trường được hỗ trợ sinh hoạt thay vì cư trú lâu dài trong cơ sở điều dưỡng. Mục tiêu của ALW là tạo điều kiện thuận lợi cho cơ sở điều dưỡng chuyển tiếp trở lại môi trường như ở nhà và cộng đồng hoặc phòng ngừa việc tiếp nhận điều dưỡng chuyên môn cho những người thụ hưởng có nhu cầu sắp trở lại cơ sở điều dưỡng.

- Các thành viên đã đăng ký ALW vẫn có thể giữ đăng ký ALW, đồng thời nhận thêm phúc lợi theo chương trình của chúng tôi. Chương trình của chúng tôi hợp tác với Cơ Quan Điều Phối Chăm Sóc ALW để phối hợp các dịch vụ quý vị nhận.
- ALW hiện chỉ được cung cấp tại hạt sau: Los Angeles.
- Điều phối viên chăm sóc của quý vị có thể giúp quý vị đăng ký ALW. Để biết danh sách các cơ quan điều phối chăm sóc ALW tham gia hiện tại, xem https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/AssistedLivingWaiver.aspx.

Miễn Trừ HCBS cho Công Dân California bị Khuyết Tật Phát Triển (HCBS-DD)

Miễn trừ Chương Trình Tự Quyết Định (SDP) tại California cho Người bị Khuyết Tật Phát Triển

- Có hai loại miễn trừ 1915(c), Miễn Trừ HCBS-DD và Miễn Trừ SDP, cung cấp dịch vụ cho người đã được chẩn đoán bị khuyết tật phát triển trước ngày sinh nhật tuổi 18 của người đó và dự kiến là tiếp tục vô thời hạn. Cả hai loại miễn trừ đều là cách để hỗ trợ chi phí một số dịch vụ nhất định, cho phép người bị khuyết tật phát triển sống tại nhà hoặc trong cộng đồng thay vì cư trú tại cơ sở y tế được cấp phép. Chi phí cho những dịch vụ này được hợp tác tài trợ bởi chương trình Medicaid của chính quyền liên bang và Tiểu Bang California. Điều phối viên chăm sóc có thể giúp kết nối quý vị với các dịch vụ Miễn Trừ DD.

Miễn Trừ Dịch Vụ Thay Thế Tại Nhà và Cộng Đồng (HCBA)

- Miễn Trừ HCBA cung cấp dịch vụ quản lý chăm sóc cho người có nguy cơ bị chuyển vào viện dưỡng lão hoặc nhà dưỡng lão. Dịch vụ quản lý chăm sóc được cung cấp bởi một Nhóm Quản Lý Chăm Sóc đa ngành bao gồm một y tá và nhân viên xã hội. Nhóm điều phối các dịch vụ Miễn Trừ và Chương Trình của Tiểu Bang (chẳng hạn như y tế, sức khỏe hành vi, Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà, v.v.) và sắp xếp các dịch vụ lâu dài khác và hỗ trợ sẵn có trong cộng đồng địa phương. Dịch vụ quản lý chăm sóc và miễn trừ được cung cấp trong nơi cư trú tại cộng đồng của người tham gia. Nơi cư trú này có thể thuộc sở hữu tư nhân, được đảm bảo thông qua hợp đồng cho thuê của người thuê nhà hoặc nơi cư trú của thành viên gia đình người tham gia.
- Các thành viên đã đăng ký Miễn Trừ HCBA vẫn có thể giữ đăng ký Miễn Trừ HCBA, đồng thời nhận thêm phúc lợi theo chương trình của chúng tôi. Chương trình của chúng tôi hợp tác với cơ quan miễn trừ HCBA để phối hợp các dịch vụ quý vị nhận.

- Điều phối viên chăm sóc của quý vị có thể giúp quý vị đăng ký HCBA. Để biết thêm thông tin, xem https://libertana.com/services/hcba-waiver/

Chương Trình Miễn Trừ Medi-Cal (MCWP)

- Chương Trình Miễn Trừ Medi-Cal (MCWP) cung cấp dịch vụ quản lý hồ sơ toàn diện và trực tiếp chăm sóc cho những người đang bị nhiễm HIV như một dịch vụ thay thế cho việc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng hoặc nhập viện. Quản lý hồ sơ là phương pháp tiếp cận theo nhóm, tập trung vào người tham gia, bao gồm một y tá đã đăng ký và người quản lý hồ sơ thuộc ban công tác xã hội. Người quản lý hồ sơ làm việc với người tham gia và (các) nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính, gia đình, người chăm sóc và các nhà cung cấp dịch vụ khác để đánh giá nhu cầu chăm sóc nhằm giữ người tham gia ở lại nhà và tại cộng đồng.

- Mục tiêu của MCWP là: (1) cung cấp các dịch vụ tại nhà và cộng đồng cho người bị HIV có thể cần các dịch vụ thể chế; (2) hỗ trợ người tham gia kiểm soát sức khỏe HIV; (3) cải thiện khả năng tiếp cận hỗ trợ xã hội và sức khỏe hành vi và (4) điều phối các nhà cung cấp dịch vụ và loại bỏ trùng lặp dịch vụ.

- Các thành viên đã đăng ký Miễn Trừ MCWP vẫn có thể giữ đăng ký Miễn Trừ MCWP, đồng thời nhận thêm phúc lợi theo chương trình của chúng tôi. Chương trình của chúng tôi hợp tác với cơ quan miễn trừ MCWP để phối hợp các dịch vụ quý vị nhận.

- Điều phối viên chăm sóc của quý vị có thể giúp quý vị đăng ký MCWP. Để biết thêm thông tin, vui lòng truy cập https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_care_mcwp.aspx.

Chương Trình Dịch Vụ Đa Năng Cho Người Cao Tuổi (MSSP)

- Chương Trình Dịch Vụ Đa Năng Cho Người Cao Tuổi (MSSP) cung cấp cả dịch vụ quản lý chăm sóc sức khỏe và dịch vụ xã hội để hỗ trợ cá nhân sống tại nhà và cộng đồng.

- Mặc dù hầu hết người tham gia chương trình cũng nhận Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà, MSSP cung cấp điều phối chăm sóc liên tục, liên kết người tham gia với các nguồn lực và dịch vụ cộng đồng cần thiết khác, phối hợp với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và mua một số dịch vụ cần thiết không có sẵn để phòng ngừa hoặc trì hoãn việc thể chế hóa. Tổng chi phí kết hợp hàng năm cho việc quản lý chăm sóc và các dịch vụ khác phải thấp hơn chi phí được chăm sóc tại một cơ sở điều dưỡng chuyên môn.

- Một nhóm các chuyên gia về sức khỏe và dịch vụ xã hội cung cấp cho mỗi người tham gia MSSP đánh giá toàn diện về sức khỏe và tâm lý để xác định các dịch vụ cần thiết. Sau đó nhóm làm việc với người tham gia MSSP, bác sĩ, gia đình của họ và những người khác để phát triển kế hoạch chăm sóc cá nhân hóa. Các dịch vụ bao gồm:
    - quản lý chăm sóc
    - chăm sóc ban ngày dành cho người lớn
    - sửa chữa/bảo trì nhà hư hỏng nhỏ
    - các dịch vụ khác gồm làm việc nhà, chăm sóc cá nhân và giám sát bảo vệ
    - dịch vụ chăm sóc thay thế tạm thời
    - dịch vụ vận chuyển
    - dịch vụ chẩn đoán và trị liệu
    - dịch vụ suất ăn
    - dịch vụ liên lạc.
- Các thành viên đã đăng ký Miễn Trừ MSSP vẫn có thể giữ đăng ký Miễn Trừ MSSP, đồng thời nhận thêm phúc lợi theo chương trình của chúng tôi. Chương trình của chúng tôi hợp tác với nhà cung cấp MSSP để phối hợp các dịch vụ quý vị nhận.
- Điều phối viên chăm sóc của quý vị có giúp quý vị đăng ký MSSP.

  Thông Tin Liên Hệ của Cơ Quan

    - Hạt Los Angeles:
        - Hiệp Hội Dịch Vụ Nhân Sinh; Điện thoại: 1-626-358-1185 (TTY-711)
        - Bệnh Viện Huntington; Điện thoại: 1-626-397-3110 (TTY-711)
        - Dịch Vụ Gia Đình Do Thái của LA; Điện thoại: 1-310-247-0864 (TTY-711)
        - Đối Tác Chăm Sóc; Điện thoại: 1-818-837-3775 (TTY-711)
        - Hỗ Trợ Sống Độc Lập tại Nhà; Điện thoại: 1-866-421-1964 (TTY-711)

F5. Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi của Hạt Được Cung Cấp Bên Ngoài Chương Trình Của Chúng Tôi (Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần và Điều Trị Rối Loạn Sử Dụng Chất Kích Thích)

Quý vị được tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi cần thiết về mặt y tế mà Medicare và Medi-Cal bao trả. Chúng tôi cho phép tiếp cận các dịch vụ sức khỏe hành vi được Medicare và chăm sóc được quản lý Medi-Cal bao trả. Chương trình của chúng tôi không cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chuyên môn của Medi-Cal và dịch vụ rối loạn sử dụng chất kích thích của hạt, nhưng những dịch vụ này được cung cấp thông qua cơ quan y tế hành vi tại hạt của quý vị.

Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chuyên môn của Medi-Cal được cung cấp cho quý vị thông qua chương trình sức khỏe tâm thần (MHP) của hạt nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí để tiếp cận dịch vụ cần thiết về mặt y tế. Các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa của Medi-Cal do chương trình MHP của hạt cung cấp bao gồm:

- dịch vụ sức khỏe tâm thần
- các dịch vụ hỗ trợ về thuốc
- dịch vụ điều trị chuyên sâu trong ngày
- phục hồi chức năng trong ngày
- dịch vụ can thiệp khủng hoảng
- dịch vụ ổn định khủng hoảng
- dịch vụ điều trị nội trú dành cho người lớn
- dịch vụ điều trị nội trú dành cho người bị khủng hoảng
- dịch vụ tại cơ sở y tế tâm thần
- dịch vụ tâm thần nội trú tại bệnh viện
- quản lý hồ sơ có mục tiêu
- dịch vụ hỗ trợ đồng đẳng
- dịch vụ can thiệp khủng hoảng di động dựa trên cộng đồng
- dịch vụ trị liệu hành vi
- chăm sóc nuôi dưỡng trị liệu

- điều phối chăm sóc chuyên sâu
- dịch vụ tại nhà chuyên sâu
- chương trình tái hòa nhập cộng đồng sau khi bị giam giữ
- điều trị hòa nhập cộng đồng (ACT)
- điều trị hòa nhập cộng đồng sau khi bị giam giữ (FACT)
- chăm sóc chuyên môn phối hợp (CSC) cho giai đoạn đầu của rối loạn tâm thần (FEP)
- dịch vụ nhóm phục hồi
- dịch vụ nhân viên y tế cộng đồng nâng cao (CHW)

Dịch vụ Thuốc Medi-Cal (DMC) được cung cấp cho quý vị thông qua cơ quan dịch vụ sức khỏe hành vi của hạt nếu quý vị đáp ứng tiêu chí để nhận những dịch vụ này.

- dịch vụ điều trị chuyên sâu ngoại trú
- điều trị rối loạn sử dụng chất kích thích cho bệnh nhân nội trú chu sinh
- dịch vụ điều trị ngoại trú
- chương trình điều trị nghiện ma túy
- thuốc điều trị nghiện (còn được gọi là Điều Trị Có Hỗ Trợ Thuốc)
- dịch vụ hỗ trợ đồng đẳng
- dịch vụ can thiệp khủng hoảng di động dựa trên cộng đồng
- dịch vụ can thiệp sớm (dành cho thành viên dưới 21 tuổi)
- sàng lọc, chẩn đoán và điều trị định kỳ sớm (dành cho thành viên dưới 21 tuổi)

Dịch Vụ Hệ Thống Phân Phối Có Tổ Chức Thuốc Medi-Cal (DMC-ODS) bao gồm:

- dịch vụ điều trị ngoại trú
- dịch vụ điều trị chuyên sâu ngoại trú
- dịch vụ nhập viện một phần
- thuốc điều trị nghiện (còn được gọi là Điều Trị Có Hỗ Trợ Thuốc)

- dịch vụ điều trị tại nhà
- dịch vụ quản lý thuốc bị thu hồi
- chương trình điều trị nghiện ma túy
- dịch vụ phục hồi
- điều phối dịch vụ chăm sóc
- dịch vụ hỗ trợ đồng đẳng
- dịch vụ can thiệp khủng hoảng di động dựa trên cộng đồng
- dịch vụ quản lý tình huống khẩn cấp
- dịch vụ can thiệp sớm (dành cho thành viên dưới 21 tuổi)
- sàng lọc, chẩn đoán và điều trị định kỳ sớm (dành cho thành viên dưới 21 tuổi)
- dịch vụ điều trị nội trú

Ngoài các dịch vụ được liệt kê ở trên, quý vị có thể tiếp cận với các dịch vụ cai nghiện tự nguyện nội trú nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí.

Quý vị có quyền tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi cần thiết về mặt y tế được Medicare bao trả và được quản lý thông qua dịch vụ Sức Khỏe Hành Vi của Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Xem **Chương 3** để biết thông tin về dịch vụ sức khỏe hành vi có sẵn thông qua chương trình của chúng tôi, bao gồm cả quy trình dùng để xác định sự cần thiết về mặt y tế và giấy giới thiệu giữa chương trình của chúng tôi và MHP hạt của quý vị. Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại về dịch vụ sức khỏe hành vi, tham khảo **Chương 9** để biết thông tin về việc nộp đơn khiếu nại.

G. Phúc lợi không được chương trình của chúng tôi, Medicare hoặc Medi-Cal bao trả

Mục này cho quý vị biết về những phúc lợi bị chương trình của chúng tôi loại trừ. “Bị loại trừ” nghĩa là chúng tôi không thanh toán cho các phúc lợi này. Medicare và Medi-Cal sẽ không thanh toán cho các phúc lợi này.

Danh sách dưới đây mô tả một số dịch vụ và vật phẩm không được chúng tôi bao trả theo bất kỳ điều kiện nào và một số dịch vụ và vật phẩm chỉ bị chúng tôi loại trừ trong một số trường hợp.

Chúng tôi không chi trả cho các phúc lợi y tế bị loại trừ được liệt kê trong mục này (hoặc bất kỳ phần nào khác trong *Sổ Tay Thành Viên* này) ngoại trừ theo các điều kiện cụ thể đã nêu. Ngay cả khi quý vị nhận dịch vụ đó tại một cơ sở cấp cứu, chương trình sẽ không chi trả cho dịch vụ đó. Nếu quý vị cho rằng chương trình của chúng tôi cần thanh toán cho một dịch vụ không được bao trả, quý vị có thể yêu cầu kháng cáo. Để biết thông tin về kháng cáo, tham khảo **Chương 9** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

Ngoài bất kỳ loại trừ hoặc giới hạn nào được mô tả trong Bảng Phúc Lợi, chương trình của chúng tôi không bao trả các mục và dịch vụ sau đây:

- các dịch vụ được coi là không "hợp lý và cần thiết về mặt y tế" theo Medicare và Medi-Cal, trừ khi chúng tôi liệt kê những dịch vụ này là dịch vụ được bao trả
- các biện pháp điều trị y tế và phẫu thuật, vật phẩm và thuốc mang tính thử nghiệm, trừ khi được Medicare, nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt hoặc chương trình của chúng tôi bao trả. Tham khảo **Chương 3** trong *Sổ Tay Thành Viên* này để biết thêm thông tin về nghiên cứu lâm sàng. Biện pháp điều trị và vật phẩm mang tính thử nghiệm là những thứ thường không được cộng đồng y tế chấp nhận.
- điều trị phẫu thuật cho bệnh béo phì, ngoại trừ khi cần thiết về mặt y tế và được Medicare chi trả
- phòng riêng tại bệnh viện, trừ khi cần thiết về mặt y tế
- y tá phụ trách riêng
- vật dụng cá nhân trong phòng của quý vị tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng, chẳng hạn như điện thoại hoặc ti vi
- dịch vụ chăm sóc điều dưỡng toàn thời gian tại nhà quý vị
- phí trả cho người thân trực hệ hoặc thành viên trong hộ gia đình quý vị
- bữa ăn được cung cấp đến nhà của quý vị
- các thủ thuật hoặc dịch vụ tăng cường tự chọn hoặc tự nguyện (bao gồm giảm cân, mọc tóc, sinh hoạt tình dục, phong độ thể thao, mục đích thẩm mỹ, chống lão hóa và duy trì năng lực về tinh thần), ngoại trừ khi cần thiết về mặt y tế
- phẫu thuật thẩm mỹ hoặc thủ thuật thẩm mỹ khác, trừ khi cần thiết do chấn thương tai nạn hoặc để cải thiện bộ phận cơ thể có hình dạng không phù hợp. Tuy nhiên, chúng tôi chi trả cho việc tái tạo vú sau khi thực hiện phẫu thuật cắt bỏ vú và cho việc điều trị bên vú còn lại để trông cân đối

- dịch vụ chăm sóc nắn xương khớp, ngoài thao tác nắn cột sống bằng tay theo các hướng dẫn bảo hiểm
- dịch vụ chăm sóc bàn chân định kỳ, trừ trường hợp như mô tả trong Dịch vụ điều trị bàn chân trong Bảng Phúc Lợi ở **Phần D**
- giày chỉnh hình, trừ khi đó là giày kết hợp nẹp chân và được bao gồm trong chi phí nẹp hoặc giày dành cho người mắc bệnh về chân do tiểu đường
- các thiết bị hỗ trợ bàn chân, ngoại trừ giày chỉnh hình hoặc giày trị liệu dành cho người mắc bệnh về chân do tiểu đường
- mở giác mạc xuyên tâm, phẫu thuật LASIK và các trợ giúp khác cho mắt có thị lực kém
- thủ thuật đảo ngược cho phẫu thuật triệt sản
- các dịch vụ y học tự nhiên (sử dụng biện pháp điều trị tự nhiên hoặc biện pháp điều trị thay thế)
- các dịch vụ được cung cấp cho cựu chiến binh tại các cơ sở của Bộ Cựu Chiến Binh (VA). Tuy nhiên, khi cựu chiến binh nhận các dịch vụ cấp cứu tại bệnh viện VA và khoản chia sẻ chi phí của VA nhiều hơn khoản chia sẻ chi phí theo chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ bồi hoàn phần chênh lệch cho cựu chiến binh. Quý vị vẫn chịu trách nhiệm thanh toán các khoản chia sẻ chi phí của quý vị.

Chương 5: Nhận thuốc dành cho bệnh nhân ngoại trú của quý vị

Giới thiệu

Chương này giải thích quy tắc để nhận thuốc ngoại trú của quý vị. Đây là các loại thuốc mà nhà cung cấp đặt mua cho quý vị mà quý vị có thể nhận từ một nhà thuốc hoặc đặt mua qua bưu điện. Thuốc bao gồm các loại thuốc được Medicare Part D và Medi-Cal bao trả. **Chương 6** trong *Sổ Tay Thành Viên* này cho quý vị biết số tiền quý vị phải chi trả cho những loại thuốc này. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của các thuật ngữ này xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

Chúng tôi cũng bao trả cho các thuốc sau, mặc dù sẽ không được thảo luận trong chương này:

- **Thuốc được bao trả theo Medicare Part A.** Thuốc này thường bao gồm các loại thuốc được cung cấp cho quý vị trong khi quý vị ở bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng.
- **Thuốc được bao trả theo Medicare Part B.** Thuốc này bao gồm một số loại thuốc hóa trị liệu, một số thuốc tiêm được cung cấp cho quý vị trong lần thăm khám tại phòng khám với bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác và các thuốc quý vị được cung cấp tại phòng khám lọc máu. Để tìm hiểu thêm về thuốc Medicare Part B được bao trả, tham khảo Bảng Phúc Lợi ở **Chương 4** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.
- Ngoài bảo hiểm phúc lợi y tế và Medicare Part D của chương trình, thuốc của quý vị cũng có thể được Original Medicare bao trả nếu quý vị đang nhận dịch vụ chăm sóc cuối đời của Medicare. Để biết thêm thông tin, vui lòng tham khảo **Chương 5**, **Phần F3** "Đang tham gia chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận".

Các quy tắc bao trả thuốc dành cho bệnh nhân ngoại trú của chương trình chúng tôi

Chúng tôi thường bao trả các loại thuốc của quý vị với điều kiện là quý vị tuân thủ các quy tắc trong mục này.

Quý vị phải có một nhà cung cấp (bác sĩ, nha sĩ hoặc người kê toa khác) viết toa thuốc và phải hợp lệ theo luật tiểu bang hiện hành. Người này thường là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) của quý vị. Cũng có thể là nhà cung cấp khác nếu PCP đã giới thiệu quý vị đến dịch vụ chăm sóc đó.

Người kê toa của quý vị **không** được nằm trong Danh Sách Loại Trừ hoặc Loại Bỏ của Medicare hoặc bất kỳ danh sách Medi-Cal nào tương tự.

Nhìn chung, quý vị phải sử dụng một nhà thuốc trong mạng lưới để mua thuốc theo toa (Tham khảo **Phần A1** để biết thêm thông tin). Hoặc quý vị có thể mua thuốc theo toa thông qua dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện của chương trình.

Thuốc được kê theo toa của quý vị phải nằm trong *Danh Sách Thuốc được bao trả* của chương trình chúng tôi. Chúng tôi gọi tắt là "*Danh Sách Thuốc*". (Tham khảo **Phần B** của chương này).

- Nếu thuốc đó không nằm trong *Danh Sách Thuốc*, chúng tôi có thể bao trả bằng cách cung cấp trường hợp ngoại lệ cho quý vị.
- Tham khảo **Chương 9** để tìm hiểu về yêu cầu trường hợp ngoại lệ.
- Ngoài ra, vui lòng lưu ý rằng yêu cầu bao trả thuốc theo toa của quý vị sẽ được đánh giá theo cả tiêu chuẩn Medicare và Medi-Cal.

Thuốc của quý vị phải được sử dụng theo chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. Điều này có nghĩa là việc sử dụng thuốc này phải được Food and Drug Administration (FDA) phê duyệt hoặc được một số tài liệu y khoa xác nhận. Người kê toa của quý vị có thể giúp xác định các tài liệu y khoa để hỗ trợ việc sử dụng thuốc được kê toa theo yêu cầu. Đối với các loại thuốc được Medi-Cal bao trả, điều này có nghĩa là việc sử dụng thuốc là hợp lý và cần thiết để bảo vệ tính mạng, ngăn ngừa bệnh tật hoặc khuyết tật nghiêm trọng hoặc giảm cơn đau nặng thông qua việc chẩn đoán hoặc điều trị bệnh, chứng bệnh hoặc chấn thương.

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 bao trả. (Tham khảo **Phần C** của chương này).

Mục Lục

A. Mua thuốc theo toa của quý vị 172

A1. Mua toa thuốc của quý vị tại nhà thuốc trong mạng lưới 172

A2. Sử dụng Thẻ ID Thành Viên của quý vị khi mua thuốc theo toa 172

A3. Việc cần làm nếu quý vị muốn thay đổi nhà thuốc trong mạng lưới 173

A4. Điều cần làm nếu nhà thuốc của quý vị rời mạng lưới 173

A5. Sử dụng một nhà thuốc chuyên khoa 173

A6. Sử dụng dịch vụ đặt mua qua bưu điện để nhận thuốc của quý vị 174

A7. Nhận lượng thuốc dài hạn 176

A8. Sử dụng nhà thuốc không nằm trong mạng lưới của chương trình chúng tôi 177

A9. Hoàn lại tiền cho quý vị cho một toa thuốc....178
B. *Danh Sách Thuốc* của chương trình chúng tôi....179
B1. Các loại thuốc trong *Danh Sách Thuốc*....179
B2. Cách tìm một loại thuốc trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi....180
B3. Các loại thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc*....180
B4. Bậc chia sẻ chi phí trong *Danh Sách Thuốc*....182
C. Giới hạn đối với một số loại thuốc....182
D. Các lý do thuốc của quý vị có thể không được bao trả....184
D1. Nhận lượng cấp tạm thời....185
D2. Yêu cầu lượng cấp tạm thời....186
E. Thay đổi về bảo hiểm cho thuốc của quý vị....187
F. Bảo hiểm thuốc trong các trường hợp đặc biệt....190
F1. Ở bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn trong thời gian được chương trình của chúng tôi bao trả....190
F2. Tại một cơ sở chăm sóc dài hạn....190
F3. Tham gia chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận....190
G. Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc....191
G1. Các chương trình giúp quý vị sử dụng thuốc một cách an toàn....191
G2. Chương trình giúp quý vị quản lý thuốc của quý vị....191
G3. Chương trình quản lý thuốc (DMP) để giúp thành viên sử dụng thuốc opioid một cách an toàn....192

A. Mua thuốc theo toa của quý vị

A1. Mua toa thuốc của quý vị tại nhà thuốc trong mạng lưới

Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi thanh toán cho các thuốc theo toa chỉ khi các thuốc đó được mua ở bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi. Nhà thuốc trong mạng lưới là hiệu thuốc đã đồng ý bán các thuốc theo toa cho các thành viên trong chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể sử dụng bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi. (Tham khảo **Phần A8** để biết thông tin về trường hợp được bao trả thuốc theo toa khi mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới).

Để tìm nhà thuốc trong mạng lưới, tham khảo *Danh Mục Nhà Cung Cấp Và Nhà Thuốc*, truy cập trang web của chúng tôi hoặc liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị.

A2. Sử dụng Thẻ ID Thành Viên của quý vị khi mua thuốc theo toa

Để mua thuốc theo toa của quý vị, **hãy trình Thẻ ID Thành Viên của quý vị** tại nhà thuốc trong mạng lưới. Nhà thuốc trong mạng lưới sẽ tính hóa đơn cho chúng tôi phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho thuốc được bao trả của quý vị. Quý vị có thể cần trả cho nhà thuốc một khoản đồng thanh toán khi quý vị nhận thuốc theo toa của mình.

Hãy nhớ rằng quý vị cần thẻ Medi-Cal hoặc Thẻ Nhận Dạng Phúc Lợi (BIC) để tiếp cận các thuốc được Medi-Cal Rx bao trả.

Nếu quý vị không đem theo Thẻ ID Thành Viên hoặc BIC khi mua toa thuốc, hãy yêu cầu nhà thuốc gọi cho chúng tôi để lấy thông tin cần thiết hoặc có thể yêu cầu nhà thuốc tra cứu thông tin đăng ký chương trình thuốc của quý vị.

Nếu nhà thuốc không 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 trả lại cho quý vị phần của chúng tôi. **Nếu quý vị không thể thanh toán cho loại thuốc đó, hãy liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên ngay lập tức.** Chúng tôi sẽ làm mọi việc chúng tôi có thể làm để giúp đỡ.

- Để yêu cầu chúng tôi hoàn tiền lại cho quý vị, tham khảo **Chương 7** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.
- Nếu quý vị cần giúp đỡ để mua thuốc theo toa, hãy liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc điều phối viên chăm sóc của quý vị.

A3. Việc cần làm nếu quý vị muốn thay đổi nhà thuốc trong mạng lưới

Nếu quý vị thay đổi nhà thuốc và cần mua thêm một toa thuốc, quý vị có thể yêu cầu nhà cung cấp kê toa thuốc mới *hoặc* yêu cầu nhà thuốc của quý vị chuyển toa thuốc đó cho nhà thuốc mới nếu còn thuốc cần mua thêm.

Nếu quý vị cần giúp đỡ để thay đổi nhà thuốc trong mạng lưới, hãy liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị.

A4. Điều cần làm nếu nhà thuốc của quý vị rời mạng lưới

Nếu nhà thuốc quý vị sử dụng rời mạng lưới chương trình của chúng tôi, quý vị cần tìm một nhà thuốc mới trong mạng lưới.

Để tìm nhà thuốc mới trong mạng lưới, tham khảo *Danh Mục Nhà Cung Cấp Và Nhà Thuốc*, truy cập trang web của chúng tôi hoặc liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị.

A5. Sử dụng một nhà thuốc chuyên khoa

Đôi khi một số loại thuốc theo toa cần được lấy 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.
- Nhà thuốc cung cấp thuốc cho bệnh nhân nội trú tại cơ sở chăm sóc dài hạn, chẳng hạn như cơ sở điều dưỡng.
    - Thông thường, các cơ sở chăm sóc dài hạn có nhà thuốc riêng. Nếu quý vị là bệnh nhân nội trú tại cơ sở chăm sóc dài hạn, chúng tôi phải đảm bảo quý vị có thể nhận thuốc quý vị cần tại nhà thuốc của cơ sở.
    - Nếu nhà thuốc của cơ sở chăm sóc dài hạn của quý vị không thuộc mạng lưới của chúng tôi, hoặc quý vị gặp khó khăn khi nhận thuốc tại cơ sở chăm sóc dài hạn, hãy liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.
- Nhà Thuốc Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Người Mỹ Bản Xứ (IHCP). Thành Viên Người Mỹ Bản Xứ và Thành Viên Người Alaska Bản Xứ có quyền tiếp cận các nhà thuốc của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Người Mỹ Bản Xứ (IHCP) nếu các tổ chức này có nhà thuốc bán lẻ đã đăng ký. Nếu quý vị không phải là Người Mỹ Bản Xứ và Người Alaska Bản Xứ, quý vị vẫn có thể nhận dịch vụ từ một nhà thuốc bán lẻ của IHCP nếu quý vị được chỉ định đến phòng khám đó hoặc trong trường hợp cấp cứu.

- Nhà thuốc chuyên cung cấp các loại thuốc bị FDA giới hạn chỉ cho phép sử dụng ở những khu vực quy định hoặc các loại thuốc cần được xử lý đặc biệt, cần có sự phối hợp giữa các nhà cung cấp hay cần có hướng dẫn về cách sử dụng. (Lưu ý: Trường hợp này hiếm khi xảy ra).
- Để tìm nhà thuốc chuyên khoa, tham khảo *Danh Mục Nhà Cung Cấp Và Nhà Thuốc*, truy cập trang web của chúng tôi hoặc liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị.

A6. Sử dụng dịch vụ đặt mua qua bưu điện để nhận thuốc của quý vị

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, các loại thuốc được cung cấp thông qua dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện là thuốc quý vị sử dụng thường xuyên dành cho bệnh lý mạn tính hoặc dài hạn. Các loại thuốc **không** được cung cấp thông qua dịch vụ đặt mua qua bưu điện của chương trình chúng tôi được đánh dấu "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. Lượng thuốc đủ dùng trong 100 ngày có khoản đồng thanh toán bằng với lượng thuốc đủ dùng trong một tháng.

Mua thuốc theo toa qua bưu điện

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.

Thông thường sẽ nhận được toa thuốc đặt mua qua bưu điện trong vòng 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.

Quy trình đặt mua qua bưu điện

Dịch vụ đặt mua qua bưu điện có các thủ tục khác nhau đối với các toa thuốc mới nhận được từ quý vị, toa thuốc mới nhận trực tiếp từ văn phòng nhà cung cấp của quý vị và mua thêm thuốc theo toa được đặt mua qua bưu điện của quý vị.

1. **Toa thuốc mới mà nhà thuốc nhận từ quý vị**

   Nhà thuốc tự động bán và giao thuốc theo toa thuốc mới mà nhà thuốc nhận được từ quý vị.

2. **Toa thuốc mới mà nhà thuốc nhận từ văn phòng nhà cung cấp của quý vị**

   Nhà thuốc tự động lấy và giao thuốc theo toa mới mà nhà thuốc nhận được từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, mà không cần kiểm tra trước với quý vị, nếu:

   - Quý vị từng sử dụng dịch vụ đặt mua qua bưu điện với chương trình của chúng tôi trước đó, **hoặc**
   - Quý vị đăng ký giao hàng tự động cho tất cả toa thuốc 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 ngay đối với tất cả các thuốc theo toa mới hoặc vào bất cứ lúc nào bằng cách liên hệ với 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.

   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 mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Hoặc đăng nhập vào express-scripts.com/rx.

   Nếu quý vị chưa từng sử dụng dịch vụ giao thuốc đặt mua qua bưu điện của chúng tôi và/hoặc quyết định ngừng tự động mua toa thuốc mới, nhà thuốc sẽ liên hệ với quý vị mỗi khi nhà thuốc nhận được toa thuốc mới từ một nhà cung cấp để xem liệu quý vị có muốn nhà thuốc lấy và giao thuốc cho quý vị ngay lập tức không.

   - Đây là cơ hội để quý vị kiểm tra lại để đảm bảo nhà thuốc sẽ giao đúng thuốc (bao gồm hàm lượng, liều lượng và dạng bào chế) và nếu cần, cho phép quý vị hủy bỏ hay hoãn lại đơn đặt thuốc đó trước khi thuốc được gửi đi.
   - Hãy phản hồi mỗi khi nhà thuốc liên hệ quý vị, để họ biết điều cần làm với toa thuốc mới và tránh bất kỳ sự chậm trễ nào trong việc giao hàng.

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 mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Hoặc đăng nhập vào express-scripts.com/rx.

3. 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 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 mua thêm thuốc tự động của chúng tôi, hãy liên hệ với nhà thuốc 21 ngày trước khi thuốc theo toa đang dùng hết nhằm đảm bảo đơn đặt mua tiếp theo của quý vị được giao đúng hạn.

Để lựa chọn không 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 Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên phụ trách dịch vụ gửi thuốc qua đường bưu điện theo số 1-833-750-0201 (TTY: 711), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Hoặc đăng nhập vào express-scripts.com/rx.

Cho nhà thuốc biết cách tốt nhất để liên hệ với quý vị để họ có thể liên hệ với quý vị xác nhận đơn hàng trước khi giao. Quý vị phải xác minh thông tin liên hệ mỗi lần đặt hàng, vào thời điểm đăng ký chương trình mua thêm thuốc tự động hoặc nếu thông tin liên hệ của quý vị thay đổi.

A7. Nhận lượng thuốc dài hạn

Quý vị có thể nhận lượng thuốc điều trị duy trì dài hạn có trên *Danh Sách Thuốc* trong chương trình của 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.

Một số nhà thuốc trong mạng lưới cho phép quý vị nhận lượng thuốc điều trị duy trì dài hạn. Lượng thuốc đủ dùng trong 100 ngày có khoản đồng thanh toán bằng với lượng thuốc đủ dùng trong một tháng. *Danh Mục Nhà Cung Cấp Và Nhà Thuốc* cho quý vị biết những nhà thuốc có thể cung cấp lượng thuốc điều trị duy trì dài hạn. Quý vị cũng có thể gọi cho điều phối viên chăm sóc hoặc Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để biết thêm thông tin.

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 để nhận lượng thuốc điều trị duy trì dài hạn. Tham khảo **Phần A6** để tìm hiểu thêm về dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện.

A8. Sử dụng nhà thuốc không nằm trong mạng lưới của chương trình chúng tôi

Thông thường, chúng tôi chỉ thanh toán cho các loại thuốc mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới khi quý vị không thể sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới. Chúng tôi 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. Trong các trường hợp này, vui lòng kiểm tra trước bằng cách gọi điều phối viên chăm sóc hoặc Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để xem liệu có nhà thuốc trong mạng lưới ở gần hay không.

Chúng tôi thanh toán cho các thuốc theo toa được mua ở nhà thuốc ngoài mạng lưới trong các trường hợp sau đây:

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 tình huống này, quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí khi mua toa thuốc. 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** của *Sổ Tay Thành Viên* này.

- 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 tình huống này, quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí khi mua toa thuốc. 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** của *Sổ Tay Thành Viên* này**.**

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. Để tìm hiểu cách gửi yêu cầu bồi hoàn, vui lòng tham khảo **Chương 7** của *Sổ Tay Thành Viên* này.

A9. Hoàn lại tiền cho quý vị cho một toa thuốc

Nếu quý vị phải sử dụng nhà thuốc ngoài mạng lưới, thông thường quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí thay vì khoản đồng thanh toán khi quý vị nhận thuốc theo toa của mình. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. 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.

Nếu quý vị trả toàn bộ chi phí cho toa thuốc có thể được Medi-Cal Rx bao trả, quý vị có thể được nhà thuốc bồi hoàn sau khi Medi-Cal Rx chi trả cho toa thuốc này. Ngoài ra, quý vị có thể yêu cầu Medi-Cal Rx hoàn lại tiền cho quý vị bằng cách gửi yêu cầu "Bồi Hoàn Chi Phí Tự Trả (Conlan) Medi-Cal". Quý vị có thể tìm thêm thông tin trên trang web Medi-Cal Rx: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Để tìm hiểu thêm về điều này, tham khảo **Chương 7** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

B. *Danh Sách Thuốc* của chương trình chúng tôi

Chúng tôi có *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả*. Chúng tôi gọi tắt là "*Danh Sách Thuốc*".

Chúng tôi chọn thuốc trong *Danh Sách Thuốc* với sự trợ giúp của một nhóm các bác sĩ và dược sĩ. *Danh Sách Thuốc* này cũng cho quý vị biết các quy tắc quý vị cần tuân thủ để nhận các loại thuốc của mình.

Thông thường, chúng tôi bao trả thuốc trong *Danh Sách Thuốc* của chương trình chúng tôi khi quý vị tuân theo các quy tắc mà chúng tôi giải thích trong chương này.

B1. Các loại thuốc trong *Danh Sách Thuốc*

Danh Sách Thuốc của chúng tôi bao gồm các loại thuốc được bao trả theo Medicare Part D.

Hầu hết các loại thuốc mà quý vị mua từ nhà thuốc đều được chương trình của chúng tôi bao trả. Các loại thuốc khác, như một số thuốc không kê toa (OTC) và vitamin, có thể được Medi-Cal Rx bao trả. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi cho Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng Medi-Cal Rx theo số 800-977-2273. Vui lòng mang theo Thẻ Nhận Dạng Người Thụ Hưởng Medi-Cal (BIC) khi nhận toa thuốc của quý vị qua Medi-Cal Rx.

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

Thuốc chính hiệu là loại thuốc 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* của chúng tôi, khi chúng tôi đề cập đến "thuốc", điều này có thể có nghĩa là thuốc hoặc sản phẩm sinh học.

Các thuốc gốc có thành phần hoạt tính tương tự 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 tương tự sinh học cũng có hiệu quả như thuốc chính hiệu hoặc 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.

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

B2. Cách tìm một loại thuốc trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi

Để tìm hiểu xem loại thuốc quý vị đang dùng có nằm trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi hay không, quý vị có thể:

- Truy cập trang web của chương trình chúng tôi tại go.wellcare.com/HealthNetCA. *Danh Sách Thuốc* trên trang web của chúng tôi luôn là bản mới nhất.
- Gọi cho điều phối viên dịch vụ chăm sóc hoặc Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để tìm hiểu xem một loại thuốc có nằm trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi hay không hoặc để yêu cầu nhận bản sao danh sách này.
- Thuốc không được Phần D bao trả có thể được Medi-Cal Rx bao trả. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) để biết thêm thông tin.
- Sử dụng "Công Cụ Phúc Lợi theo Thời Gian Thực" tại go.wellcare.com/HealthNetCA của 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 điều phối viên chăm sóc hoặc Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.

B3. Các loại thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc*

Chúng tôi không bao trả tất cả loại thuốc.

- Một số loại thuốc không nằm trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi vì pháp luật không cho phép chúng tôi bao trả các loại thuốc đó.
- Trong các trường hợp khác, chúng tôi quyết định không đưa một loại thuốc vào *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi.
- 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**.

Chương trình của chúng tôi không chi trả cho các loại thuốc được mô tả trong phần này, ngoại trừ một số thuốc nhất định được bao trả theo bao trả thuốc tăng cường của chúng tôi. Các loại

thuốc này được gọi là **thuốc bị loại trừ**. Nếu quý vị mua thuốc theo toa trong đó có một loại thuốc ngoài danh mục không trong phạm vi bao trả của chương trình chúng tôi, quý vị có thể phải tự thanh toán cho loại thuốc đó. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi cần thanh toán cho thuốc bị loại trừ trong trường hợp của quý vị, thì quý vị có thể nộp đơn kháng cáo. Tham khảo **Chương 9** trong *Sổ Tay Thành Viên* này để biết thêm thông tin về kháng cáo.

Dưới đây là ba quy tắc chung đối với các thuốc bị loại trừ:

1. Bảo hiểm thuốc cho bệnh nhân ngoại trú của chương trình của chúng tôi (bao gồm Medicare Part D) không thể chi trả cho một loại thuốc mà Medicare Part A hoặc Medicare Part B đã bao trả. Chương trình của chúng tôi bao trả các loại thuốc được Medicare Part A hoặc Medicare Part B bao trả miễn phí, nhưng những loại thuốc này không được xem là một phần của các phúc lợi thuốc ngoại trú của quý vị.

2. Chương trình không thể bao trả cho thuốc được mua bên ngoài Hoa Kỳ và các lãnh thổ của Hoa Kỳ.

3. Việc sử dụng thuốc phải được FDA phê duyệt hoặc được một số tài liệu y tế xác nhận là để điều trị cho bệnh lý của quý vị. Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác của quý vị có thể kê toa một loại thuốc nhất định để điều trị bệnh lý của quý vị, mặc dù loại thuốc đó không được phê duyệt để điều trị bệnh lý đó. Điều này được gọi là “sử dụng ngoài hướng dẫn”. Chương trình của chúng tôi thường không bao trả các loại thuốc được kê toa để sử dụng ngoài hướng dẫn.

Ngoài ra, theo luật pháp, Medicare hoặc Medi-Cal không được bao trả các loại thuốc được liệt kê dưới đây.

- Thuốc được sử dụng nhằm tăng khả năng sinh sản
- Thuốc được sử dụng để giảm ho hay triệu chứng cảm lạnh*
- Thuốc được sử dụng cho các mục đích thẩm mỹ hoặc kích thích mọc tóc
- Vitamin và sản phẩm khoáng chất được kê toa, ngoại trừ vitamin dưỡng thai và chế phẩm flouride*
- Thuốc được sử dụng để điều trị rối loạn chức năng tình dục hoặc cương dương
- Thuốc được sử dụng để điều trị bệnh biếng ăn, giảm cân hay tăng cân*
- Thuốc ngoại trú do một công ty sản xuất cho biết quý vị chỉ được phép làm xét nghiệm hoặc dịch vụ do họ thực hiện

*Chọn các sản phẩm có thể được bao trả bởi Medi-Cal. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) để biết thêm thông tin.

B4. Bậc chia sẻ chi phí *trong Danh Sách Thuốc*

Mọi loại thuốc có trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi đều thuộc một trong sáu bậc này. Bậc là một nhóm thuốc thường cùng loại (ví dụ: như thuốc chính hiệu, thuốc gốc hoặc thuốc OTC). Nói chung, bậc chia sẻ chi phí 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.
- 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.

Để tìm hiểu thuốc của quý vị thuộc bậc chia sẻ chi phí nào, hãy tra trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi.

Chương 6 trong *Sổ Tay Thành Viên* này cho biết số tiền quý vị chi trả cho thuốc trong mỗi bậc.

C. Giới hạn đối với một số loại thuốc

Đối với một số loại thuốc, các quy tắc đặc biệt giới hạn cách thức và thời điểm chương trình của chúng tôi bao trả cho các loại thuốc đó. Thông thường, các quy tắc của chúng tôi khuyến khích quý vị nhận thuốc có tác dụng cho bệnh lý của quý vị, an toàn và hiệu quả. Khi một loại thuốc an toàn, giá rẻ hơn có tác dụng tốt như loại thuốc đắt hơn, chúng tôi mong muốn nhà cung cấp của quý vị sẽ kê toa loại thuốc giá rẻ 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 của quý vị và các giới hạn khác nhau có thể áp dụng cho các phiên bản thuốc khác nhau (ví dụ: 10 mg so với 100 mg; một lần một ngày với hai lần một ngày; viên nén với dạng lỏng).

Nếu có quy tắc đặc biệt dành cho thuốc của quý vị, thông thường điều đó có nghĩa là quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị phải tiến hành thêm các bước để chúng tôi có thể bao trả cho thuốc đó. Ví dụ như nhà cung cấp của quý vị trước hết có thể phải báo cho chúng tôi biết về chẩn đoán của quý vị hoặc cung cấp các kết quả xét nghiệm máu. Nếu quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị cho rằng quy tắc của chúng tôi không nên áp dụng cho tình trạng của quý vị, hãy yêu cầu chúng tôi sử dụng quy trình ra quyết định bao trả để đưa ra trường hợp ngoại lệ. Chúng tôi có thể đồng ý hoặc có thể không đồng ý để quý vị sử dụng loại thuốc đó mà không cần tiến hành thêm các bước.

Để tìm hiểu thêm về yêu cầu ngoại lệ, tham khảo **Chương 9** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

1. **Hạn chế sử dụng thuốc chính hiệu hoặc sản phẩm sinh học gốc khi có sẵn phiên bản thuốc gốc hoặc thuốc tương tự sinh học có thể hoán đổi**

   Thông thường, loại thuốc gốc hoặc thuốc tương tự sinh học có thể hoán đổi cũng có tác dụng y như thuốc chính hiệu hoặc sản phẩm sinh học gốc và thường có giá rẻ hơn. Trong hầu hết các trường hợp, nếu có phiên bản thuốc gốc hoặc thuốc tương tự sinh học có thể hoán đổi của thuốc chính hiệu hoặc sản phẩm sinh học gốc, các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị phiên bản thuốc gốc hoặc thuốc tương tự sinh học có thể hoán đổi.

   - Chúng tôi thường không thanh toán cho thuốc chính hiệu hoặc sản phẩm sinh học gốc khi có phiên bản thuốc gốc.
   - Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp của quý vị đã cho chúng tôi biết lý do y tế rằng thuốc gốc hoặc thuốc tương tự sinh học có thể hoán đổi sẽ không có tác dụng ***hoặc*** đã viết "Không dùng sản phẩm thay thế" lên toa thuốc chính hiệu của quý vị hoặc sản phẩm sinh học gốc ***hoặc*** đã cho chúng tôi biết lý do y tế rằng cả thuốc gốc, thuốc tương tự sinh học có thể hoán đổi hoặc các thuốc được bao trả khác điều trị cùng một bệnh lý sẽ không có hiệu quả cho quý vị thì chúng tôi sẽ bao trả cho thuốc chính hiệu.
   - Khoản đồng thanh toán quý vị phải trả khi mua thuốc chính hiệu hoặc sản phẩm sinh học gốc có thể nhiều hơn so với thuốc gốc hoặc thuốc tương tự sinh học có thể hoán đổi được.

2. **Xin phê duyệt trước của chương trình**

   Đối với một số loại thuốc, quý vị hoặc người kê toa phải xin sự phê duyệt từ chương trình của chúng tôi trước khi quý vị mua toa thuốc của mình. 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 nhận được sự phê duyệt, chúng tôi có thể sẽ không bao trả cho loại thuốc đó. Vui lòng gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại ở cuối trang hoặc trên trang web của chúng tôi tại go.wellcare.com/enhanced-select-pa để biết thêm thông tin về quy trình chấp thuận trước.

3. Thử dùng một loại thuốc khác trước

Nói chung, chúng tôi muốn quý vị thử các loại thuốc giá rẻ hơn có hiệu quả tương tự trước khi chúng tôi bao trả các thuốc đắt hơn. Ví dụ như nếu Thuốc A và Thuốc B điều trị cùng một bệnh lý, và Thuốc A rẻ hơn Thuốc B, chúng tôi có thể yêu cầu quý vị thử dùng Thuốc A trước tiên.

Nếu Thuốc A **không** có hiệu quả đối với quý vị, chúng tôi bao trả cho Thuốc B. Đây được gọi là phương pháp trị liệu từng bước. Vui lòng gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại ở cuối trang hoặc trên trang web của chúng tôi tại go.wellcare.com/enhanced-select-st để biết thêm thông tin về phương pháp trị liệu từng bước.

4. Giới hạn số lượng

Đối với một số loại thuốc, chúng tôi giới hạn số lượng thuốc quý vị có thể nhận. Điều này được gọi là giới hạn số lượng. Ví dụ: nếu chỉ uống một viên mỗi ngày đối với một loại thuốc nhất định thường được coi là an toàn, chúng tôi có thể giới hạn lượng thuốc có thể mua mỗi lần quý vị mua toa thuốc.

Để tìm hiểu liệu có bất kỳ quy tắc nào nêu trên được áp dụng cho thuốc quý vị sử dụng hoặc muốn sử dụng hay không, hãy xem *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi. Để biết thông tin cập nhật mới nhất, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc xem trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ go.wellcare.com/druglist-6. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bao trả của chúng tôi dựa trên bất kỳ lý do nào nêu trên, quý vị có thể yêu cầu kháng cáo. Tham khảo **Chương 9** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

D. Các lý do thuốc của quý vị có thể không được bao trả

Chúng tôi cố gắng tận dụng bảo hiểm thuốc của quý vị để mang lại hiệu quả tốt cho quý vị, nhưng đôi khi một loại thuốc có thể không được bao trả theo cách mà quý vị muốn. Ví dụ:

- Chương trình của chúng tôi không bao trả loại thuốc mà quý vị muốn dùng. Thuốc đó có thể không có trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi. Chúng tôi có thể bao trả một loại thuốc gốc nhưng không phải là loại thuốc chính hiệu mà quý vị muốn sử dụng. Loại thuốc đó có thể mới và chúng tôi vẫn chưa đánh giá tính an toàn và hiệu quả.
- Chương trình của chúng tôi bao trả cho thuốc đó, nhưng có những quy tắc hoặc giới hạn đặc biệt về bao trả. Như đã giải thích ở phần trên, **Phần C** của chương này, một số loại thuốc mà chương trình của chúng tôi bao trả có các quy tắc giới hạn việc sử dụng các thuốc này. Trong một số trường hợp, quý vị hoặc người kê toa của quý vị có thể muốn yêu cầu chúng tôi đưa ra trường hợp ngoại lệ.

- Thuốc được bao trả nhưng ở bậc chia chi phí khiến chi phí của quý vị đắt hơn quý vị nghĩ.

Có những điều quý vị có thể làm nếu chúng tôi không bao trả thuốc theo cách quý vị muốn chúng tôi bao trả.

D1. Nhận lượng cấp tạm thời

Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể cung cấp cho quý vị lượng cấp tạm thời khi loại thuốc đó không nằm trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi hoặc bị giới hạn theo một cách nào đó. Điều này cho quý vị thời gian để trao đổi với nhà cung cấp của quý vị về việc nhận loại thuốc khác hoặc để yêu cầu chúng tôi bao trả cho loại thuốc đó.

Để nhận lượng cấp tạm thời, quý vị phải đáp ứng hai quy tắc dưới đây:

1. Loại thuốc quý vị đang dùng:
   - không còn nằm trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi, **hoặc**
   - chưa từng có trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi, **hoặc**
   - hiện tại bị giới hạn theo một cách nào đó.
2. Quý vị phải rơi vào một trong những tình huống sau:
   - Quý vị đã tham gia chương trình của chúng tôi năm ngoái.
     - Chúng tôi bao trả cho lượng cấp tạm thời của quý vị **trong 90 ngày đầu tiên của năm dương lịch**.
     - Lượng cấp tạm thời này đủ dùng trong tối đa 30 ngày tại một nhà thuốc bán lẻ và lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 31 ngày tại một nhà thuốc chăm sóc dài hạn.
     - Nếu thuốc theo toa của quý vị được kê cho ít ngày hơn, chúng tôi cho phép mua thêm thuốc nhiều lần nhằm cung cấp thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày tại nhà thuốc bán lẻ và trong tối đa 31 ngày tại một nhà thuốc chăm sóc dài hạn. Quý vị phải mua thuốc theo toa tại nhà thuốc trong mạng lưới.
     - Các nhà thuốc chăm sóc dài hạn có thể cung cấp thuốc với số lượng nhỏ mỗi lần để tránh lãng phí.
   - Quý vị là thành viên mới của chương trình chúng tôi.

- Chúng tôi bao trả lượng cấp tạm thời cho thuốc của quý vị **trong 90 ngày đầu tiên kể từ khi quý vị trở thành thành viên của chương trình chúng tôi**.
- Lượng cấp tạm thời này đủ dùng trong tối đa 30 ngày tại một nhà thuốc bán lẻ và lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 31 ngày tại một nhà thuốc chăm sóc dài hạn.
- Nếu thuốc theo toa của quý vị được kê cho ít ngày hơn, chúng tôi cho phép mua thêm thuốc nhiều lần nhằm cung cấp thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày tại nhà thuốc bán lẻ và trong tối đa 31 ngày tại một nhà thuốc dài hạn. Quý vị phải mua thuốc theo toa tại nhà thuốc trong mạng lưới.
- Các nhà thuốc chăm sóc dài hạn có thể cung cấp thuốc với số lượng nhỏ mỗi lần để tránh lãng phí.

- Nếu quý vị đã tham gia chương trình trên 90 ngày, sống ở trong cơ sở chăm sóc dài hạn và cần lượng thuốc ngay.
  - Chúng tôi bao trả cho lượng thuốc đủ dùng trong 31 ngày hoặc ít hơn nếu thuốc theo toa của quý vị được kê toa cho ít ngày hơn. Đây là phần bổ sung cho trường hợp lượng cấp tạm thời ở trên.
  - Nếu mức độ của dịch vụ chăm sóc thay đổi (chẳng hạn như chuyển đến hoặc rời khỏi cơ sở chăm sóc dài hạn hoặc bệnh viện), chúng tôi sẽ bao trả lượng cấp tạm thời trong 30 ngày. Nếu toa thuốc của quý vị được kê cho số ngày ít hơn, chúng tôi sẽ cho phép mua thêm thuốc để cung cấp tối đa tổng lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày.

D2. Yêu cầu lượng cấp tạm thời

Để yêu cầu lượng cấp tạm thời, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.

Khi quý vị nhận được lượng cấp tạm thời, hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị sớm nhất có thể để quyết định việc cần làm khi lượng thuốc của quý vị hết. Dưới đây là những lựa chọn của quý vị:

- Đổi sang thuốc khác.

  Chương trình của chúng tôi có thể bao trả một loại thuốc khác hiệu quả cho quý vị. Gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để yêu cầu danh sách thuốc chúng tôi bao trả để điều trị cho cùng một loại bệnh lý. Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp của quý vị tìm một loại thuốc được bao trả có thể có hiệu quả cho quý vị.

HOẶC

- Yêu cầu trường hợp ngoại lệ.

  Quý vị và nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đặt ra trường hợp ngoại lệ. Ví dụ, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bao trả một loại thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi hoặc yêu cầu chúng tôi bao trả thuốc mà không áp dụng giới hạn. Nếu nhà cung cấp của quý vị nói rằng quý vị có lý do y tế hợp lý đối với trường hợp ngoại lệ, thì người đó có thể giúp quý vị yêu cầu một trường hợp ngoại lệ.

  Để tìm hiểu thêm về việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ, tham khảo **Chương 9** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

  Nếu quý vị cần giúp đỡ để yêu cầu trường hợp ngoại lệ, hãy liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.

E. Thay đổi về bảo hiểm cho thuốc của quý vị

Hầu hết các thay đổi về bảo hiểm thuốc diễn ra vào ngày 1 tháng 1, tuy nhiên, chúng tôi có thể bổ sung hoặc loại bỏ các thuốc trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi trong suốt cả năm. Chúng tôi cũng có thể thay đổi các quy tắc về các loại thuốc. Ví dụ, chúng tôi có thể:

- Quyết định yêu cầu hoặc không yêu cầu sự chấp thuận trước (PA) cho một loại thuốc (sự cho phép từ chúng tôi trước khi quý vị có thể lấy thuốc).
- Bổ sung thêm hoặc thay đổi số lượng thuốc quý vị có thể nhận (giới hạn số lượng).
- Thêm hoặc thay đổi các hạn chế của phương pháp trị liệu từng bước đối với một loại thuốc (quý vị phải thử một loại thuốc trước khi chúng tôi bao trả một loại thuốc khác).
- 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. Để biết thêm thông tin về các quy định về thuốc này, tham khảo **Phần C**.

Nếu quý vị dùng một loại thuốc chúng tôi đã bao trả vào **đầu** năm, chúng tôi thường sẽ không loại bỏ hoặc thay đổi bảo hiểm của loại thuốc đó **trong thời gian còn lại của năm** trừ khi:

- trên thị trường xuất hiện một loại thuốc mới, rẻ hơn có các tác dụng giống một loại thuốc trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi hiện tại, **hoặc**

- chúng tôi biết rằng loại thuốc đó không an toàn, **hoặc**
- có một loại thuốc bị loại bỏ khỏi thị trường.

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

Để biết thêm thông tin về những việc sẽ xảy ra khi *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi thay đổi, quý vị luôn có thể:

- Kiểm tra *Danh Sách Thuốc* trực tuyến của chúng tôi tại go.wellcare.com/druglist-6 **hoặc**
- Gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số ở cuối trang để kiểm tra *Danh Sách Thuốc* hiện hành của chúng tôi.

Những thay đổi chúng tôi thực hiện đối với *Danh Sách Thuốc* ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình hiện tại

Một số thay đổi đối với *Danh Sách Thuốc* sẽ có hiệu lực ngay lập tức. Ví dụ:

Hiện đã có thuốc gốc mới. Đôi khi, trên thị trường xuất hiện một loại thuốc gốc mới hoặc thuốc tương tự sinh học có các tác dụng giống thuốc chính hiệu hoặc sản phẩm sinh học gốc trong *Danh Sách Thuốc* hiện tại. Khi việc đó xảy ra, chúng tôi có thể loại bỏ thuốc chính hiệu và bổ sung thuốc gốc mới, nhưng chi phí của quý vị cho loại thuốc mới sẽ giữ nguyên hoặc sẽ thấp hơn. Khi chúng tôi bổ sung thuốc gốc mới, chúng tôi cũng có thể quyết định giữ lại thuốc chính hiệu trong danh sách nhưng thay đổi các quy tắc hoặc giới hạn bảo hiểm của loại thuốc đó.

- Chúng tôi có thể không thông báo cho quý vị trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi này, nhưng chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông tin về thay đổi cụ thể mà chúng tôi đã thực hiện sau khi điều đó xảy ra.
- Quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu một "trường hợp ngoại lệ" từ những thay đổi này. Chúng tôi gửi cho quý vị một thông báo gồm các bước quý vị có thể thực hiện để yêu cầu trường hợp ngoại lệ. Vui lòng tham khảo **Chương 9** của *Sổ Tay Thành Viên* này để biết thêm thông tin về các trường hợp ngoại lệ.

Bỏ thuốc không an toàn và các loại thuốc khác bị ngừng lưu hành trên thị trường. Đôi khi, một loại thuốc có thể bị phát hiện là không an toàn hoặc bị thu hồi khỏi thị trường vì một lý do khác. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi có thể ngay lập tức xóa khỏi *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi. Nếu quý vị đang dùng thuốc này, chúng tôi sẽ gửi thông báo sau khi thực hiện thay đổi. Vui lòng trao đổi với người kê toa để giúp quý vị quyết định xem có loại thuốc tương tự nào trong *Danh Sách Thuốc* mà quý vị có thể sử dụng thay thế hay không.

Chúng tôi có thể thực hiện những thay đổi khác ảnh hưởng đến các loại thuốc quý vị dùng. Chúng tôi sẽ thông báo trước cho quý vị về những thay đổi khác trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi. Những thay đổi này có thể xảy ra nếu:

- FDA cung cấp hướng dẫn mới hoặc có hướng dẫn lâm sàng mới về một loại thuốc.

Khi những thay đổi này xảy ra, chúng tôi:

- Thông báo cho quý vị ít nhất 30 ngày trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi đối với *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi **hoặc**
- Thông báo cho quý vị biết và cung cấp cho quý vị lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày sau khi quý vị yêu cầu mua thêm thuốc.

Điều này cho quý vị thời gian để trao đổi với bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác. Họ có thể giúp quý vị quyết định:

- Xem có loại thuốc tương tự nào trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi mà quý vị có thể dùng thay thế **hoặc**
- Nếu quý vị nên yêu cầu ngoại lệ từ những thay đổi này để tiếp tục bao trả thuốc hoặc phiên bản thuốc mà quý vị đang dùng. Để tìm hiểu thêm về yêu cầu ngoại lệ, tham khảo **Chương 9** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

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

Chúng tôi có thể thay đổi loại thuốc mà quý vị dùng không được mô tả ở trên và hiện không ảnh hưởng đến quý vị. Đối với những thay đổi này, nếu quý vị đang dùng một loại thuốc được bao trả vào **đầu** năm, thông thường chúng tôi không loại bỏ hoặc thay đổi bảo hiểm đối với loại thuốc đó **trong thời gian còn lại của năm.**

Ví dụ: nếu chúng tôi loại bỏ một loại thuốc quý vị đang dùng, tăng khoản tiền quý vị phải thanh toán cho thuốc hoặc giới hạn sử dụng thuốc đó, thì thay đổi sẽ không ảnh hưởng đến việc sử dụng thuốc hoặc khoản tiền quý vị phải thanh toán cho loại thuốc đó trong thời gian còn lại của năm.

Nếu có bất kỳ thay đổi nào trong số này xảy ra đối với loại thuốc mà quý vị đang dùng (ngoại trừ những thay đổi được lưu ý ở phần trên), thay đổi này sẽ không ảnh hưởng đến việc sử dụng thuốc của quý vị cho đến ngày 1 tháng 1 năm sau.

Chúng tôi sẽ không trực tiếp báo cho quý vị biết về những loại thay đổi này trong năm hiện tại. 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 sẽ ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình tiếp theo hay không.

F. Bảo hiểm thuốc trong các trường hợp đặc biệt

F1. Ở bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn trong thời gian được chương trình của chúng tôi bao trả

Nếu việc quý vị nhập viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn được chương trình của chúng tôi bao trả, thì thông thường chúng tôi bao trả cho chi phí thuốc trong thời gian quý vị nằm viện. Quý vị sẽ không trả khoản đồng thanh toán. Sau khi quý vị xuất viện hoặc rời cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chúng tôi bao trả cho thuốc của quý vị với điều kiện là các loại thuốc đó đáp ứng tất cả các quy tắc về bao trả của chúng tôi.

Để tìm hiểu thêm về bảo hiểm thuốc và số tiền quý vị phải trả, tham khảo **Chương 6** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

F2. Tại một cơ sở chăm sóc dài hạn

Thông thường, cơ sở chăm sóc dài hạn, chẳng hạn như cơ sở điều dưỡng, có nhà thuốc riêng của họ hoặc nhà thuốc cung cấp thuốc cho tất cả những người đang sống tại đó. Nếu quý vị sống ở cơ sở chăm sóc dài hạn, quý vị có thể nhận thuốc thông qua nhà thuốc của cơ sở nếu nhà thuốc đó thuộc mạng lưới của chúng tôi.

Hãy kiểm tra *Danh Mục Nhà Cung Cấp Và Nhà Thuốc* của quý vị để tìm hiểu xem nhà thuốc ở cơ sở chăm sóc dài hạn của quý vị có thuộc mạng lưới của chúng tôi không. Nếu cơ sở đó không thuộc mạng lưới của chúng tôi hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin, hãy liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.

F3. Tham gia chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận

Thuốc sẽ không bao giờ được cả chương trình chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi bao trả cùng lúc.

- Quý vị có thể được ghi danh vào chương trình chăm sóc cuối đời Medicare và cần dùng một số loại thuốc (chẳng hạn như giảm đau, chống buồn nôn, nhuận tràng hoặc thuốc chống lo âu) mà chương trình chăm sóc cuối đời không bao trả vì thuốc này không liên quan đến tiên lượng cuối cùng và bệnh lý của quý vị. Trong trường hợp đó, chương trình của chúng tôi phải nhận được thông báo từ người kê toa hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị rằng thuốc đó không liên quan trước khi chúng tôi có thể bao trả thuốc.

- Để tránh tình trạng chậm trễ trong việc nhận bất kỳ loại thuốc không liên quan nào mà chương trình của chúng tôi cần bao trả, quý vị có thể yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc người kê toa của quý vị đảm bảo chúng tôi có được thông

báo rằng loại thuốc đó không liên quan trước khi quý vị yêu cầu mua toa thuốc tại nhà thuốc.

Nếu quý vị rời chương trình chăm sóc cuối đời, chương trình của chúng tôi bao trả cho tất cả thuốc của quý vị. Để tránh tình trạng chậm trễ tại nhà thuốc khi phúc lợi chăm sóc cuối đời Medicare của quý vị kết thúc, hãy mang hồ sơ đến nhà thuốc để xác minh rằng quý vị đã rời chương trình chăm sóc cuối đời.

Tham khảo các phần trước của chương này để biết về các loại thuốc mà chương trình của chúng tôi bao trả. Tham khảo **Chương 4** trong *Sổ Tay Thành Viên* này để biết thông tin về phúc lợi chăm sóc cuối đời.

G. Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc

G1. Các chương trình giúp quý vị sử dụng thuốc một cách an toàn

Mỗi lần quý vị mua thuốc theo toa, chúng tôi đều quan tâm các vấn đề có thể xảy ra, chẳng hạn như sai sót về thuốc hoặc các loại thuốc:

- có thể không cần thiết bởi vì quý vị dùng một loại thuốc tương tực khác có hiệu quả như nhau
- có thể không an toàn cho tuổi tác hoặc giới tính của quý vị
- có thể gây hại nếu quý vị dùng đồng thời
- có thành phần gây dị ứng hoặc có thể gây dị ứng cho quý vị
- có thể là lỗi về số lượng (liều lượng)
- có hàm lượng thuốc giảm đau opioid không an toàn

Nếu chúng tôi nhận thấy có vấn đề tiềm ẩn trong việc sử dụng thuốc của quý vị, chúng tôi sẽ làm việc với nhà cung cấp của quý vị nhằm khắc phục vấn đề đó.

G2. Chương trình giúp quý vị quản lý thuốc của quý vị

Chương trình của chúng tôi có một chương trình trợ giúp các thành viên có nhu cầu y tế phức tạp. Trong trường hợp như vậy, quý vị có thể hội đủ điều kiện để nhận dịch vụ miễn phí thông qua chương trình quản lý liệu pháp dược phẩm (MTM). Đây là chương trình tự nguyện được cung cấp miễn phí. Chương trình này giúp quý vị và nhà cung cấp của quý vị đảm bảo rằng các thuốc của quý vị đang có tác dụng cải thiện sức khỏe của quý vị. Nếu quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình này, dược sĩ hoặc chuyên gia sức khỏe khác sẽ cung cấp bản đánh giá tổng thể tất cả các thuốc của quý vị và trao đổi với quý vị về:

- cách nhận được nhiều lợi ích nhất từ các loại thuốc quý vị đang dùng
- bất kỳ mối lo ngại nào của quý vị, như chi phí thuốc và phản ứng thuốc
- cách tốt nhất để dùng thuốc của quý vị
- bất kỳ thắc mắc hoặc vấn đề nào gặp phải với thuốc theo toa và dược phẩm không kê toa của quý vị

Sau đó, họ sẽ cho quý vị:

- Văn bản tóm tắt về cuộc thảo luận này. Bản tóm tắt có kế hoạch hành động đối với thuốc khuyến cáo những việc quý vị có thể làm để tận dụng tối đa thuốc của quý vị.
- Danh sách thuốc cá nhân, bao gồm tất cả các thuốc quý vị đang dùng, cách dùng và thời điểm và lý do quý vị dùng các thuốc đó.
- Thông tin về cách tiêu hủy an toàn thuốc theo toa là các chất được kiểm soát.

Quý vị nên trao đổi với người kê toa về kế hoạch hành động và danh sách thuốc của mình.

- Mang theo kế hoạch hành động và danh sách thuốc của quý vị trong lần khám của quý vị hoặc bất kỳ lúc nào quý vị trao đổi với bác sĩ, dược sĩ của quý vị, và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác.
- Mang theo danh sách thuốc của quý vị nếu quý vị đến bệnh viện hoặc phòng cấp cứu.

Các chương trình MTM mang tính tự nguyện và miễn phí cho các thành viên đủ tiêu chuẩn. Nếu chúng tôi có chương trình phù hợp với nhu cầu của quý vị, chúng tôi ghi danh quý vị vào chương trình và gửi thông tin cho quý vị. Nếu quý vị không muốn tham gia chương trình, hãy cho chúng tôi biết và chúng tôi sẽ rút quý vị ra khỏi chương trình.

Nếu quý vị có thắc mắc về các chương trình này, hãy liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc điều phối viên dịch vụ chăm sóc.

G3. 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 đơn thuốc cho những loại thuốc đó từ (các) 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 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 sẽ giới hạn bảo hiểm của những thuốc này hay liệu quý vị sẽ phải mua toa thuốc cho những thuốc này từ một nhà cung cấp hoặc nhà thuốc cụ thể.

Quý vị sẽ có cơ hội cho chúng tôi biết ng hoặc nhà thuốc nào quý vị ưu tiên sử dụng và bất kỳ thông tin nào quý vị cho là quan trọng cần chúng tôi biết. 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 thể 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 phần nào trong kháng cáo của quý vị liên quan đến các giới hạn áp dụng cho việc tiếp cận các loại thuốc này của quý vị, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị đến một Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập (IRO). (Để tìm hiểu thêm về kháng cáo và IRO, tham khảo **Chương 9** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.)

DMP có thể không áp dụng cho quý vị nếu quý vị:

- mắc một số bệnh lý, chẳng hạn như ung thư hoặc bệnh hồng cầu hình liềm,
- đang nhận dịch vụ chăm sóc cuối đời, chăm sóc giảm nhẹ hoặc chăm sóc bệnh nhân bị bệnh giai đoạn cuối, **hoặc**
- sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn.

Chương 6: Số tiền quý vị phải thanh toán cho thuốc Medicare và Medi-Cal

Giới thiệu

Chương này trình bày các khoản tiền quý vị phải thanh toán cho các thuốc dành cho bệnh nhân ngoại trú của mình. Khi nhắc đến "thuốc", có nghĩa là:

- Thuốc Medicare Part D, **và**
- Các thuốc và vật dụng được bao trả theo Medi-Cal Rx, **và**
- Thuốc và vật dụng được chương trình của chúng tôi bao trả như phúc lợi bổ sung.

Vì quý vị đủ điều kiện tham gia Medi-Cal nên quý vị được nhận Trợ Giúp Bổ Sung từ Medicare để giúp chi trả cho các thuốc Medicare Part D của quý vị. Chúng tôi đã gửi cho quý vị một bản thông tin 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 này, hãy gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên và hỏi xin một bản "Điều Khoản Riêng LIS".

> **Trợ Giúp Bổ Sung** là chương trình Medicare nhằm trợ giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế giảm chi phí thuốc Medicare Part D, chẳng hạn như phí bảo hiểm, tiền khấu trừ và khoản đồng thanh toán. Trợ Giúp Bổ Sung còn được gọi là "Trợ Cấp Cho Người Có Thu Nhập Thấp" hay "LIS".

Các thuật ngữ chính khác và định nghĩa của các thuật ngữ này xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

Để tìm hiểu thêm về các loại thuốc, quý vị có thể tra cứu ở những phần sau:

- *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả* của chúng tôi.
    - Chúng tôi gọi đây là "*Danh Sách Thuốc*". Thông báo này cho quý vị biết:
        - chúng tôi thanh toán cho những loại thuốc nào
        - mỗi loại thuốc thuộc bậc nào trong số sáu bậc
        - liệu có bất cứ giới hạn nào đối với các loại thuốc đó không
    - Nếu quý vị cần bản sao của *Danh Sách Thuốc*, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Quý vị cũng có thể tìm bản sao *Danh Sách Thuốc* mới nhất trên trang web của chúng tôi tại go.wellcare.com/druglist-6.

- Hầu hết các loại thuốc quý vị nhận được từ một nhà thuốc đều được Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) bao trả. Các loại thuốc khác, như một số thuốc không kê toa (OTC) và vitamin, có thể được Medi-Cal Rx bao trả. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi cho Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng Medi-Cal Rx theo số 800-977-2273. Vui lòng mang theo Thẻ Định Danh Người Thụ Hưởng (BIC) Medi-Cal khi nhận toa thuốc qua Medi-Cal Rx.

- **Chương 5** của *Sổ Tay Thành Viên* này.
  - Chương này trình bày cách nhận thuốc điều trị ngoại trú thông qua chương trình của chúng tôi.
  - Chương này cũng bao gồm các quy tắc mà quý vị cần tuân thủ. Đồng thời cho biết loại thuốc mà chương trình của chúng tôi không bao trả.
  - Khi quý vị sử dụng "Công Cụ Phúc Lợi Theo Thời Gian Thực" của chương trình để tra cứu bảo hiểm thuốc (tham khảo **Chương 5**, **Phần B2**), chi phí hiển thị là ước tính chi phí tự trả mà quý vị dự kiến phải trả. Quý vị có thể gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để biết thêm thông tin.

- *Danh Mục Nhà Cung Cấp Và Nhà Thuốc* của chúng tôi.
  - Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới để nhận các thuốc được bao trả của quý vị. Các nhà thuốc trong mạng lưới là các nhà thuốc đồng ý phối hợp với chúng tôi.
  - *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* liệt kê các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. Tham khảo **Chương 5** trong *Sổ Tay Thành Viên* này để biết thêm thông tin về các nhà thuốc trong mạng lưới.

Mục Lục

A. *Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm* (EOB)..... 196

B. Cách thức theo dõi chi phí thuốc của quý vị..... 197

B1. Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị phát hiện sai sót trong bản tóm tắt này?..... 199

B2. Còn gian lận thì sao?..... 199

C. Giai Đoạn Thanh Toán Tiền Thuốc đối với thuốc Medicare Part D..... 200

D. Giai đoạn 1: Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu..... 200

D1. Các lựa chọn nhà thuốc 201
D2. Nhận lượng thuốc dài hạn....201
D3. Các khoản tiền quý vị phải thanh toán 201
D4. Kết thúc Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu 204
E. Giai đoạn 2 Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương 204
F. Chi phí thuốc của quý vị nếu bác sĩ kê toa lượng thuốc ít hơn lượng thuốc đủ dùng trong cả tháng 204
G. Số tiền quý vị thanh toán cho vắc-xin Phần D 205
G1. Những điều cần biết trước khi tiêm vắc-xin 205
G2. Số tiền trả cho một loại vắc-xin được Medicare Part D bao trả 206

A. *Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm* (EOB)

Chương trình của chúng tôi theo dõi chi phí thuốc của quý vị và các khoản thanh toán quý vị thực hiện khi lấy thuốc theo toa tại nhà thuốc. Chúng tôi theo dõi hai loại chi phí:

- **Chi phí tự trả** của quý vị. Đây là số tiền mà quý vị hoặc những người khác thay mặt cho quý vị, thanh toán cho thuốc theo toa của quý vị. 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, 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, Indian Health Service, 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** của quý vị. Đây là tổng số tiền quý vị phải 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 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.

Khi quý vị nhận được thuốc của mình thông qua chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản tóm tắt được gọi là *Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm (EOB)*. Chúng tôi gọi tắt là EOB. EOB không phải là hóa đơn. EOB có thêm thông tin về các loại thuốc quý vị dùng như thuốc tăng giá và các thuốc khác có mức chia sẻ chi phí thấp hơn có thể có sẵn. Quý vị có thể trao đổi với người kê toa về các tùy chọn chi phí thấp hơn khác. EOB bao gồm:

- **Thông tin cho tháng đó**. Bản tóm tắt cho biết quý vị đã nhận thuốc nào trong tháng trước. Đồng thời cho biết tổng chi phí thuốc, số tiền chúng tôi đã thanh toán và số tiền quý vị và người khác thanh toán hộ quý vị.
- **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**. Tức là tổng giá thuốc và các thay đổi về giá thuốc kể từ lần lấy thuốc đầu tiên cho mỗi yêu cầu bảo hiểm thuốc theo toa có cùng số lượng.
- **Các lựa chọn thay thế giá thấp hơn**. Cung cấp 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.

Chúng tôi cung cấp bảo hiểm cho thuốc không được bao trả theo Medicare.

- Số tiền đã trả cho những loại thuốc này không được tính vào tổng chi phí tự trả của quý vị.
- Hầu hết các loại thuốc mà quý vị mua từ nhà thuốc đều được chương trình bao trả. Các loại thuốc khác, như một số thuốc không kê toa (OTC) và vitamin, có thể được Medi-Cal Rx bao trả. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi cho trung tâm dịch vụ khách hàng Medi-Cal theo số 800-977-2273. Vui lòng mang theo thẻ định danh người thụ hưởng (BIC) Medi-Cal khi nhận toa thuốc qua Medi-Cal Rx.
- Để tìm hiểu về các loại thuốc nào được chương trình của chúng tôi bao trả, tham khảo *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi.

B. Cách thức theo dõi chi phí thuốc của quý vị

Để theo dõi chi phí thuốc của quý vị và các khoản thanh toán mà quý vị thực hiện, chúng tôi sử dụng các hồ sơ mà chúng tôi nhận được từ quý vị và nhà thuốc của quý vị. Dưới đây là cách thức quý vị có thể giúp đỡ chúng tôi:

1. **Sử dụng Thẻ ID Thành Viên của quý vị.**

   Trình Thẻ ID Thành Viên của quý vị mỗi khi quý vị mua thuốc theo toa. Việc này giúp chúng tôi biết được quý vị mua thuốc theo toa nào và số tiền quý vị thanh toán.

2. Hãy đảm bảo chúng tôi nhận được thông tin cần thiết.

Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho loại thuốc đó. Gửi yêu cầu thanh toán của quý vị cùng với bất kỳ hóa đơn hoặc biên lai nào qua đường bưu điện theo địa chỉ này:

Địa chỉ Yêu Cầu Thanh Toán Nhà Thuốc:
Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)
Wellcare Medicare Part D Claims
Attn: Member Reimbursement Department
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

Dưới đây là một số ví dụ về thời điểm mà quý vị cần cung cấp cho chúng tôi bản sao các biên lai:

- Khi quý vị mua thuốc được bao trả tại nhà thuốc trong mạng lưới với giá đặc biệt hoặc sử dụng thẻ chiết khấu không thuộc phúc lợi của chương trình chúng tôi.
- Khi quý vị trả khoản đồng thanh toán cho các loại thuốc mà quý vị nhận được theo chương trình hỗ trợ bệnh nhân của nhà sản xuất thuốc.
- Khi quý vị mua các thuốc được bao trả tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới.
- Khi quý vị thanh toán nguyên giá cho một loại thuốc được bao trả trong một số tình huống đặc biệt.

Để biết thêm thông tin về việc yêu cầu chúng tôi hoàn lại phần chia sẻ chi phí thuốc cho quý vị, tham khảo **Chương 7** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

3. 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 từ Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Tiểu Bang, chương trình hỗ trợ thuốc AIDS (ADAP), Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Người Mỹ Bản Xứ và hầu hết các tổ chức từ thiện đều được tính vào chi phí tự trả của quý vị. Điều này có thể giúp quý vị đủ tiêu chuẩn đối với bảo hiểm tai ương. Khi quý vị đạt đến Giai đoạn bảo hiểm tai ương, chương trình của chúng tôi thanh toán toàn bộ các chi phí cho các thuốc Medicare Part D của quý vị trong thời gian còn lại của năm.

4. Kiểm tra EOB chúng tôi gửi cho quý vị.

Khi quý vị nhận EOB qua đường bưu điện, hãy đảm bảo bảng giải thích này đầy đủ và chính xác.

- **Quý vị có nhận ra tên của mỗi nhà thuốc không?** Kiểm tra ngày tháng. Ngày hôm đó quý vị có nhận thuốc không?
- **Quý vị có nhận thuốc được liệt kê không?** Thuốc có khớp với những thông tin được liệt kê trên biên lai của quý vị không? Thuốc có khớp với loại thuốc mà bác sĩ của quý vị đã kê toa không?

B1. Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị phát hiện sai sót trong bản tóm tắt này?

Nếu có nội dung nào gây khó hiểu hoặc có vẻ không đúng trong EOB này, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP).

B2. Còn gian lận thì sao?

Nếu bản tóm tắt này cho thấy thuốc mà quý vị không dùng hoặc bất kỳ nội dung nào khác có vẻ đáng ngờ, vui lòng liên hệ với chúng tôi.

- Hãy gọi cho chúng tôi theo số Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP).
- Hoặc gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi miễn phí đến số này.
- Nếu quý vị nghi ngờ một nhà cung cấp của Medi-Cal đã gian lận, lãng phí hoặc lạm dụng, quý vị có quyền báo cáo thông tin đó bằng cách gọi đến số điện thoại miễn phí bảo mật 1- 800-822-6222. Quý vị có thể tìm các phương pháp báo cáo gian lận Medi-Cal khác tại địa chỉ: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Nếu quý vị cho rằng có thông tin sai hoặc thiếu, hoặc nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. **Thay vì nhận một bản Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm Phần D (EOB Phần D) qua thư, giờ đây, quý vị có lựa chọn nhận bản điện tử.** Quý vị có thể yêu cầu bản này bằng cách truy cập express-scripts.com/rx. Nếu quý vị chọn đăng ký, quý vị sẽ nhận được email khi có EOB 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. Các bản EOB Phần D không dùng giấy là các bản (hình ảnh) chính xác của bản in EOB Phần D. Giữ lại các EOB này. Đây là hồ sơ quan trọng chứng minh về chi phí thuốc của quý vị.

C. Giai Đoạn Thanh Toán Tiền Thuốc đối với thuốc Medicare Part D

Có hai giai đoạn thanh toán cho bảo hiểm thuốc Medicare Part D của quý vị theo chương trình. Số tiền quý vị phải trả cho mỗi toa thuốc phụ thuộc vào mức nhận Trợ Giúp Bổ Sung của quý vị và việc quý vị đang ở giai đoạn nào khi mua hoặc mua thêm thuốc theo toa. Có hai giai đoạn:

Giai đoạn 1: Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu	Giai đoạn 2: Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương
Trong giai đoạn này, chúng tôi thanh toán một phần chi phí thuốc của quý vị và quý vị thanh toán phần của quý vị. Phần thanh toán của quý vị được gọi là khoản đồng thanh toán. Quý vị bắt đầu giai đoạn này khi quý vị mua thuốc theo toa đầu tiên trong năm.	Trong giai đoạn này, chúng tôi thanh toán toàn bộ chi phí thuốc của quý vị đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2027. Quý vị bắt đầu giai đoạn này khi quý vị đã thanh toán một khoản chi phí tự trả nhất định.

D. Giai đoạn 1: Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu

Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu, chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí cho các loại thuốc được bao trả của quý vị và quý vị thanh toán phần của mình. Phần thanh toán của quý vị được gọi là khoản đồng thanh toán. Khoản đồng thanh toán phụ thuộc vào bậc chia sẻ chi phí của loại thuốc đó và nơi quý vị mua thuốc.

Các bậc chia sẻ chi phí là các nhóm thuốc có cùng khoản đồng thanh toán. 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, số bậc càng cao, khoản đồng thanh toán càng cao. Để tìm bậc chia sẻ chi phí cho thuốc của quý vị, tham khảo *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi.

- 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.
- 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.

D1. Các lựa chọn nhà thuốc

Số tiền quý vị thanh toán cho một loại thuốc tùy thuộc vào việc quý vị nhận thuốc từ:

- Nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới **hoặc**
- 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.
- Nhà thuốc ngoài mạng lưới. Trong một số ít trường hợp, chúng tôi cũng bao trả các thuốc theo toa được mua tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới. Tham khảo **Chương 5** trong *Sổ Tay Thành Viên* này để tìm hiểu khi nào chúng tôi làm vậy.
- Nhà thuốc đặt mua qua bưu điện của chương trình chúng tôi.

Để tìm hiểu thêm về các lựa chọn này, tham khảo **Chương 5** trong *Sổ Tay Thành Viên* này và *Danh Mục Nhà Cung Cấp Và Nhà Thuốc* của chúng tôi.

D2. Nhận lượng thuốc dài hạn

Đối với một số loại thuốc, quý vị có thể mua lượng thuốc dài hạn (còn được gọi là “lượng thuốc dùng kéo dài”) khi mua toa thuốc. Lượng thuốc dùng dài hạn là lượng thuốc đủ dùng trong 100 ngày. Lượng thuốc này có chi phí bằng với chi phí cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng.

Để biết thông tin chi tiết về địa điểm và cách nhận lượng thuốc dài hạn, tham khảo **Chương 5** trong *Sổ Tay Thành Viên* này hoặc *Danh Mục Nhà Cung Cấp Và Nhà Thuốc* của chúng tôi.

D3. Các khoản tiền quý vị phải thanh toán

Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu, quý vị có thể thanh toán khoản đồng thanh toán mỗi khi mua thuốc theo toa. Nếu chi phí thuốc được bao trả ít hơn khoản đồng thanh toán, thì quý vị sẽ được thanh toán mức giá thấp hơn.

Quý vị có thể liên lạc với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để tìm hiểu xem khoản đồng thanh toán của quý vị là bao nhiêu đối với bất kỳ loại thuốc được bao trả nào.

Phần chia sẻ chi phí của quý vị khi nhận lượng thuốc được bao trả đủ dùng trong một tháng hoặc dài hạn từ:

	Một nhà thuốc trong mạng lưới tiêu chuẩn hoặc ưu tiên **Lượng thuốc đủ dùng trong một tháng hoặc tối đa 30 ngày**	**Nhà thuốc chăm sóc dài hạn trong mạng lưới** **Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 31 ngày**	**Nhà thuốc ngoài mạng lưới** **Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày.** **Bảo hiểm được giới hạn cho một số trường hợp. Tham khảo Chương 5 trong Sổ Tay Thành Viên này để biết chi tiết.**	**Dịch vụ đặt mua qua bưu điện tiêu chuẩn và ưu tiên của chương trình chúng tôi** **Lượng thuốc đủ dùng trong một tháng hoặc tối đa 34 ngày.**
Chia Sẻ Chi Phí Bậc 1 (Thuốc Gốc) **Chia Sẻ Chi Phí Bậc 2** (Thuốc Chính Hiệu Ưu Tiên) **Chia Sẻ Chi Phí Bậc 3** (Thuốc Không Được Ưu Tiên) **Chia Sẻ Chi Phí Bậc 4** (Thuốc Tiêm)	**Đối với Bậc chia sẻ chi phí 1-5:** Khoản đồng thanh toán cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng cho tất cả các loại thuốc có thể thay đổi tùy theo mức độ Trợ Giúp Bổ Sung của quý vị: <u>Đối với các thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được coi như thuốc gốc), quý vị trả:</u> • đồng thanh toán $0 hoặc • đồng thanh toán $1.65 hoặc • đồng thanh toán $5.80 cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng <u>Đối với tất cả các loại thuốc được bao trả khác, quý vị có thể:</u> • đồng thanh toán $0 hoặc • đồng thanh toán $5 hoặc • đồng thanh toán $14.40 cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng			**Đối với tất cả các bậc chia sẻ chi phí:** Không áp dụng dịch vụ đặt mua qua bưu điện đối với lượng thuốc đủ dùng trong một tháng (từ 34 ngày trở xuống) đối với thuốc ở tất cả các bậc.

	Một nhà thuốc trong mạng lưới tiêu chuẩn hoặc ưu tiên **Lượng thuốc đủ dùng trong một tháng hoặc tối đa 30 ngày**	**Nhà thuốc chăm sóc dài hạn trong mạng lưới** **Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 31 ngày**	**Nhà thuốc ngoài mạng lưới** **Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày.** **Bảo hiểm được giới hạn cho một số trường hợp. Tham khảo Chương 5 trong Sổ Tay Thành Viên này để biết chi tiết.**	**Dịch vụ đặt mua qua bưu điện tiêu chuẩn và ưu tiên của chương trình chúng tôi** **Lượng thuốc đủ dùng trong một tháng hoặc tối đa 34 ngày.**
Chia Sẻ Chi Phí Bậc 5 (Bậc Đặc Trị) Giới hạn ở lượng cấp cho 30 ngày mỗi lần mua.	Trợ Giúp Bổ Sung là một chương trình giúp quý vị trả tiền thuốc. Chúng tôi đã gửi cho quý vị một tài liệu riêng biệt, được gọi là Điều Khoản Riêng của Chứng Thực Bảo Hiểm Cho Những Người Nhận Trợ Giúp Bổ Sung Để Trả Tiền Thuốc Theo Toa, cho biết về chi phí thuốc của quý vị. Nếu quý vị được hưởng Trợ Giúp Bổ Sung nhưng không nhận được tài liệu này, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số hiển thị ở cuối trang và yêu cầu cấp Điều Khoản Riêng LIS.			
Chia Sẻ Chi Phí Bậc 6 (Thuốc Chọn Lọc Dành Cho Dịch Vụ Chăm Sóc)	$0 khoản đồng thanh toán	$0 khoản đồng thanh toán	$0 khoản đồng thanh toán	Không áp dụng dịch vụ đặt mua qua bưu điện đối với lượng thuốc đủ dùng trong một tháng (từ 34 ngày trở xuống)

Để biết thông tin về các nhà thuốc có thể cung cấp cho quý vị các lượng thuốc dài hạn, tham khảo *Danh Mục Nhà Cung Cấp Và Nhà Thuốc* của chúng tôi.

D4. Kết thúc Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu

Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu kết thúc khi tổng chi phí tự trả của quý vị đạt $2,400. Tại thời điểm đó, Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương bắt đầu. Chúng tôi bao trả cho toàn bộ các chi phí thuốc của quý vị từ thời điểm đó đến tận cuối năm.

Chúng tôi cung cấp thêm thuốc thường không được bao trả trong Chương Trình Thuốc Medicare. Số tiền đã trả cho những loại thuốc này không được tính vào chi phí tự trả của quý vị.

EOB sẽ giúp quý vị theo dõi số tiền quý vị đã thanh toán cho các loại thuốc trong cả năm. Chúng tôi sẽ thông báo nếu quý vị đạt mức giới hạn $2,400. Nhiều người không đạt mức giới hạn này trong một năm.

E. Giai đoạn 2 Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương

Khi quý vị đạt mức giới hạn tự trả là $2,400 cho các thuốc của mình, Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương sẽ bắt đầu. Quý vị sẽ nằm trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương cho đến cuối năm theo lịch. Trong giai đoạn này, quý vị không phải thanh toán cho các loại thuốc được bao trả theo Phần D.

F. Chi phí thuốc của quý vị nếu bác sĩ kê toa lượng thuốc ít hơn lượng thuốc đủ dùng trong cả tháng

Thông thường, quý vị trả khoản đồng thanh toán để bao trả cho lượng thuốc được bao trả đủ dùng cho cả tháng. Tuy nhiên, bác sĩ của quý vị có thể kê toa lượng thuốc ít hơn lượng thuốc đủ dùng trong một tháng.

- Có thể có những thời điểm quý vị muốn yêu cầu bác sĩ của mình kê toa lượng thuốc ít hơn lượng đủ dùng trong một tháng (ví dụ như khi quý vị mới dùng thuốc này lần đầu tiên).
- Nếu bác sĩ của quý vị đồng ý, quý vị sẽ không phải thanh toán cho lượng thuốc đủ dùng trong cả tháng đối với một số loại thuốc nhất định.

Khi quý vị nhận được lượng thuốc ít hơn lượng thuốc đủ dùng trong một tháng, thì khoản tiền quý vị thanh toán dựa trên số ngày dùng thuốc nhận được. 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.

- Ví dụ như sau: Giả sử khoản đồng thanh toán cho lượng thuốc đủ dùng cho cả tháng (lượng đủ dùng trong 30 ngày) của quý vị là $1.65. Điều này có nghĩa là số tiền quý vị trả cho thuốc của mình là dưới $0.06 mỗi ngày. Nếu quý vị nhận được lượng thuốc đủ dùng trong bảy ngày, khoản thanh toán của quý vị sẽ là ít hơn $0.06 mỗi ngày nhân với bảy ngày, được tổng số tiền thanh toán là ít hơn $0.39.
- Khoản chia sẻ chi phí hàng ngày cho phép quý vị đảm bảo thuốc có hiệu quả trước khi quý vị phải thanh toán cho lượng thuốc đủ dùng trong cả tháng.
- Quý vị cũng có thể yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ của mình kê toa một loại thuốc ít hơn so với lượng thuốc đủ dùng trong cả tháng để giúp quý vị:
  - Có kế hoạch tốt hơn khi mua thêm thuốc
  - Kết hợp mua thêm thuốc cùng với các loại thuốc khác để quý vị có thể giảm số lần đến nhà thuốc

G. 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 Medicare Part B. Các vắc-xin khác được coi là thuốc Medicare Part D. Quý vị có thể tìm thấy các loại vắc-xin này được nêu trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi. Chương trình của chúng tôi bao trả hầu hết các vắc-xin Medicare Part D cho người lớn miễn phí cho quý vị. Tham khảo *Danh Sách Thuốc* của chương trình chúng tôi hoặc liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để biết thông tin chi tiết về bảo hiểm và chia sẻ chi phí đối với các loại vắc-xin cụ thể.

Bảo hiểm vắc-xin Medicare Part D của chúng tôi bao gồm hai phần:

1. Phần thứ nhất là cho chi phí của **chính vắc-xin**.
2. Phần thứ hai là cho chi phí **tiêm vắc-xin cho quý vị**. Ví dụ, đôi khi quý vị có thể được bác sĩ của mình tiêm vắc-xin.

G1. Những điều cần biết trước khi tiêm vắc-xin

Chúng tôi khuyến khích quý vị gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên nếu có kế hoạch tiêm vắc-xin.

- Chúng tôi có thể cho biết về cách chương trình của chúng tôi bao trả cho vắc-xin của quý vị và giải thích phần chia sẻ chi phí của quý vị.

G2. Số tiền trả cho một loại vắc-xin được Medicare Part D bao trả

Số tiền quý vị thanh toán cho vắc-xin phụ thuộc vào loại vắc -xin (quý vị đang được tiêm vắc-xin cho bệnh nào).

- Một số loại vắc-xin được coi là quyền lợi y tế chứ không phải thuốc. Những vắc-xin này được bao trả miễn phí cho quý vị. Để tìm hiểu về bảo hiểm cho các loại vắc-xin này, tham khảo Bảng Phúc Lợi ở **Chương 4** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.
- Các loại vắc-xin khác được coi là thuốc Medicare Part D. Quý vị có thể tìm thấy các loại vắc-xin này trong *Danh Sách Thuốc* của chương trình. Quý vị có thể phải đồng thanh toán cho các vắc-xin Medicare Part D. Nếu vắc-xin được một tổ chức gọi là **Ủy Ban Cố Vấn Về Thực Hành Tiêm Chủng (ACIP)** khuyến cáo cho người lớn thì quý vị sẽ được miễn phí khi tiêm vắc-xin đó.

Dưới đây là ba cách phổ biến mà quý vị có thể nhận được vắc-xin Medicare Part D.

1. Quý vị sẽ được vắc-xin Medicare Part D và tiêm ở một nhà thuốc trong mạng lưới.
   - Đối với hầu hết các loại vắc-xin Phần D cho người lớn, quý vị sẽ được miễn phí.
   - Đối với vắc-xin Phần D khác, quý vị sẽ đồng thanh toán cho vắc-xin.
2. Quý vị tiêm vắc-xin Medicare Part D tại văn phòng bác sĩ và bác sĩ sẽ tiêm cho quý vị.
   - Quý vị sẽ trả một khoản đồng thanh toán cho bác sĩ tiêm vắc-xin.
   - Chương trình của chúng tôi thanh toán chi phí tiêm phòng cho quý vị.
   - Văn phòng bác sĩ cần gọi cho chương trình của chúng tôi trong trường hợp này, như vậy chúng tôi có thể đảm bảo rằng họ biết quý vị chỉ phải thanh toán một khoản đồng thanh toán cho vắc-xin.
3. Quý vị chỉ nhận thuốc tiêm vắc-xin Medicare Part D tại nhà thuốc và mang đến văn phòng bác sĩ của quý vị để được tiêm.
   - Đối với hầu hết các loại vắc-xin Phần D cho người lớn, quý vị sẽ không phải trả khoản phí nào cho loại vắc-xin đó.
   - Đối với vắc-xin Phần D khác, quý vị sẽ đồng thanh toán cho vắc-xin.
   - Chương trình của chúng tôi thanh toán chi phí tiêm phòng cho quý vị.

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

Giới thiệu

Chương này cho quý vị biết cách thức và thời điểm gửi hóa đơn cho chúng tôi để yêu cầu thanh toán. Đồng thời cho quý vị biết cách nộp đơn kháng cáo nếu quý vị không đồng ý với quyết định bao trả. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của các thuật ngữ này xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

Mục Lục

A. Yêu cầu chúng tôi chi trả cho các dịch vụ hoặc thuốc của quý vị 208

B. Gửi yêu cầu thanh toán cho chúng tôi 212

C. Quyết định bao trả 213

D. Kháng cáo 214

A. Yêu cầu chúng tôi chi trả cho các dịch vụ hoặc thuốc của quý vị

Các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi phải lập hóa đơn cho chương trình đối với các dịch vụ và thuốc được bao trả mà quý vị đã nhận. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp làm việc với chương trình sức khỏe.

Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) tính tiền quý vị cho các dịch vụ hoặc thuốc này. Chúng tôi thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp của chúng tôi và chúng tôi bảo vệ quý vị khỏi bị tính bất kì chi phí nào.

Nếu quý vị nhận được hóa đơn yêu cầu chi trả toàn bộ dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc, vui lòng không thanh toán hóa đơn và gửi hóa đơn này cho chúng tôi. Để gửi hóa đơn cho chúng tôi, tham khảo **Phần B** trong chương này.

- Nếu chúng tôi bao trả cho dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.
- Nếu chúng tôi bao trả cho dịch vụ hoặc thuốc mà quý vị đã thanh toán nhiều hơn phần chia sẻ chi phí của mình, quý vị có quyền được thanh toán lại.
    - Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ được Medicare bao trả, chúng tôi sẽ trả lại cho quý vị.
- Nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ Medi-Cal đã nhận, quý vị có thể được hoàn tiền (thanh toán lại) nếu quý vị đáp ứng tất cả các điều kiện sau:
    - Dịch vụ quý vị nhận là dịch vụ được Medi-Cal bao trả và chúng tôi chịu trách nhiệm thanh toán. Chúng tôi sẽ không bồi hoàn cho quý vị một dịch vụ không được Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) bao trả.
    - Quý vị đã nhận được dịch vụ được bao trả sau khi trở thành thành viên Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) đủ điều kiện.
    - Quý vị yêu cầu trả tiền lại trong vòng một năm kể từ ngày quý vị nhận dịch vụ được bao trả.
    - Quý vị cung cấp bằng chứng cho thấy quý vị đã thanh toán cho dịch vụ được bao trả, chẳng hạn như biên lai chi tiết từ nhà cung cấp.
    - Quý vị đã nhận dịch vụ được bao trả từ nhà cung cấp dịch vụ Medi-Cal có đăng ký tham gia mạng lưới của Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Quý vị không cần phải đáp ứng điều kiện này nếu nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu, kế

hoạch hóa gia đình hoặc dịch vụ khác mà Medi-Cal cho phép các nhà cung cấp ngoài mạng lưới thực hiện mà không cần phê duyệt trước (sự chấp thuận trước).

- Nếu dịch vụ được bao trả thường yêu cầu phê duyệt trước (sự chấp thuận trước), quý vị cần cung cấp bằng chứng từ nhà cung cấp cho thấy dịch vụ được bao trả là cần thiết về mặt y tế.

- Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sẽ cho biết liệu họ có hoàn tiền cho quý vị trong thư có tiêu đề Thông Báo Hành Động. Nếu quý vị đáp ứng tất cả các điều kiện trên, nhà cung cấp dịch vụ có đăng ký Medi-Cal phải trả lại toàn bộ số tiền quý vị đã trả. Nếu nhà cung cấp từ chối hoàn lại tiền cho quý vị, Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sẽ trả lại toàn bộ số tiền quý vị đã trả. Chúng tôi sẽ hoàn tiền cho quý vị trong vòng 45 ngày làm việc kể từ khi nhận được yêu cầu bồi thường. Nếu nhà cung cấp có đăng ký Medi-Cal, nhưng không thuộc mạng lưới của chúng tôi và từ chối trả tiền lại cho quý vị, Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sẽ trả tiền lại cho quý vị, nhưng chỉ đến mức số tiền FFS Medi-Cal sẽ trả. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sẽ trả lại toàn bộ số tiền tự trả cho các dịch vụ cấp cứu, dịch vụ kế hoạch hóa gia đình hoặc dịch vụ khác mà Medi-Cal cho phép các nhà cung cấp ngoài mạng lưới cung cấp mà không cần phê duyệt trước. Nếu quý vị không đáp ứng một trong các điều kiện trên, chúng tôi sẽ không trả lại tiền cho quý vị.

- Chúng tôi sẽ không trả lại tiền cho quý vị nếu:

  - Quý vị đã yêu cầu và nhận các dịch vụ không được Medi-Cal bao trả, chẳng hạn như dịch vụ thẩm mỹ.

  - Dịch vụ này không phải là dịch vụ được bao trả đối với Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP).

  - Quý vị đến khám bác sĩ không đăng ký Medi-Cal và đã ký mẫu đơn nói rằng quý vị vẫn muốn được khám và sẽ tự trả tiền cho các dịch vụ này.

- Nếu chúng tôi không bao trả cho dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ báo cho quý vị biết.

Vui lòng liên lạc với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào. Nếu quý vị không biết số tiền đáng lẽ mình cần thanh toán hoặc quý vị nhận được hóa đơn và không biết phải làm gì với hóa đơn đó, chúng tôi có thể trợ giúp. Quý vị cũng có thể gọi nếu muốn cho chúng tôi biết thông tin về yêu cầu thanh toán mà quý vị đã gửi cho chúng tôi.

Ví dụ về các thời điểm mà quý vị có thể cần yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị hoặc thanh toán hóa đơn mà quý vị đã nhận được bao gồm:

1. Khi quý vị được cấp cứu hoặc nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết khẩn cấp từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới

Yêu cầu nhà cung cấp gửi hóa đơn cho chúng tôi.

- Khi quý vị được cấp cứu hoặc nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết khẩn cấp từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Gửi cho chúng tôi hóa đơn và bằng chứng về bất cứ khoản thanh toán nào 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 và bằng chứng về bất cứ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện.
    - Nếu nhà cung cấp cần được thanh toán, chúng tôi chi trả trực tiếp cho nhà cung cấp.
    - Nếu quý vị đã trả tiền quá phần chia sẻ chi phí cho các dịch vụ Medicare, 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 nhà cung cấp trong mạng lưới gửi cho quý vị một hóa đơn

Các nhà cung cấp trong mạng lưới phải luôn tính hóa đơn cho chúng tôi. Điều quan trọng là phải xuất trình Thẻ ID Thành Viên khi quý vị nhận bất kỳ dịch vụ hoặc đơn thuốc nào; tuy nhiên, đôi khi nhà cung cấp trong mạng lưới nhầm lẫn và yêu cầu quý vị trả tiền dịch vụ hoặc trả nhiều hơn phần chi phí của quý vị. **Gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên** theo số ở cuối trang này **nếu quý vị nhận hóa đơn bất kỳ.**

- Là thành viên của chương trình, quý vị chỉ đồng thanh toán khi nhận dịch vụ mà chúng tôi bao trả. Chúng tôi không cho phép nhà cung cấp dịch vụ tính hóa đơn cho quý vị nhiều hơn khoản tiền này. Điều này áp dụng kể cả khi chúng tôi thanh toán cho nhà cung cấp ít hơn số tiền mà nhà cung cấp tính phí cho một dịch vụ. Ngay cả nếu chúng tôi quyết định không thanh toán một số khoản phí, quý vị vẫn không phải trả các khoản phí đó.
- Bất cứ khi nào quý vị nhận được một hóa đơn từ một nhà cung cấp trong mạng lưới mà quý vị nghĩ là nhiều hơn mức quý vị phải trả, gửi cho chúng tôi hóa đơn này. Chúng tôi sẽ liên lạc trực tiếp với nhà cung cấp và giải quyết vấn đề đó.
- Nếu quý vị đã thanh toán hóa đơn từ nhà cung cấp trong mạng lưới cho dịch vụ được Medicare bao trả nhưng cảm thấy mình đã phải trả quá nhiều, hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn đó cùng với chứng từ của bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã chi trả.

Chúng tôi sẽ hoàn lại tiền cho dịch vụ được bao trả của quý vị **hoặc** khoản chênh lệch giữa số tiền quý vị đã thanh toán và số tiền quý vị bị 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 quý vị trong chương trình có thể có hiệu lực từ trước đó. (Điều này có nghĩa là ngày đầu tiên ghi danh của quý vị đã qua. Thậm chí có thể là vào năm trước).

- Nếu quý vị đã ghi danh từ trước và thanh toán hóa đơn sau ngày ghi danh, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị.
- Gửi cho chúng tôi hóa đơn và bằng chứng về bất cứ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện.

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

Nếu quý vị sử dụng nhà thuốc ngoài mạng lưới, quý vị thanh toán toàn bộ chi phí cho toa thuốc của mình.

- Chúng tôi chỉ bao trả cho thuốc theo toa được mua tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới trong một số ít trường hợp. Hãy gửi cho chúng tôi bản sao biên lai của quý vị khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại phần chia sẻ chi phí cho quý vị.
- Tham khảo **Chương 5** trong *Sổ Tay Thành Viên* này để tìm hiểu thêm về nhà thuốc ngoài mạng lưới.
- 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 phải trả toàn bộ chi phí cho một toa thuốc Medicare Part D vì không mang theo Thẻ ID Thành Viên

Nếu không mang theo Thẻ ID Thành Viên, quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc gọi cho chúng tôi hoặc tra thông tin ghi danh tham gia chương trình của quý vị.

- Nếu nhà thuốc không tìm được thông tin ngay lập tức, quý vị có thể phải tự thanh toán toàn bộ chi phí thuốc theo toa hoặc mang Thẻ ID Thành Viên trở lại nhà thuốc.
- Hãy gửi cho chúng tôi bản sao biên lai của quý vị khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại phần chia sẻ chi phí cho quý vị.

- 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 thuốc theo toa Medicare Part D cho loại thuốc không được bao trả

Quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí cho toa thuốc vì thuốc đó không được bao trả.

- Loại thuốc đó có thể không nằm trong *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả* (*Danh Sách Thuốc*) của chúng tôi trên trang web hoặc thuốc đó có thể có yêu cầu hoặc hạn chế mà quý vị không biết hoặc cho rằng không áp dụng với mình. Nếu quý vị quyết định nhận loại thuốc đó, quý vị có thể cần phải thanh toán toàn bộ chi phí.
    - Nếu quý vị không thanh toán cho loại thuốc đó nhưng cho rằng chúng tôi cần bao trả thuốc đó, quý vị có thể yêu cầu quyết định bao trả (tham khảo **Chương 9** trong *Sổ Tay Thành Viên* này).
    - Nếu quý vị và bác sĩ hoặc người kê toa khác cho rằng quý vị cần loại thuốc đó ngay, (trong vòng 24 giờ), quý vị có thể yêu cầu một quyết định nhanh về bảo hiểm (tham khảo **Chương 9** trong *Sổ Tay Thành Viên* này).
- Hãy gửi cho chúng tôi bản sao biên lai của quý vị khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể cần thêm thông tin từ bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác để có thể hoàn lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho loại thuốc đó. Chúng tôi có thể không hoàn lại toàn bộ chi phí quý vị đã chi trả nếu giá tiền quý vị chi trả cao hơn mức giá chúng tôi đã thương lượng cho toa thuốc.

Khi quý vị gửi cho chúng tôi yêu cầu thanh toán, chúng tôi xem xét yêu cầu và quyết định liệu dịch vụ hoặc thuốc đó có nên 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. Để tìm hiểu về cách nộp đơn kháng cáo, tham khảo **Chương 9** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

B. Gửi yêu cầu thanh toán cho chúng tôi

Gửi hóa đơn và bằng chứng cho chúng tôi bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện cho dịch vụ Medicare. Bằng chứng thanh toán có thể là bản sao tờ séc mà quý vị đã ghi hoặc

biên lai từ nhà cung cấp. **Quý vị nên tạo bản sao hóa đơn và biên lai để lưu hồ sơ.** Quý vị có thể yêu cầu điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị giúp đỡ. Quý vị phải gửi thông tin cho chúng tôi trong vòng 365 ngày (đối với các yêu cầu bồi thường y tế và thuốc không thuộc Phần D) hoặc ba năm (đối với các yêu cầu bồi thường thuốc Phần D) kể từ ngày nhận được dịch vụ, vật phẩm hoặc thuốc.

Để đảm bảo quý vị gửi cho chúng tôi tất cả các thông tin chúng tôi cần để quyết định, quý vị có thể điền giấy yêu cầu bồi thường của chúng tôi để yêu cầu thanh toán.

- Quý vị không nhất thiết phải sử dụng mẫu đơn này, nhưng mẫu đơn này sẽ giúp chúng tôi xử lý thông tin nhanh hơn.
- Quý vị có thể lấy mẫu đơn này trên trang web của chúng tôi (go.wellcare.com/HealthNetCA) hoặc quý vị có thể gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên và yêu cầu mẫu đơn.

Gửi yêu cầu thanh toán của quý vị cùng với bất kỳ hóa đơn hoặc biên lai nào qua đường bưu điện theo địa chỉ này:

Địa chỉ Yêu Cầu Thanh Toán Y Tế:
Member Reimbursement Dept
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420

Địa chỉ Yêu Cầu Thanh Toán Nhà Thuốc:
Wellcare Medicare Part D Claims
Attn: Member Reimbursement Department
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

C. Quyết định bao trả

Khi chúng tôi nhận được yêu cầu thanh toán của quý vị, chúng tôi sẽ ra quyết định bao trả. Điều này có nghĩa là chúng tôi quyết định liệu chương trình của chúng tôi có bao trả cho dịch vụ, vật phẩm hoặc thuốc của quý vị không. Chúng tôi cũng quyết định số tiền mà quý vị phải thanh toán, nếu có.

- Chúng tôi sẽ cho quý vị biết nếu chúng tôi cần thêm thông tin.

- Nếu chúng tôi quyết định rằng chương trình của chúng tôi bao trả cho dịch vụ, vật phẩm hoặc thuốc và quý vị đã tuân thủ tất cả các quy định để được nhận dịch vụ này, chúng tôi sẽ thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình cho dịch vụ. Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị séc thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi qua đường bưu điện. 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 thanh toán, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.

Chương 3 trong *Sổ Tay Thành Viên* này giải thích các quy định để nhận dịch vụ được bao trả. **Chương 5** trong *Sổ Tay Thành Viên* này giải thích các quy định để được bao trả các loại thuốc Medicare Part D của quý vị.

- Nếu chúng tôi quyết định không thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình cho dịch vụ hoặc thuốc đó, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị giải thích lý do. Thư này cũng giải thích về các quyền kháng cáo của quý vị.

- Để tìm hiểu thêm về các quyết định bao trả, tham khảo **Chương 9**.

D. Kháng cáo

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã có sai sót khi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định. Điều này được gọi là “nộp đơn kháng cáo”. Quý vị cũng có thể kháng cáo nếu quý vị không đồng ý với số tiền chúng tôi thanh toán.

Quy trình kháng cáo chính thức có các quy trình và thời hạn chi tiết. Để tìm hiểu thêm về kháng cáo, tham khảo **Chương 9** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

- Để nộp đơn kháng cáo về việc nhận bồi hoàn cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe, tham khảo **Phần F.**

- Để nộp đơn kháng cáo về việc nhận bồi hoàn cho thuốc, tham khảo **Phần G**.

Chương 8: Quyền và trách nhiệm của quý vị

Giới thiệu

Chương này bao gồm quyền và trách nhiệm của quý vị với tư cách là thành viên của chương trình. Chúng tôi phải tôn trọng các quyền của quý vị. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của các thuật ngữ này xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

Mục Lục

A. Quý vị có quyền nhận dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị 217

B. Chúng tôi có trách nhiệm đảm bảo quý vị được tiếp cận kịp thời các dịch vụ và thuốc được bao trả 228

C. Chúng tôi có trách nhiệm bảo vệ thông tin sức khỏe cá nhân (PHI) của quý vị 229

C1. Cách thức chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị 230

C2. Quý vị có quyền xem hồ sơ y tế của mình 230

D. Trách nhiệm cung cấp thông tin cho quý vị của chúng tôi 231

E. Nhà cung cấp trong mạng lưới không được tính hóa đơn trực tiếp cho quý vị 232

F. Quý vị có quyền rời chương trình của chúng tôi.....233

G. Quý vị có quyền ra quyết định về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.....233

G1. Quý vị có quyền biết về các lựa chọn điều trị và đưa ra quyết định 233

G2. Quý vị có quyền trình bày điều mình muốn nếu không thể tự ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho bản thân 234

G3. Việc cần làm nếu hướng dẫn của quý vị không được tuân thủ 235

H. Quý vị có quyền khiếu nại và yêu cầu chúng tôi xem xét lại các quyết định của chúng tôi 236

H1. Việc cần làm về cách đối xử bất công hoặc để biết thêm thông tin về quyền của quý vị 236

I. Trách nhiệm của quý vị với tư cách là thành viên chương trình.....236

J. Quý vị có quyền đưa ra đề xuất cho chính sách của chúng tôi về quyền và trách nhiệm của thành viên.....239

K. Đánh Giá Công Nghệ Mới 239

A. Quý vị có quyền nhận dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English including Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, and Vietnamese in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call Member Services or write to:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - We can send materials to you in a language other than English or in an alternate format if you ask for it this way. This is called a "standing request." We will document your choice.
  - To make a standing request, change a standing request or make a one-time request, please call Member Services at the phone number on the bottom of this page.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بالطريقة التي تفي باحتياجاتك

يجب أن نحرص على تقديم كل الخدمات، السريرية وغير السريرية، إليك بطريقة ذات كفاءة ثقافية ويسهل الوصول إليها من قبل الجميع، بما في ذلك ذوي الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية أو ذوي مهارات القراءة المحدودة أو الذين يعانون من صعوبة السمع أو الذين لديهم خلفيات ثقافية وعرقية متنوعة. ويجب علينا أيضًا إخبارك بمزايا خطتنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ويجب أن نطلعك على حقوقك كل عام تكون فيه ضمن خطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة يمكنك فهمها، اتصل بقسم خدمات الأعضاء. تتضمن خطتنا خدمات ترجمة فورية مجانية متاحة للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.
- بمقدور خطتنا تزويدك أيضًا بمواد بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية وبتنسيقات مختلفة مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو التسجيلات الصوتية. للحصول على المواد بأحد التنسيقات البديلة هذه، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء أو إرسال خطاب إلى:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - يمكننا أن نرسل إليك مواد بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية أو بتنسيق بديل إذا طلبت ذلك. يُسمى ذلك "طلبًا دائمًا". وسنقوم بتوثيق اختيارك.
  - لتقديم طلب دائم أو تغيير طلب دائم أو تقديم طلب لمرة واحدة، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على رقم الهاتف الموجود في أسفل هذه الصفحة.

إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا نتيجة مشاكل في اللغة أو الإعاقة وكنت ترغب في تقديم شكوى، فاتصل بـ:

- Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights على الرقم 916-440-7370. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711.
- Office for Civil Rights التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية على الرقم 1-800-368-1019. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.

Ձեր իրավունքը ստանալ ծառայություններ և տեղեկություններ այն եղանակով, որը համապատասխանում է ձեր կարիքներին

Մենք պետք է ապահովենք, որ **բոլոր** ծառայությունները՝ ինչպես կլինիկական, այնպես էլ ոչ կլինիկական, ձեզ տրամադրվեն մշակութային առումով համապատասխան և մատչելի ձևով, այդ թվում՝ անգլերենի սահմանափակ իմացությամբ, ընթերցանության սահմանափակ հմտություններ ունեցող, լսողության հետ կապված խնդիրներ ունեցող, տարբեր մշակութային և էթնիկ ծագում ունեցող անձանց համար: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք ձեզ մեր պլանի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին՝ ձեզ հասկանալի ձևով: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, քանի դեռ դուք մեր պլանի անդամ եք:

- Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն: Մեր ծրագիրն ունի անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:
- Մեր պլանը կարող է նյութերը տրամադրել նաև անգլերենից բացի այլ լեզուներով, այդ թվում՝ մեծ տառատեսակով, բրայլյան այբուբենով կամ աուդիո ձևաչափով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ստանալու համար խնդրում ենք զանգել Անդամների սպասարկման կենտրոն կամ գրել հետևյալ հասցեին՝

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - Մենք կարող ենք նյութերն ուղարկել անգլերենից բացի այլ լեզուներով կամ այլընտրանքային ձևաչափով, եթե հայցեք այն: Սա կոչվում է «մշտական հարցում»: Մենք կփաստաթղթավորենք ձեր ընտրությունը:
  - Մշտական հարցում կատարելու, մշտական հարցումը փոխելու կամ մեկանգամյա հարցում կատարելու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպատարկման կենտրոն՝ էջի ներքեւում նշված հեռախոսահամարով: Զանգն անվճար է:

Եթե լեզվական խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով դժվարանում եք մեր ծրագրից տեղեկություններ ստանալ և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք՝

- Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով:
  TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- Medi-Cal Office of Civil Rights՝ 916-440-7370 հեռախոսահամարով:
  TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711:

- U.S Առողջության և մարդու ծառայությունների բաժնի Office for Civil Rights՝ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:

您有权以符合自身需求的方式获取服务和信息

我们必须确保**所有**服务（包括临床和非临床服务）均以符合文化背景且无障碍的方式提供，并且涵盖英语能力有限、阅读能力欠佳、存在听力障碍或者拥有多元文化及种族背景的人士。我们还必须以您能够理解的方式告知您我们计划的福利及您的各项权益。我们必须每年向您说明参与我方计划期间享有的所有权利。

- 如需以您能够理解的方式获取信息，请致电会员服务。本计划提供多语种免费口译服务，随时解答您的疑问。
- 我方计划还为您提供非英语版本的材料，包括大字体、盲文或音频等格式。如需获取上述任一替代格式的材料，请致电会员服务或致函：

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - 如果您借此提出要求，我们可以采用非英语版本或替代格式向您提供相关材料。这称为“固定请求”。我们将记录您的选择。
  - 如需提出固定请求、更改固定请求或提出一次性请求，请拨打本页底部的电话号码致电会员服务

如果您因语言问题或残障问题而难以从我方计划中获取信息，并且希望提出投诉，请致电：

- Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。
- Medi-Cal Office of Civil Rights：916-440-7370。TTY 用户请拨打 711。
- 美国卫生与公众服务部 Office for Civil Rights：1-800-368-1019。TTY 用户请拨打 1-800-537-7697。

حق شما برای دریافت اطلاعات به گونه‌ای که مطابق با نیازهای شما باشد

ما باید اطمینان حاصل کنیم که تمام خدمات، چه بالینی و چه غیر بالینی، به شیوه‌ای از نظر فرهنگی و قابل‌دسترس ازجمله برای کسانی که دارای مهارت محدود در زبان انگلیسی، مهارت‌های خواندن محدود، ناتوانی شنوایی، یا کسانی که دارای زمینه‌های فرهنگی و قومی متنوع هستند، ارائه می‌شود. باید اطلاعات مربوط به مزایای طرح ما و حقوق شما را به گونه‌ای در اختیار شما قرار دهیم که برای شما قابل درک باشد. ما باید هرسال حقوق قانونی را که در طرح ما دارید به شما بگوییم.

- برای دریافت اطلاعات به شکلی که برایتان قابل فهم باشد، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم رایگان برای پاسخ به سوالات به زبان‌های مختلف است.
- همچنین طرح ما می‌تواند مطالب را به زبان‌هایی غیر از انگلیسی و در قالب‌هایی در مانند چاپ با قلم درشت، بریل یا صوتی ارائه کند. برای دریافت مطالب در یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با «خدمات اعضا» تماس بگیرید یا با آدرس زیر مکاتبه کنید:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - در صورت درخواست شما، می‌توانیم مطالب را به زبان‌هایی غیر از انگلیسی یا قالب‌های دیگر برایتان ارسال کنیم. به این حالت درخواست دوره‌ای "مستمر" گفته می‌شود. ما انتخاب شما را ثبت می‌کنیم.
  - برای ثبت یک درخواست دورهای، تغییر یک درخواست دورهای یا ثبت یک درخواست موردی (یکبار مصرف)، لطفاً با بخش خدمات اعضا از طریق شماره تلفنی که در پایین این صفحه درج شده است تماس بگیرید.

اگر به دلیل مشکلات زبانی یا ناتوانی در دریافت اطلاعات از طرح ما مشکل دارید و می‌خواهید شکایت کنید، تماس بگیرید:

- Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- Medi-Cal Office of Civil Rights به شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند.
- اداره بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکاOffice for Civil Rights , به شماره 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

고객의 필요에 부합되는 방식으로 서비스와 정보를 받을 권리

당사는 **모든** 임상 및 비임상 서비스가 귀하에게 문화적으로 적합하게 제공되고, 영어 사용과 읽기 능력이 제한된 사람들, 청각 장애인 또는 다양한 문화 및 민족적 배경을 가진 모든 가입자들이 접근할 수 있는 방식을 보장해야 합니다. 또한 당사는 플랜 혜택, 고객의 권리를 반드시 고객이 이해할 수 있는 방식으로 고객에게 알려 드려야 합니다. 또한 귀하께서 당사의 보험 플랜에 계속해 가입해 있는 한 매년 반드시 귀하의 권리를 공지해 드려야 합니다.

- 귀하가 이해하실 수 있는 방법으로 정보를 얻으시려면 가입자 서비스부에 전화하십시오. 당사 플랜은 가입자들의 질문에 다양한 언어로 답변하기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
- 당사 플랜은 영어 이외의 다른 언어와 대형 인쇄체, 점자 또는 오디오 형식으로 된 자료도 제공해 드릴 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 자료를 받으려면 가입자 서비스부로 전화를 하거나 아래 주소로 서신을 보내 주십시오.

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - 귀하의 요청이 있을 경우, 영어 이외의 언어로 작성되었거나 대체 형식으로 제작된 자료를 보내드릴 수 있습니다. 이를 “정기 요청”이라고 합니다. 귀하가 선택하신 방식으로 문서를 준비하여 발송해 드립니다.
  - 정기 요청을 하거나, 정기 요청을 변경하거나, 일회성 요청을 하려면 이 페이지 하단에 있는 전화번호로 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

당사 플랜에 대한 정보를 얻는 데 언어나 장애 문제로 어려움이 있고 이에 대해 불만사항을 제기하길 원하시면

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다.
- Medi-Cal 인권 사무국은 916-440-7370번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 711을 이용해 주십시오.
- 미국 사회복지부(Department of Health and Human Services) 인권 사무국 (Office for Civil Rights) 1-800-368-1019번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-537-7697번을 이용해 주십시오.

Ваше право на получение услуг и информации в соответствии с вашими потребностями

Мы должны обеспечить, чтобы **все** услуги, как клинического, так и неклинического характера, предоставлялись вам с учетом культурных особенностей и были доступны всем участникам плана, включая лиц, ограниченно владеющих английским языком, лиц с ограниченными навыками чтения, неспособностью слышать, а также лиц различного культурного и этнического происхождения. Мы также должны сообщать вам об объеме покрываемых услуг в рамках нашего плана и ваших правах в понятной для вас форме. Пока вы остаетесь участником нашего плана, мы должны каждый год сообщать вам о ваших правах.

- Для получения информации в понятной для вас форме позвоните в отдел обслуживания участников плана. Наш план страхования предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет ответить на ваши вопросы на других языках.
- Наш план также может предоставить вам материалы на языках, отличных от английского, и в таких форматах, как крупный шрифт, шрифт Брайля или аудиозапись. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания участников плана или напишите по адресу:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - По вашему запросу мы можем присылать вам материалы на языке, отличном от английского, или в альтернативном формате. Такой запрос называется «постоянно действующим». Мы внесем ваш выбор в свою документацию.
  - Для подачи или изменения постоянно действующего запроса либо подачи однократного запроса позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру телефона, указанному в нижней части страницы.

Если у вас возникли затруднения с получением информации от нашего плана из-за языкового барьера или ограниченных возможностей и вы хотите подать жалобу, позвоните в:

- Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights по номеру 916-440-7370. При использовании TTY набирайте 711.
- Office for Civil Rights Департамента здравоохранения и социального обеспечения США по номеру 1-800-368-1019. При использовании TTY набирайте 1-800-537-7697.

Su derecho a obtener información y servicios de manera tal que satisfaga sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, le sean brindados de manera culturalmente competente y accesible, incluso para aquellas personas con dominio limitado del idioma inglés, habilidades de lectura reducidas, discapacidad auditiva o que pertenezcan a diversos contextos culturales y étnicos. Además, debemos explicarle los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Debemos explicarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para recibir información de una manera que sea comprensible para usted, llame a Servicios para Miembros. Nuestro plan ofrece servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en idiomas distintos del inglés, y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escriba a la siguiente dirección:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - Podemos enviarle los materiales en otro idioma o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Registraremos su elección.
  - Para hacer una solicitud permanente, cambiar una solicitud permanente o hacer una solicitud única, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la parte inferior de esta página.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o una discapacidad y quiere hacer un reclamo, comuníquese con:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Office for Civil Rights de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

- Llame a la Office for Civil Rights del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

Ang inyong karapatang makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa paraang nakakatugon sa inyong mga pangangailangan

Kailangan naming tiyakin na ang **lahat** ng serbisyo, klinikal man o hindi klinikal, ay maibibigay sa isang paraang may kultural na pag-iingat at accessible, kabilang na para sa mga may limitadong kaalaman sa Ingles, limitadong kaalaman sa pagbabasa, problema sa pandinig, o mga taong may iba't ibang kultural at etnikong pinagmulan. Dapat din naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang inyong mga karapatan sa paraang mauunawaan ninyo. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan bawat taon na kayo ay nasa aming plano.

- Para makakuha ng impormasyon sa paraang inyong mauunawaan, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na magagamit para sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Ang aming plano ay maaari ding magbigay sa inyo ng mga materyal sa mga wika maliban sa Ingles at sa mga format tulad ng malaking print, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyal sa isa sa mga alternatibong format na ito, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro o sumulat sa:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - Puwede kaming magpadala sa inyo ng mga materyal sa ibang wika bukod sa Ingles o sa alternatibong format, kung hihilingin ninyo ito. Tinatawag itong "standing request". Itatala namin ang inyong pinili.
  - Para gumawa ng standing request, magbago ng standing request, o para sa isang beses na kahilingan, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numero ng teleponong nasa ibaba ng pahinang ito.

Kung nahihirapan kayong makakakuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong maghain ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.

- Office of Civil Rights ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 711.
- Office for Civil Rights ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng U.S. sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

Quý vị có quyền nhận dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, đều được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp với văn hóa và dễ tiếp cận, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có xuất thân văn hóa và dân tộc đa dạng. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết về các phúc lợi trong chương trình của chúng tôi và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho biết về các quyền của quý vị vào mỗi năm quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh, bao gồm bằng các định dạng chẳng hạn như bản in cỡ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để lấy tài liệu bằng một trong các định dạng thay thế này, vui lòng gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc viết thư gửi đến:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - Chúng tôi có thể gửi cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh hoặc ở định dạng thay thế nếu quý vị có yêu cầu. Điều này này được gọi là “yêu cầu thường xuyên”. Chúng tôi sẽ lưu lại lựa chọn của quý vị.
  - Để thực hiện yêu cầu thường xuyên, thay đổi yêu cầu thường xuyên hoặc thực hiện yêu cầu một lần, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại ở cuối trang này.

Nếu quý vị gặp khó khăn với việc tiếp nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do các vấn đề về ngôn ngữ hoặc do khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn khiếu nại, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.

- Medi-Cal Office of Civil Rights theo số 916-440-7370. Người dùng TTY nên gọi 711.
- Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, Office for Civil Rights theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-537-7697.

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នក។

យើងត្រូវធានាថាសេវាកម្ម**ទាំងអស**់ ទាំងគ្លីនិកនិងមិនមែនគ្លីនិក ត្រូវបានផ្តល់ជូនដល់អ្នកប្រកបដោយសមត្ថភាពផ្នែកវប្បធម៌និងអាចប្រើបានរួមទាំងអ្នកដែលមានភាពស្ទាត់ជំនាញខាងភាសាអង់គ្លេសមានកម្រិត ជំនាញអានមានកម្រិត អសមត្ថភាពក្នុងការស្តាប់ ឬអ្នកដែលមានប្រវត្តិវប្បធម៌ និងជនជាតិផ្សេងៗគ្នា។ យើងក៏ត្រូវតែជ្រាប់អ្នកអំពី អត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងអ្នក និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នករៀងរាល់ឆ្នាំ ដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់តាមតិតផ្លែដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ជូនអ្នកនូវឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស រួមទាំងទម្រង់ផ្សេងទៀតដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬជាសំឡេងបានផងដែរ។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារជាទម្រង់ជំនួសណាមួយ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ឬសរសេរទៅកាន់៖

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - យើងអាចផ្ញើឯកសារទៅអ្នកជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឯកសារតាមវិធីបែបនេះ។ នេះហៅថា "ការស្នើសុំអចិន្ត្រៃយ៍"។ យើងនឹងចងក្រងឯកសារតាមជម្រើសរបស់អ្នក។
  - ដើម្បីធ្វើសំណើសុំអចិន្ត្រៃយ៍ ផ្លាស់ប្តូរសំណើសុំអចិន្ត្រៃយ៍ ឬធ្វើសំណើសុំសម្រាប់តែម្តង សូមទូរសព្ទមកផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខ ទូរសព្ទនៅបាតទំព័រនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា សូមហៅទូរសព្ទទៅ៖

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

- Medi-Cal Office of Civil Rights តាមរយៈលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 711។
- សូមទូរសព្ទទៅកាន់ការិយាល័យ Office for Civil Rights របស់ ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិអាមេរិក តាមរយៈលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697។

B. Chúng tôi có trách nhiệm đảm bảo quý vị được tiếp cận kịp thời các dịch vụ và thuốc được bao trả

Quý vị có các quyền với tư cách là thành viên chương trình của chúng tôi.

- Quý vị có quyền chọn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) trong mạng lưới của chúng tôi. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp làm việc với chúng tôi. Quý vị có thể tìm thêm thông tin về các kiểu nhà cung cấp có thể đóng vai trò là PCP và cách chọn PCP trong **Chương 3** của *Sổ Tay Thành Viên* này.
    - Hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc xem trong *Danh Mục Nhà Cung Cấp Và Nhà Thuốc* để tìm hiểu thêm về các nhà cung cấp trong mạng lưới và các bác sĩ tiếp nhận bệnh nhân mới.
- Quý vị có quyền tới gặp bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ mà không cần giấy giới thiệu. Giấy giới thiệu là phê duyệt từ PCP của quý vị để thăm khám với một nhà cung cấp không phải là PCP.
- Quý vị có quyền nhận các dịch vụ được bao trả từ các nhà cung cấp trong mạng lưới trong khoảng thời gian hợp lý.
    - Điều này bao gồm quyền nhận các dịch vụ kịp thời từ các bác sĩ chuyên khoa.
    - Nếu quý vị không được nhận dịch vụ trong khoảng thời gian hợp lý, chúng tôi phải chi trả cho dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới.
- Quý vị có quyền nhận các dịch vụ cấp cứu hoặc dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp mà không cần sự chấp thuận trước (PA).
- Quý vị có quyền mua thuốc theo toa của quý vị tại bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi mà không bị trì hoãn lâu.
- Quý vị có quyền biết thời điểm quý vị có thể thăm khám với nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Để tìm hiểu về nhà cung cấp ngoài mạng lưới, tham khảo **Chương 3** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

- Khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi lần đầu tiên, quý vị có quyền tiếp tục thăm khám với các nhà cung cấp hiện tại và sự chấp thuận đối với dịch vụ mà quý vị đang sử dụng trong tối đa 12 tháng nếu đáp ứng một số điều kiện. Để tìm hiểu thêm về việc tiếp tục thăm khám với các nhà cung cấp của quý vị và sự chấp thuận đối với dịch vụ mà quý vị đang sử dụng, tham khảo **Chương 1** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.
- Quý vị có quyền tự quyết định dịch vụ chăm sóc cho mình với sự giúp đỡ của nhóm chăm sóc và điều phối viên chăm sóc của quý vị.

Chương 9 trong *Sổ Tay Thành Viên* này trình bày việc quý vị có thể làm nếu quý vị cho rằng mình không nhận được dịch vụ hoặc thuốc trong khoảng thời gian hợp lý. Chương này cũng trình bày việc quý vị có thể làm nếu chúng tôi từ chối bảo hiểm cho các dịch vụ hoặc thuốc của quý vị và quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi.

C. Chúng tôi có trách nhiệm bảo vệ thông tin sức khỏe cá nhân (PHI) của quý vị

Chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị theo quy định của luật pháp tiểu bang và liên bang.

PHI bao gồm thông tin cá nhân quý vị đã cung cấp cho chúng tôi khi ghi danh tham gia chương trình của chúng tôi. PHI cũng bao gồm cả hồ sơ y tế và các thông tin y tế và sức khỏe khác của quý vị.

Quý vị có quyền nhận thông tin của mình và kiểm soát cách sử dụng PHI của quý vị. Chúng tôi gửi thông báo bằng văn bản cho biết về các quyền này và giải thích cách thức chúng tôi bảo vệ quyền riêng tư đối với PHI của quý vị. Thông báo này được gọi là “Thông Báo Về Thực Hành Quyền Riêng Tư”.

Thành viên có thể đồng ý nhận các dịch vụ nhạy cảm không bắt buộc phải xin phép bất kỳ thành viên nào khác để nhận các dịch vụ nhạy cảm hoặc gửi khiếu nại về dịch vụ nhạy cảm. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sẽ gửi trực tiếp thông tin trao đổi về các dịch vụ nhạy cảm đến địa chỉ gửi thư, địa chỉ email hoặc số điện thoại thay thế được chỉ định của thành viên hoặc khi không có chỉ định, sẽ gửi theo tên của thành viên đến địa chỉ hoặc số điện thoại trong hồ sơ. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sẽ không tiết lộ thông tin y tế liên quan đến các dịch vụ nhạy cảm cho bất kỳ thành viên nào khác mà không có sự cho phép bằng văn bản của thành viên nhận dịch vụ chăm sóc. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sẽ đáp ứng các yêu cầu giao tiếp bảo mật theo hình thức và định dạng được yêu cầu, nếu hình thức và định dạng đã được yêu cầu sẵn hoặc tại các địa điểm thay thế. Yêu cầu giao tiếp bảo mật của một thành viên liên quan đến các dịch vụ nhạy cảm sẽ có hiệu lực cho đến khi thành viên thu hồi yêu cầu hoặc gửi yêu cầu mới cho các giao tiếp bảo mật.

Thành viên có thể bắt đầu yêu cầu giao tiếp bảo mật bằng văn bản cho chương trình sức khỏe hoặc bằng cách truyền tin điện tử. Để biết thêm thông tin về cách thực hiện yêu cầu, hãy truy cập www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/members/confidential-communication.html hoặc gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số ở cuối trang. Công ty bảo hiểm y tế sẽ thực hiện yêu cầu giao tiếp bảo mật trong vòng bảy ngày lịch kể từ khi nhận được yêu cầu truyền tin điện tử hoặc yêu cầu dùng điện thoại hoặc trong vòng 14 ngày tiếp nhận bằng văn bản qua thư hạng nhất.

C1. Cách thức chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị

Chúng tôi đảm bảo những người không được phép không thấy hoặc sửa hồ sơ của quý vị.

Ngoại trừ các trường hợp được ghi chú dưới đây, chúng tôi không cung cấp PHI của quý vị cho bất kỳ ai không cung cấp dịch vụ chăm sóc hoặc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Nếu chúng tôi làm vậy, chúng tôi phải nhận được sự cho phép bằng văn bản từ quý vị trước. Quý vị hoặc người được ủy quyền hợp pháp để đưa ra quyết định thay quý vị có thể cho phép bằng văn bản.

Đôi khi chúng tôi không cần sự cho phép bằng văn bản của quý vị trước. Các trường hợp ngoại lệ này được luật pháp cho phép hoặc quy định:

- Chúng tôi phải tiết lộ PHI cho các cơ quan chính phủ kiểm tra chất lượng dịch vụ chăm sóc của chương trình của chúng tôi.
- Chúng tôi có thể tiết lộ PHI theo lệnh của tòa án, nhưng chỉ khi luật pháp California cho phép.
- Chúng tôi phải cung cấp PHI của quý vị cho Medicare, trong đó có thông tin về thuốc Medicare Part D. Nếu Medicare tiết lộ PHI của quý vị để phục vụ mục đích nghiên cứu hoặc mục đích sử dụng khác, họ phải làm vậy theo luật pháp liên bang. Nếu chúng tôi chia sẻ thông tin của quý vị với Medi-Cal, việc này cũng sẽ được thực hiện theo pháp luật tiểu bang và liên bang.

C2. Quý vị có quyền xem hồ sơ y tế của mình

- Quý vị có quyền xem hồ sơ y tế và nhận bản sao hồ sơ của mình. Chúng tôi có thể tính phí sao lại hồ sơ y khoa của quý vị.
- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cập nhật hoặc chỉnh sửa hồ sơ y tế của của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thực hiện việc này, chúng tôi sẽ làm việc với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để quyết định có cần thực hiện những thay đổi đó hay không.

- Quý vị có quyền được biết liệu PHI của mình có được chia sẻ với người khác cho bất kỳ mục đích nào ngoài mục đích thông thường hay không và cách chúng tôi chia sẻ.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc lo ngại về quyền riêng tư đối với PHI của mình, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.

Quý vị có quyền được đối xử một cách tôn trọng và đúng chuẩn mực dựa trên quyền riêng tư của mình. Để biết thêm thông tin về cách thức bảo vệ thông tin bằng lời, bằng văn bản và qua hình thức điện tử cũng như quyền của quý vị, bất cứ lúc nào quý vị cũng có thể truy cập Thông Báo Về Quyền Riêng Tư tại go.wellcare.com/HealthNetCA.

D. Trách nhiệm cung cấp thông tin cho quý vị của chúng tôi

Là thành viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị có quyền nhận thông tin từ chúng tôi về chương trình của chúng tôi, các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi, quyền và trách nhiệm thành viên của quý vị cũng như các dịch vụ được bao trả của quý vị.

Nếu quý vị không nói tiếng Anh, chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên giúp giải đáp thắc mắc quý vị có về chương trình của chúng tôi. Để yêu cầu phiên dịch viên, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Quý vị được miễn phí dịch vụ này.

- Chúng tôi có thể gửi cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh hoặc ở định dạng thay thế nếu quý vị có yêu cầu. Điều này này được gọi là “yêu cầu thường xuyên”. Chúng tôi sẽ lưu lại lựa chọn của quý vị.
- Để thực hiện yêu cầu định kỳ, thay đổi yêu cầu định kỳ hoặc thực hiện yêu cầu một lần, vui lòng gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại ở cuối trang này.

Chúng tôi cũng có thể cung cấp thông tin cho quý vị bằng bản in cỡ lớn, chữ nổi braille hoặc dạng âm thanh.

Nếu quý vị muốn được cung cấp bất kỳ loại thông tin nào sau đây, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên:

- Cách lựa chọn hoặc thay đổi chương trình
- Chương trình của chúng tôi, bao gồm:
    - thông tin tài chính
    - cách đánh giá chúng tôi từ các thành viên trong chương trình
    - số lượng kháng cáo của thành viên

- cách rời chương trình của chúng tôi

- Các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi, bao gồm:
  - cách lựa chọn hoặc thay đổi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính
  - trình độ chuyên môn của các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi
  - cách chúng tôi thanh toán cho các nhà cung cấp trong mạng lưới
- Các dịch vụ và thuốc được bao trả, gồm có:
  - dịch vụ (tham khảo **Chương 3 và 4** trong *Sổ Tay Thành Viên* này) và thuốc (tham khảo **Chương 5 và 6** trong *Sổ Tay Thành Viên* này) được chương trình của chúng tôi bao trả
  - giới hạn đối với bảo hiểm và thuốc của quý vị
  - các quy tắc quý vị phải tuân thủ để nhận dịch vụ và thuốc được bao trả
- Lý do một số dịch vụ và thuốc không được bao trả và việc quý vị có thể làm liên quan đến vấn đề này (tham khảo **Chương 9** trong *Sổ Tay Thành Viên* này), bao gồm yêu cầu chúng tôi:
  - cung cấp văn bản giải thích lý do một số dịch vụ và thuốc không được bao trả
  - thay đổi quyết định chúng tôi đã đưa ra
  - thanh toán hóa đơn quý vị đã nhận được

E. Nhà cung cấp trong mạng lưới không được tính hóa đơn trực tiếp cho quý vị

Bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chúng tôi không được yêu cầu quý vị thanh toán cho các dịch vụ được bao trả. Họ cũng không được tính hóa đơn hoặc tính phí phần chi phí chênh lệch nếu chúng tôi trả số tiền thấp hơn số tiền nhà cung cấp đã tính phí. Để biết cần làm gì nếu một nhà cung cấp trong mạng lưới cố tình tính phí các dịch vụ được bao trả cho quý vị, tham khảo **Chương 7** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

F. Quý vị có quyền rời chương trình của chúng tôi

Không ai có thể ép quý vị ở lại chương trình của chúng tôi nếu quý vị không muốn.

- Quý vị có quyền nhận hầu hết các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị qua Original Medicare hoặc một chương trình Medicare Advantage (MA) khác.
- Quý vị có thể nhận phúc lợi thuốc Medicare Part D từ một chương trình thuốc hoặc từ một chương trình MA khác.
- Tham khảo **Chương 10** trong *Sổ Tay Thành Viên* này:
    - Để biết thêm thông tin về thời điểm quý vị có thể tham gia một chương trình MA hoặc chương trình phúc lợi thuốc mới.
    - Để biết thông tin về cách quý vị sẽ nhận phúc lợi Medi-Cal nếu quý vị rời chương trình của chúng tôi.

G. Quý vị có quyền ra quyết định về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị

Quý vị có quyền có được đầy đủ thông tin từ bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị để giúp quý vị đưa ra quyết định về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình.

G1. Quý vị có quyền biết về các lựa chọn điều trị và đưa ra quyết định

Nhà cung cấp của quý vị phải giải thích tình trạng của quý vị và các lựa chọn điều trị cho quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Quý vị có quyền:

- **Biết về các lựa chọn dành cho mình.** Quý vị có quyền được cho biết về tất cả phương án điều trị.
- **Biết về các nguy cơ.** Quý vị có quyền được cho biết về bất kỳ nguy cơ nào có liên quan. Chúng tôi phải cho quý vị biết trước nếu có bất kỳ dịch vụ hoặc biện pháp điều trị nào thuộc thử nghiệm nghiên cứu. Quý vị luôn có quyền từ chối các biện pháp điều trị mang tính thử nghiệm.
- **Nhận được ý kiến thứ hai.** Quý vị có quyền thăm khám với bác sĩ khác trước khi quyết định điều trị.

- **Từ chối.** Quý vị có quyền từ chối bất kỳ biện pháp điều trị nào. Điều này bao gồm quyền được rời khỏi bệnh viện hoặc cơ sở y tế khác, ngay cả khi bác sĩ khuyên quý vị không nên làm vậy. Quý vị có quyền ngừng sử dụng thuốc theo toa. Nếu quý vị từ chối việc điều trị hoặc ngừng sử dụng thuốc theo toa, chúng tôi sẽ không loại quý vị khỏi chương trình của chúng tôi. Tuy nhiên, nếu quý vị từ chối việc điều trị hoặc ngừng sử dụng thuốc, quý vị phải chịu hoàn toàn trách nhiệm cho những gì có thể xảy ra đối với quý vị.
- **Yêu cầu chúng tôi giải thích lý do nhà cung cấp từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc.** Quý vị có quyền được chúng tôi giải thích nếu nhà cung cấp từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc mà quý vị cho rằng mình phải được nhận.
- **Yêu cầu chúng tôi bao trả cho một dịch vụ hoặc loại thuốc đã bị từ chối bao trả hoặc thường không được bao trả.** Đây được gọi là quyết định bảo hiểm. **Chương 9** trong *Sổ Tay Thành Viên* này giải thích cách yêu cầu chúng tôi ra quyết định bao trả.

G2. Quý vị có quyền trình bày điều mình muốn nếu không thể tự ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho bản thân

Đôi khi, người ta không thể tự ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho bản thân. Trước khi điều đó xảy ra với quý vị, quý vị có thể:

- Điền vào mẫu văn bản để **cung cấp cho một người nào đó quyền pháp lý để đưa ra các quyết định y tế thay cho quý vị** nếu xảy ra trường hợp quý vị không thể tự mình đưa ra quyết định.
- **Đưa văn bản hướng dẫn cho bác sĩ** về cách xử lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị nếu quý vị không thể tự ra quyết định cho bản thân, kể cả dịch vụ chăm sóc mà quý vị **không** muốn.

Văn bản pháp lý mà quý vị sử dụng để đưa ra các chỉ thị của quý vị được gọi là “chỉ thị trước”. Có nhiều loại chỉ thị trước khác nhau và các tên gọi khác nhau. Các ví dụ của chỉ thị trước là di chúc sống và giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe.

Quý vị không bắt buộc phải có chỉ thị trước, nhưng quý vị có thể thực hiện. Sau đây là những điều cần làm nếu quý vị muốn dùng chỉ thị trước:

- **Lấy mẫu đơn.** Quý vị có thể lấy mẫu đơn từ bác sĩ, luật sư, nhân viên công tác xã hội hoặc một số cửa hàng văn phòng phẩm. Nhà thuốc và văn phòng nhà cung cấp thường có các mẫu đơn này. Quý vị có thể tìm biểu mẫu miễn phí trực tuyến và tải xuống.

- **Điền vào mẫu đơn và ký tên vào đó.** Mẫu đơn này là tài liệu pháp lý. Cân nhắc việc mời luật sư hoặc người khác mà quý vị tin tưởng, chẳng hạn như thành viên gia đình hoặc PCP, giúp quý vị hoàn thành việc này.
- **Cung cấp bản sao mẫu đơn này cho những người cần biết.** Cung cấp bản sao của mẫu đơn cho bác sĩ của mình. Quý vị cũng nên cấp bản sao cho người quý vị chỉ định để ra quyết định cho quý vị nếu quý vị không thể thực hiện. Quý vị cũng nên cấp bản sao cho bạn bè thân thiết hoặc thành viên gia đình. Giữ một bản sao ở nhà.
- Nếu quý vị đang nhập viện và có chỉ thị trước đã ký, **hãy đem theo bản sao tới bệnh viện**.
    - Bệnh viện sẽ hỏi quý vị đã có chỉ thị trước đã ký hay chưa và có đem theo không.
    - Nếu quý vị chưa ký mẫu đơn chỉ thị trước, bệnh viện có mẫu đơn và sẽ hỏi liệu quý vị có muốn ký một mẫu đơn không.

Quý vị có quyền:

- Yêu cầu lưu chỉ thị trước trong hồ sơ y tế của quý vị.
- Thay đổi hoặc hủy chỉ thị trước của quý vị bất cứ lúc nào.
- Tìm hiểu về những thay đổi đối với luật về chỉ thị trước. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sẽ cho quý vị biết về những thay đổi đối với luật tiểu bang, chậm nhất là 90 ngày sau khi thay đổi.

Theo luật, không ai được từ chối chăm sóc y tế cho quý vị hoặc phân biệt đối xử dựa trên việc quý vị có ký chỉ thị trước hay không. Hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để biết thêm thông tin.

G3. Việc cần làm 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 đã không tuân thủ các hướng dẫn trong đó, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại lên Phòng Dân Quyền địa phương của mình.

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Quý vị có thể gọi cho Phòng Dân Quyền theo số 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697).

H. Quý vị có quyền khiếu nại và yêu cầu chúng tôi xem xét lại các quyết định của chúng tôi

Chương 9 trong *Sổ Tay Thành Viên* này cho quý vị biết mình nên làm gì nếu có bất kỳ vấn đề hoặc mối lo ngại nào về các dịch vụ hoặc chăm sóc được bao trả của quý vị. Ví dụ như quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bao trả, kháng cáo để thay đổi một quyết định bao trả hoặc khiếu nại.

Quý vị có quyền nhận được thông tin về kháng cáo và khiếu nại chúng tôi mà các thành viên khác đã nộp. Gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để biết thông tin này.

H1. Việc cần làm về cách đối xử bất công hoặc để biết thêm thông tin về quyền của quý vị

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đối xử bất công với quý vị – nhưng **không** phải là hành vi phân biệt đối xử vì những lý do được nêu trong **Chương 11** trong *Sổ Tay Thành Viên* này – hoặc quý vị muốn biết thêm thông tin về quyền của mình, quý vị có thể gọi:

- Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.
- Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) theo số 1-800-434-0222 (TTY: 1-800-735-2929). Để biết thêm thông tin chi tiết về HICAP, tham khảo **Chương 2** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.
- Thanh Tra Viên Medi-Cal theo số 1-888-452-8609. Để biết thêm thông tin chi tiết về chương trình này, tham khảo **Chương 2** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.
- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. (Quý vị cũng có thể đọc hoặc tải xuống ấn phẩm “Medicare Rights & Protections” (Quyền & Biện Pháp Bảo Vệ Của Medicare) có trên trang web của Medicare tại địa chỉ www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf.)

I. Trách nhiệm của quý vị với tư cách là thành viên chương trình

Là thành viên chương trình, quý vị có trách nhiệm thực hiện những việc được liệt kê bên dưới. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.

- **Đọc *Sổ Tay Thành Viên*** này để tìm hiểu về những gì được bao trả và các quy tắc quý vị cần tuân thủ để nhận dịch vụ và thuốc được bao trả. Để biết thông tin chi tiết về:
  - Dịch vụ được bao trả, tham khảo **Chương 3 và 4** trong *Sổ Tay Thành Viên* này. Các chương này cho quý vị biết những dịch vụ nào được bao trả, những dịch vụ

nào không được bao trả, những quy tắc nào quý vị cần phải tuân thủ và số tiền quý vị phải trả.

  - Thuốc được bao trả, tham khảo **Chương 5 và 6** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

- **Cho chúng tôi biết về bất kỳ bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm thuốc nào khác** mà quý vị có. Chúng tôi phải đảm bảo rằng quý vị sử dụng tất cả các tùy chọn bảo hiểm của mình khi nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có bảo hiểm khác, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.

- **Cho bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác** biết quý vị là thành viên trong chương trình của chúng tôi. Trình Thẻ ID Thành Viên khi quý vị nhận dịch vụ hoặc thuốc.

- **Hãy giúp các bác sĩ** và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị cung cấp dịch vụ chăm sóc tốt nhất cho quý vị.

  - Cung cấp thông tin họ cần về quý vị và sức khỏe của quý vị. Tìm hiểu nhiều nhất có thể về các vấn đề sức khỏe của quý vị. Tuân theo phác đồ điều trị và các hướng dẫn mà quý vị và nhà cung cấp của quý vị đã thống nhất.

  - Đảm bảo rằng các bác sĩ và các nhà cung cấp khác của quý vị biết về tất cả các loại thuốc quý vị sử dụng. Bao gồm thuốc, thuốc không kê toa, vitamin và thuốc bổ.

  - Đặt bất kỳ câu hỏi nào quý vị có. 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. Các bác sĩ và nhà cung cấp khác của quý vị phải giải thích mọi thứ theo cách quý vị có thể hiểu được. Nếu quý vị đặt câu hỏi và không hiểu câu trả lời, hãy hỏi lại.

- **Làm việc với điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị**, bao gồm cả hoàn thành đánh giá nguy cơ sức khỏe hàng năm.

- **Tôn trọng người khác.** Chúng tôi mong muốn tất cả các thành viên chương trình sẽ tôn trọng quyền của người khác. Chúng tôi cũng mong muốn quý vị cư xử với sự tôn trọng tại văn phòng bác sĩ của quý vị, bệnh viện và các văn phòng của nhà cung cấp khác.

- **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:

- Phí bảo hiểm Medicare Part A và Medicare Part B. Đối với hầu hết các thành viên của Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP), Medi-Cal trả phí bảo hiểm Medicare Part A và phí bảo hiểm Medicare Part B.
- **Nếu quý vị nhận bất kỳ dịch vụ hoặc thuốc nào không được chương trình của chúng tôi bao trả, quý vị sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí.** (**Lưu ý:** Nếu quý vị không đồng ý với quyết định không bao trả cho một dịch vụ hoặc thuốc của chúng tôi, quý vị có thể kháng cáo. Vui lòng tham khảo **Chương 9** để tìm hiểu về cách nộp đơn kháng cáo.)

- **Cho chúng tôi biết nếu quý vị chuyển chỗ ở.** Nếu quý vị định chuyển đi, hãy cho chúng tôi biết ngay. Gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.
  - **Nếu quý vị chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi, quý vị không thể tiếp tục tham gia chương trình này.** Chỉ những người sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi mới có thể trở thành thành viên của chương trình. **Chương 1** trong *Sổ Tay Thành Viên* này sẽ tham vấn cho quý vị về khu vực dịch vụ của chúng tôi.
  - Chúng tôi có thể giúp quý vị tìm hiểu xem quý vị có đang chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi hay không. Trong giai đoạn ghi danh đặc biệt, quý vị có thể chuyển sang Original Medicare hoặc ghi danh tham gia một chương trình sức khỏe hoặc thuốc của Medicare ở địa điểm mới của quý vị. Chúng tôi có thể cho quý vị biết nếu chúng tôi có chương trình trong khu vực mới của quý vị.
  - Thông báo cho Medicare và Medi-Cal địa chỉ mới của quý vị khi quý vị chuyển đi. Tham khảo **Chương 2** trong *Sổ Tay Thành Viên* này để biết số điện thoại của Medicare và Medi-Cal.
  - **Nếu quý vị chuyển đi và vẫn ở trong khu vực dịch vụ của chúng tôi, chúng tôi vẫn cần được biết.** Chúng tôi cần phải cập nhật hồ sơ thành viên của quý vị và biết cách liên hệ với quý vị.
  - **Nếu chuyển chỗ ở, hãy thông báo cho Sở An Sinh Xã Hội (hoặc Ủy Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt).**
- **Cho chúng tôi biết nếu quý vị có số điện thoại mới** hoặc cách tốt hơn để liên hệ với quý vị.
- **Gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để được giúp đỡ nếu quý vị có câu hỏi hoặc lo ngại.**

J. Quý vị có quyền đưa ra đề xuất cho chính sách của chúng tôi về quyền và trách nhiệm của thành viên

Nếu quý vị có câu hỏi hoặc lo ngại 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.

K. Đánh Giá 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.

Trong trường hợp không có quyết định bảo hiểm, chương trình của chúng tôi đánh giá công nghệ mới hoặc ứng dụng mới của các công nghệ hiện có để xác định xem có cần bổ sung biện pháp điều trị hoặc chăm sóc mới vào phúc lợi của chương trình hay không. Để đảm bảo các thành viên có thể tiếp cận dịch vụ chăm sóc an toàn và hiệu quả, chương trình của chúng tôi đánh giá:

- tài liệu y khoa hiện hành được công bố từ các ấn phẩm được bình duyệt bao gồm các bài tổng quan có hệ thống, thử nghiệm có đối chứng ngẫu nhiên, nghiên cứu theo dõi, nghiên cứu ca đối chứng, nghiên cứu thử nghiệm chẩn đoán với kết quả có ý nghĩa thống kê chứng minh tính an toàn và hiệu quả.
- hướng dẫn dựa trên bằng chứng do các tổ chức quốc gia và các cơ quan được công nhận xây dựng.
- khuyến nghị và đánh giá của các bác sĩ đang hành nghề, các hiệp hội y khoa được công nhận trên toàn quốc bao gồm Hiệp Hội Chuyên Khoa Bác Sĩ, hội đồng đồng thuận hoặc các tổ chức đánh giá công nghệ hoặc nghiên cứu được công nhận trên toàn quốc khác.
- báo cáo và công bố của các cơ quan chính phủ (ví dụ như Food and Drug Administration (FDA), Trung Tâm Kiểm Soát và Phòng Ngừa Dịch Bệnh (CDC) và Viện Y Tế Quốc Gia (NIH)).

Chương 9: Việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Giới thiệu

Chương này có thông tin về các quyền của quý vị. Hãy đọc chương này để biết việc cần làm nếu:

- Quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại về chương trình của chúng tôi.
- Quý vị cần có dịch vụ, vật dụng hoặc dược phẩm mà chương trình của chúng tôi cho biết sẽ không chi trả.
- Quý vị không đồng ý với quyết định mà chương trình của chúng tôi đưa ra về dịch vụ chăm sóc cho quý vị.
- Quý vị cho rằng các dịch vụ được bao trả của quý vị kết thúc quá sớm.
- Quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại về các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn của mình, bao gồm Dịch Vụ Cho Người Lớn Tại Cộng Đồng (CBAS) và Cơ Sở Điều Dưỡng (NF).

Chương này chia thành nhiều phần khác nhau để giúp quý vị dễ dàng tìm thông tin mà quý vị đang tìm kiếm. **Nếu quý vị có vấn đề hoặc mối lo ngại, hãy đọc các phần áp dụng cho trường hợp của mình trong chương này.**

Quý vị cần nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thuốc và các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn được bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp khác xác định là cần thiết cho việc chăm sóc của quý vị như một phần trong kế hoạch chăm sóc của quý vị. **Nếu gặp vấn đề với dịch vụ chăm sóc, quý vị có thể gọi cho Chương Trình Thanh Tra Viên Medicare Medi-Cal theo số 1-855-501-3077 để được trợ giúp.** Chương này sẽ giải thích các tùy chọn khác nhau mà quý vị có để xử lý các vấn đề và khiếu nại khác nhau, nhưng quý vị luôn có thể gọi cho Chương Trình Thanh Tra Viên để giúp hướng dẫn quý vị xử lý vấn đề của mình. Để biết thêm các nguồn giải quyết quan ngại của quý vị và cách thức liên hệ với họ, tham khảo **Chương 2** trong *Sổ Tay Thành Viên* của quý vị.

Mục Lục

A. Những việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có lo ngại....242

A1. Về các thuật ngữ pháp lý....243

B. Nơi nhận trợ giúp....243

B1. Để biết thêm thông tin và trợ giúp....243

C. Tìm hiểu về các khiếu nại và kháng cáo của Medicare và Medi-Cal trong chương trình của chúng tôi....245

D. Các vấn đề về phúc lợi của quý vị....245

E. Quyết định bao trả và kháng cáo....246

E1. Quyết định bao trả....246

E2. Kháng cáo....246

E3. Trợ giúp về quyết định bao trả và kháng cáo....247

E4. Phần nào trong chương này sẽ giúp ích cho quý vị....248

F. Chăm sóc y tế....248

F1. Sử dụng phần này....249

F2. Yêu cầu quyết định bao trả....250

F3. Nộp Đơn Kháng Cáo Cấp 1....252

F4. Nộp Đơn Kháng Cáo Cấp 2....256

F5. Các vấn đề về thanh toán....263

G. Thuốc Medicare Part D....264

G1. Quyết định bao trả và kháng cáo Medicare Part D....265

G2. Trường hợp ngoại lệ Medicare Part D....266

G3. Những điều quan trọng cần biết về việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ....268

G4. Cách yêu cầu quyết định bao trả, gồm cả trường hợp ngoại lệ....269

G5. Nộp Đơn Kháng Cáo Cấp 1....272

G6. Nộp Đơn Kháng Cáo Cấp 2....274

H. Yêu cầu chúng tôi bao trả cho việc nằm viện lâu hơn 276
H1. Tìm hiểu về các quyền của quý vị trong Medicare 277
H2. Nộp Đơn Kháng Cáo Cấp 1 278
H3. Nộp Đơn Kháng Cáo Cấp 2 280
I. Đề nghị chúng tôi tiếp tục bao trả một số dịch vụ y tế nhất định 281
I1. Thông báo trước khi chấm dứt bảo hiểm 281
I2. Nộp Đơn Kháng Cáo Cấp 1 282
I3. Nộp Đơn Kháng Cáo Cấp 2 284
J. Chuyển kháng cáo của quý vị lên cấp cao hơn Cấp 2 285
J1. Các bước tiếp theo đối với các dịch vụ và vật tư Medicare 285
J2. Kháng Cáo Medi-Cal Bổ Sung 286
J3. Cấp Kháng Cáo 3, 4 và 5 đối với Yêu Cầu về Thuốc Medicare Part D 286
K. Cách nộp đơn khiếu nại 288
K1. Nên khiếu nại các loại vấn đề nào 288
K2. Khiếu nại nội bộ 290
K3. Khiếu nại bên ngoài 292

A. Những việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có lo ngại

Chương này giải thích cách xử lý các vấn đề và lo ngại. Quy trình quý vị sử dụng phụ thuộc vào loại vấn đề quý vị gặp phải. Sử dụng một quy trình cho **quyết định bao trả và kháng cáo** và một quy trình khác để **khiếu nại** (còn gọi là than phiền).

Để đảm bảo sự công bằng và kịp thời, mỗi quy trình đều có một bộ quy tắc, thủ tục và thời hạn mà chúng tôi và quý vị đều phải tuân theo.

A1. Về các thuật ngữ pháp lý

Có các thuật ngữ pháp lý đối với một số quy tắc và thời hạn trong chương này. Nhiều thuật ngữ trong số này có thể khó hiểu, nên chúng tôi sử dụng các từ ngữ đơn giản hơn thay cho một số thuật ngữ pháp lý khi có thể. Chúng tôi sử dụng chữ viết tắt ít nhất có thể.

Ví dụ, chúng tôi nói:

- "Nộp đơn khiếu nại" thay vì "nộp đơn than phiền"
- "Quyết định bảo hiểm" thay vì "quyết định cấp tổ chức", "xác định phúc lợi", "xác định theo rủi ro" hoặc "quyết định bảo hiểm"
- "Quyết định nhanh về bảo hiểm" thay vì "quyết định nhanh"
- "Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập" (IRO) thay vì "Cơ Quan Đánh Giá Độc Lập" (IRE)

Hiểu đúng các thuật ngữ pháp lý này có thể giúp quý vị truyền đạt thông tin rõ ràng hơn, nên chúng tôi cũng cung cấp những thuật ngữ đó.

B. Nơi nhận trợ giúp

B1. Để biết thêm thông tin và trợ giúp

Đôi khi việc bắt đầu hoặc theo dõi quy trình giải quyết vấn đề sẽ gây lúng túng. Điều này có thể đặc biệt đúng khi quý vị cảm thấy không khỏe hoặc thiếu sinh lực. Trong trường hợp khác, quý vị có thể không có thông tin cần thiết để thực hiện bước tiếp theo.

Trợ giúp từ chương trình của chúng tôi

Quý vị có thể gọi cho chương trình của chúng tôi theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711) để được trợ giúp giải quyết vấn đề hoặc giải đáp thắc mắc.

Trợ giúp từ Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Y Tế

Quý vị có thể gọi điện đến Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) theo số 1-800-434-0222. Quý vị cũng có thể kiểm tra lại trang web của họ tại https://www.aging.ca.gov/hicap/. Các tư vấn viên của HICAP có thể trả lời thắc mắc của quý vị và giúp quý vị hiểu việc cần làm để giải quyết vấn đề của quý vị. HICAP không liên kết với chúng tôi hoặc bất kỳ công ty bảo hiểm hay chương trình sức khỏe nào. HICAP có các tư vấn viên được đào tạo ở mỗi hạt và các dịch vụ đều miễn phí. Số điện thoại của HICAP là 1-800-434-0222.

Trợ Giúp Từ Chương Trình Thanh Tra Viên Medicare Medi-Cal

Quý vị có thể gọi cho Chương Trình Thanh Tra Viên Medicare Medi-Cal và trao đổi với hỗ trợ viên về thắc mắc liên quan đến bảo hiểm y tế của quý vị. Họ có thể cung cấp trợ giúp pháp lý miễn phí. Chương Trình Thanh Tra Viên không liên kết với chúng tôi hay bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình sức khỏe nào. Số điện thoại của họ là 1-855-501-3077 và trang web của họ là www.healthconsumer.org.

Trợ giúp và thông tin từ Medicare

Để biết thêm thông tin và trợ giúp, quý vị cũng có thể liên hệ với Medicare. Sau đây là hai cách để nhận trợ giúp từ Medicare:

- Gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.
- Truy cập trang web của Medicare (www.medicare.gov).

Trợ giúp từ Cơ Quan Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe California

Thanh Tra Viên Chăm Sóc Được Quản Lý Medi-Cal của Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe California (DHCS) có thể trợ giúp. Họ có thể trợ giúp nếu quý vị gặp vấn đề khi tham gia, thay đổi hoặc rời chương trình sức khỏe. Họ cũng có thể trợ giúp nếu quý vị chuyển đi và gặp khó khăn trong việc chuyển Medi-Cal của quý vị sang hạt mới. Quý vị có thể gọi cho Thanh Tra từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 5 p.m. theo số 1-888-452-8609 (TTY: 711).

Trợ giúp từ Sở Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe California

Liên hệ với Sở Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe California (DMHC) để được trợ giúp miễn phí. DMHC chịu trách nhiệm giám sát các chương trình bảo hiểm y tế. DMHC hỗ trợ những người kháng cáo về dịch vụ Medi-Cal hoặc vấn đề tính hóa đơn. Số điện thoại là **1-888-466-2219**. Các cá nhân bị khiếm thính, lãng tai hoặc khó nói chuyện có thể sử dụng số điện thoại TDD miễn phí, **1-877-688-9891**. Quý vị cũng có thể truy cập trang web của DMHC tại **www.dmhc.ca.gov**.

Sở Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe California phụ trách quản lý các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có khiếu nại về chương trình sức khỏe của mình, trước tiên quý vị cần gọi điện cho chương trình sức khỏe theo số **1-800-431-9007 (TTY: 711)** và sử dụng quy trình khiếu nại của chương trình sức khỏe trước khi liên hệ với sở. Việc sử dụng thủ tục khiếu nại này không cản trở bất kỳ quyền hợp pháp hay biện pháp khắc phục có thể có sẵn nào dành cho quý vị. Nếu quý vị cần giúp đỡ về khiếu nại liên quan đến trường hợp cấp cứu, than phiền chưa được chương trình sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng hoặc than phiền vẫn chưa được giải quyết trong hơn 30 ngày, quý vị có thể gọi cho sở để được trợ giúp. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện để được Đánh Giá Y Khoa Độc Lập (IMR). Nếu quý vị đủ điều kiện yêu cầu IMR, quy trình IMR sẽ cung cấp đánh giá khách quan về các quyết định y tế được chương

trình bảo hiểm sức khỏe đưa ra liên quan tới tính cần thiết về mặt y tế của dịch vụ hoặc điều trị được đề xuất, các quyết định về bảo hiểm đối với việc điều trị mang tính chất thử nghiệm hoặc nghiên cứu cũng như các tranh chấp về khoản thanh toán đối với các dịch vụ y tế cấp cứu hoặc khẩn cấp. Sở cũng có số điện thoại miễn phí (**1-888-466-2219**) và đường dây TDD (**1-877-688-9891**) dành cho người khiếm thính và khiếm ngôn. Trang web internet của sở **www.dmhc.ca.gov** có sẵn các mẫu đơn khiếu nại, mẫu đơn IMR và hướng dẫn trực tuyến.

C. Tìm hiểu về các khiếu nại và kháng cáo của Medicare và Medi-Cal trong chương trình của chúng tôi

Quý vị có Medicare và Medi-Cal. Thông tin trong chương này áp dụng cho **tất cả** các phúc lợi chăm sóc được Medicare và Medi-Cal quản lý của quý vị. Điều này đôi khi được gọi là "quy trình tích hợp" vì kết hợp hoặc tích hợp các quy trình Medicare và Medi-Cal.

Đôi khi không thể kết hợp các quy trình Medicare và Medi-Cal. Trong những trường hợp đó, quý vị sử dụng một quy trình cho phúc lợi Medicare và một quy trình khác cho phúc lợi của Medi-Cal. **Phần F4** giải thích những tình huống này.

D. Các vấn đề về phúc lợi của quý vị

Nếu quý vị có vấn đề hoặc mối lo ngại, hãy đọc các phần áp dụng cho trường hợp của mình trong chương này. Bảng sau đây giúp quý vị tìm đúng mục vấn đề hoặc khiếu nại trong chương này.

Vấn đề hoặc quan ngại của quý vị là về các phúc lợi hay bảo hiểm của quý vị? Điều này bao gồm các vấn đề về việc liệu hoạt động chăm sóc y tế cụ thể (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 khám chữa bệnh.	
Phải. Tôi có vấn đề về phúc lợi hoặc bảo hiểm. Tham khảo **Phần E,** "Quyết định bao trả và kháng cáo".	**Không.** Vấn đề của tôi không phải là về phúc lợi hoặc bảo hiểm. Tham khảo **Phần K**, "Cách nộp đơn khiếu nại".

E. Quyết định bao trả và kháng cáo

Quy trình yêu cầu quyết định bao trả và nộp đơn kháng cáo xử lý các vấn đề liên quan đến quyền lợi và bảo hiểm đối với hoạt động chăm sóc y tế của quý vị (dịch vụ, vật dụng, thuốc Phần B và cả việc thanh toán). Nói theo cách đơn giản, chúng tôi gọi chung các vật phẩm y tế, dịch vụ và thuốc Phần B là dịch vụ chăm sóc y tế. Quý vị 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.

E1. Quyết định bao trả

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 thuốc hoặc các dịch vụ y tế của quý vị. Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị cũng có thể liên hệ với chúng tôi và yêu cầu đưa ra quyết định bảo hiểm. Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị có thể không biết liệu chúng tôi có bao trả cho một dịch vụ y tế cụ thể hay không hoặc chúng tôi có thể từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cho rằng quý vị cần. **Nếu quý vị muốn biết chúng tôi có bao trả cho một dịch vụ y tế hay không trước khi nhận dịch vụ đó, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bao trả.**

Chúng tôi đưa ra quyết định bao trả khi xem xét yêu cầu dịch vụ hoặc yêu cầu bồi thường. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể quyết định rằng dịch vụ hoặc thuốc không được bao trả hoặc không còn được Medicare hoặc Medi-Cal bao trả cho quý vị. Nếu không đồng ý với quyết định về bảo hiểm này, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo.

E2. Kháng cáo

Nếu chúng tôi đưa ra quyết định bao trả và quý vị không hài lòng với quyết định này, quý vị có thể "kháng cáo" quyết định. Kháng cáo là cách chính thức yêu cầu chúng tôi xem xét và thay đổi quyết định bao trả mà chúng tôi đã đưa ra.

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 lại quyết định bao trả mà chúng tôi đã đưa ra để kiểm tra xem chúng tôi đã tuân thủ tất cả các quy định một cách hợp lý hay chưa. Những người đánh giá khác không phải là người đưa ra quyết định bất lợi ban đầu sẽ xử lý kháng cáo của quý vị.

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải bắt đầu kháng cáo của mình ở Cấp 1. Nếu vấn đề sức khỏe của quý vị mang tính khẩn cấp hoặc liên quan đến một mối đe dọa trực tiếp và nghiêm trọng đến sức khỏe hoặc nếu quý vị bị đau nặng và cần quyết định nhanh hơn, quý vị có thể yêu cầu Đánh Giá Y Tế IMR từ Sở Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe tại địa chỉ www.dmhc.ca.gov. Tham khảo **Phần F4** để biết thêm thông tin.

Khi chúng tôi hoàn tất đánh giá, chúng tôi sẽ cho quý vị biết quyết định của chúng tôi. Trong một số trường hợp, được giải thích ở phần sau của chương này, quý vị có thể yêu cầu "quyết định bảo hiểm nhanh" hoặc cấp tốc hoặc "kháng cáo nhanh" đối với quyết định bảo hiểm.

Nếu chúng tôi trả lời **Từ Chối** một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị. Nếu vấn đề của quý vị là về bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế của Medicare, thư này sẽ cho quý vị biết chúng tôi đã gửi trường hợp của quý vị đến Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập (IRO) để thực hiện Kháng cáo Cấp 2. Nếu vấn đề của quý vị là về bảo hiểm cho dịch vụ hoặc vật dụng của Medicare Part D hoặc Medicaid, thư này sẽ cho quý vị biết cách thức tự nộp Kháng Cáo Cấp 2. Để biết thêm thông tin về Kháng Cáo Cấp 2, tham khảo **Phần F4**.

Nếu quý vị không hài lòng với quyết định Kháng Cáo Cấp 2, quý vị có thể tiếp tục thông qua các cấp kháng cáo bổ sung.

E3. Trợ giúp về quyết định bao trả và kháng cáo

Quý vị có thể yêu cầu trợ giúp từ bất kỳ nơi nào sau đây:

- **Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên** theo các số ở cuối trang này.
- **Chương Trình Thanh Tra Viên Medicare Medi-Cal theo số 1-855-501-3077.**
- **Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Y Tế (HICAP)** theo số 1-800-434-0222.
- **Trung Tâm Trợ Giúp của Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC)** để được hỗ trợ miễn phí. DMHC hỗ trợ những người kháng cáo về dịch vụ Medi-Cal hoặc vấn đề tính hóa đơn. Số điện thoại là 1-888-466-2219. Các cá nhân bị khiếm thính, lãng tai hoặc khó nói chuyện có thể sử dụng số điện thoại TDD miễn phí, 1-877-688-9891. Quý vị cũng có thể truy cập trang web của DMHC tại www.dmhc.ca.gov. Mặc dù DMHC có thể giúp mọi người trong các chương trình Medi-Cal Được Quản Lý, nhưng không thể trợ giúp mọi người trong các chương trình Medicare và trong các Hệ Thống Y Tế Có Tổ Chức Của Hạt (COHS) sau đây: Partnership Health Plan, Gold Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health và CalOptima. Chính phủ liên bang quản lý các chương trình Medicare và Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe quản lý các chương trình COHS.
- **Bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác**. Bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác có thể thay mặt quý vị yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng cáo.
- **Bạn bè hoặc thành viên gia đình**. 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 nộp đơn kháng cáo.

- **Luật sư**. Quý vị có quyền yêu cầu luật sư, nhưng **quý vị không bắt buộc phải có luật sư** để yêu cầu đưa ra quyết định bao trả hoặc nộp đơn kháng cáo.
    - Gọi cho luật sư riêng hoặc chỉ định luật sư từ hội luật sư địa phương hoặc dịch vụ giới thiệu khác. Một số nhóm pháp lý sẽ cung cấp dịch vụ pháp lý miễn phí cho quý vị nếu quý vị đủ tiêu chuẩn.
    - Yêu cầu luật sư trợ giúp pháp lý từ Chương Trình Thanh Tra Viên Medicare Medi-Cal theo số 1-855-501-3077.

Điền vào mẫu đơn Chỉ Định Người Đại Diện nếu quý vị muốn luật sư hoặc người khác làm đại diện của quý vị. Mẫu đơn này cho phép một người bất kỳ hành động thay quý vị.

Gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo các số ở cuối trang và yêu cầu mẫu đơn "Chỉ Định Người Đại Diện". Quý vị cũng có thể lấy mẫu đơn này bằng cách truy cập www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang web của chúng tôi tại https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html. **Quý vị phải cung cấp cho chúng tôi một bản sao của đơn đã ký.**

E4. Phần nào trong chương này sẽ giúp ích cho quý vị

Có bốn trường hợp 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 cho từng trường hợp trong một mục riêng của chương này. Tham khảo mục áp dụng:

- **Phần F**, "Chăm sóc y tế"
- **Phần G**, "Thuốc Medicare Part D"
- **Phần H**, "Yêu cầu chúng tôi bao trả cho việc nằm viện lâu hơn"
- **Phần I**, "Yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả cho một số dịch vụ y tế nhất định" (Phần này chỉ áp dụng cho các dịch vụ sau: chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn và các dịch vụ tại Cơ Sở Phục Hồi Ngoại Trú Toàn Diện (CORF).)

Nếu quý vị không biết nên áp dụng mục nào, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo các số ở cuối trang.

F. Chăm sóc y tế

Phần này trình bày những điều cần làm nếu quý vị gặp vấn đề khi nhận bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc nếu quý vị muốn chúng tôi trả lại cho quý vị phần chi phí dịch vụ chăm sóc chúng tôi phải chi trả. Để biết thông tin về yêu cầu nằm viện lâu hơn, vui lòng tham khảo **Phần H**.

Phần này đề cập đến phúc lợi của quý vị đối với chăm sóc y tế được mô tả trong **Chương 4** của *Sổ Tay Thành Viên* này trong bảng phúc lợi. Trong một số trường hợp, có thể có quy định khác về thuốc Medicare Part B. Khi có, chúng tôi sẽ giải thích khác biệt giữa quy định về thuốc Medicare Part B và quy định về dịch vụ và vật tư y tế.

F1. Sử dụng phần này

Phần này giải thích việc quý vị có thể làm trong bất kỳ trường hợp nào sau đây:

1. Quý vị nghĩ chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế quý vị cần nhưng không được nhận.

   Điều quý vị có thể làm: Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi ra quyết định bảo hiểm. Tham khảo **Phần F2**.

2. Chúng tôi không phê duyệt dịch vụ chăm sóc y tế bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác muốn cung cấp cho quý vị và quý vị nghĩ chúng tôi cần phê duyệt.

   Điều quý vị có thể làm: Quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi. Tham khảo **Phần F3**.

3. Quý vị đã nhận dịch vụ chăm sóc y tế quý vị cho rằng chúng tôi bao trả nhưng chúng tôi sẽ không thanh toán.

   Điều quý vị có thể làm: Quý vị có thể kháng cáo quyết định không thanh toán của chúng tôi. Tham khảo **Phần F5**.

4. Quý vị đã nhận và thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế quý vị cho rằng chúng tôi bao trả và quý vị muốn chúng tôi hoàn lại cho quý vị.

   Điều quý vị có thể làm: Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị. Tham khảo **Phần F5**.

5. Chúng tôi đã cắt giảm hoặc ngừng bảo hiểm cho một số dịch vụ chăm sóc y tế nhất định và quý vị cho rằng quyết định của chúng tôi có thể gây hại cho sức khỏe của quý vị.

   Điều quý vị có thể làm: Quý vị có thể kháng cáo quyết định giảm hoặc ngừng dịch vụ chăm sóc y tế đó của chúng tôi. Tham khảo **Phần F4**.

   - Nếu bảo hiểm là dành cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện, dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc dịch vụ tại CORF, các quy định đặc biệt sẽ được áp dụng. Tham khảo **Phần H** hoặc **Phần I** để tìm hiểu thêm.

- Đối với tất cả các trường hợp khác liên quan đến việc giảm hoặc ngừng bảo hiểm cho một số dịch vụ chăm sóc y tế nhất định, hãy sử dụng phần này (**Phần F**) làm hướng dẫn của quý vị.

6. Quý vị đang bị chậm trễ trong quá trình chăm sóc hoặc quý vị không tìm được bác sĩ.

Điều quý vị có thể làm: Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại. Tham khảo **Phần K2**.

F2. Yêu cầu quyết định bao trả

> Khi quyết định bao trả liên quan đến dịch vụ chăm sóc y tế, quyết định được gọi là **quyết định cấp tổ chức tích hợp**.

Quý vị, bác sĩ hoặc người đại diện của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bao trả bằng cách:

- gọi: 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.
- fax: 1-844-222-3180.
- gửi thư: Medical Management
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

Quyết định bao trả tiêu chuẩn

Khi chúng tôi cho quý vị biết quyết định của chúng tôi, chúng tôi sử dụng thời hạn “tiêu chuẩn” trừ khi chúng tôi đồng ý sử dụng thời hạn “nhanh”. Quyết định bao trả tiêu chuẩn nghĩa là chúng tôi đưa ra cho quý vị câu trả lời trong vòng:

- **Năm ngày làm việc,** và không quá **bảy ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu **về dịch vụ hoặc vật phẩm y tế của quý vị tuân theo các quy tắc về sự chấp thuận trước của chúng tôi.**
- **Năm ngày làm việc,** và không quá **14 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu **về tất cả dịch vụ hoặc vật phẩm y tế khác**.
- **72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu **về thuốc Medicare Part B**.

Đối với vật phẩm hoặc dịch vụ y tế, chúng tôi có thể dành thêm tối đa 14 ngày theo lịch nếu chúng tôi yêu cầu có thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị (như hồ sơ y tế từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới). Nếu chúng tôi cần thêm

ngày để đưa ra quyết định, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. **Chúng tôi không được dành thêm ngày nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc Medicare Part B.**

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi **không** cần dành thêm ngày, quý vị có thể nộp "khiếu nại nhanh" về quyết định dành thêm ngày của chúng tôi. Khi quý vị nộp khiếu nại nhanh, chúng tôi sẽ trả lời khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ. Quy trình nộp đơn khiếu nại khác với quy trình về quyết định bao trả và kháng cáo. Để biết thêm thông tin về việc nộp đơn khiếu nại, bao gồm cả khiếu nại nhanh, tham khảo **Phần K.**

Quyết định nhanh về bảo hiểm

> Thuật ngữ pháp lý của quyết định nhanh về bảo hiểm là **quyết định nhanh**.

Khi quý vị yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bao trả về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị yêu cầu phản hồi nhanh, hãy yêu cầu chúng tôi đưa ra "quyết định nhanh về bảo hiểm". Quyết định nhanh về bảo hiểm nghĩa là chúng tôi sẽ đưa ra cho quý vị câu trả lời trong vòng:

- **72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu **về dịch vụ hoặc vật phẩm y tế**.
- **24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu **về thuốc Medicare Part B**.

Đối với vật phẩm hoặc dịch vụ y tế, chúng tôi có thể dành thêm tối đa 14 ngày theo lịch nếu chúng tôi thấy còn thiếu thông tin có thể có lợi cho quý vị (như hồ sơ y tế từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới) hoặc nếu quý vị cần thời gian để lấy thông tin cho chúng tôi đánh giá. Nếu chúng tôi cần thêm ngày để đưa ra quyết định, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. **Chúng tôi không được dành thêm thời gian nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc Medicare Part B.**

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi **không** cần dành thêm ngày để ra quyết định bao trả, quý vị có thể nộp "khiếu nại nhanh" về quyết định dành thêm ngày của chúng tôi. Để biết thêm thông tin về việc nộp đơn khiếu nại, bao gồm cả khiếu nại nhanh, tham khảo **Phần K.** Chúng tôi sẽ gọi cho quý vị ngay khi chúng tôi đưa ra quyết định.

Để nhận được quyết định nhanh về bảo hiểm, quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu:

- Quý vị đang yêu cầu bảo hiểm cho vật phẩm và/hoặc dịch vụ y tế quý vị **chưa nhận được.** Quý vị không thể yêu cầu quyết định nhanh về bảo hiểm để thanh toán cho vật tư hoặc dịch vụ quý vị đã sử dụng.
- 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.

Chúng tôi tự động đưa ra quyết định nhanh về bảo hiểm nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết tình trạng sức khỏe của quý vị cần quyết định đó. Nếu quý vị yêu cầu mà

không có sự hỗ trợ của bác sĩ, chúng tôi quyết định xem liệu quý vị có cần quyết định nhanh về bảo hiểm hay không.

- Nếu chúng tôi quyết định rằng sức khỏe của quý vị không đáp ứng các yêu cầu cho một quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi gửi thư cho quý vị để thông báo điều này và thay vào đó, chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn. Thư này sẽ cho quý vị biết:
    - Chúng tôi tự động đưa ra quyết định nhanh về bảo hiểm nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu.
    - Cách 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. Để biết thêm thông tin về việc nộp đơn khiếu nại, bao gồm cả khiếu nại nhanh, tham khảo **Phần K**.

Nếu chúng tôi Từ Chối một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do cho quý vị.

- Nếu chúng tôi **Từ Chối**, quý vị có quyền nộp đơn kháng cáo. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi làm sai, nộp đơn kháng cáo là cách chính thức để yêu cầu chúng tôi xem xét quyết định của mình và thay đổi quyết định đó.
- Nếu quý vị quyết định nộp đơn kháng cáo, quý vị sẽ chuyển sang Cấp 1 của quy trình kháng cáo (tham khảo **Phần F3**).

Trong một số ít trường hợp, chúng tôi có thể bác bỏ yêu cầu của quý vị về quyết định bao trả, nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu đó. Ví dụ về thời điểm yêu cầu bị bác bỏ bao gồm:

- nếu yêu cầu không đầy đủ,
- nếu ai đó thay mặt quý vị đưa ra yêu cầu nhưng không được ủy quyền hợp pháp để làm vậy, **hoặc**
- nếu quý vị yêu cầu rút lại yêu cầu.

Nếu chúng tôi bác bỏ yêu cầu quyết định bao trả, chúng tôi sẽ gửi thông báo cho quý vị giải thích lý do yêu cầu bị bác bỏ và cách yêu cầu xem xét lại bác bỏ đó. Việc xem xét này được gọi là kháng cáo. Kháng cáo được thảo luận trong mục tiếp theo.

F3. Nộp Đơn Kháng Cáo Cấp 1

Để bắt đầu kháng cáo, liên quan đến dịch vụ hoặc vật dụng bị từ chối hoặc để tiếp tục nhận dịch vụ hoặc vật dụng quý vị đang nhận được**,** quý vị, bác sĩ hoặc người đại diện được ủy quyền của quý vị phải liên hệ với chúng tôi. Gọi cho chúng tôi theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711).

Yêu cầu kháng cáo tiêu chuẩn hoặc kháng cáo nhanh bằng văn bản hoặc bằng cách gọi cho chúng tôi theo số 1-800-431-9007 (TTY:711).

- Nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác yêu cầu tiếp tục dịch vụ hoặc vật tư mà quý vị đang nhận trong quá trình kháng cáo, quý vị có thể cần chỉ định họ làm người đại diện để hành động thay mặt cho quý vị.
- Nếu một người nào đó không phải bác sĩ của quý vị thực hiện kháng cáo cho quý vị, hãy điền mẫu đơn Chỉ Định Người Đại Diện cho phép người này đại diện cho quý vị. Quý vị có thể lấy mẫu đơn này bằng cách truy cập www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang web của chúng tôi tại https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html.
- Chúng tôi có thể chấp nhận một yêu cầu kháng cáo không có mẫu đơn này, nhưng chúng tôi không thể bắt đầu hoặc hoàn thành đánh giá 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 kháng cáo của quý vị:
  - Chúng tôi bác bỏ yêu cầu của quý vị và
  - Chúng tôi gửi cho quý vị văn bản thông báo giải thích quyền yêu cầu IRO đánh giá quyết định của chúng tôi về việc bác bỏ kháng cáo của quý vị.
- Quý vị phải yêu cầu kháng cáo trong vòng 65 ngày theo lịch kể từ ngày ghi trên thư chúng tôi gửi để thông báo cho quý vị về quyết định của chúng tôi.
- Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này và có lý do chính đáng cho việc bỏ lỡ đó, chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để kháng cáo. Ví dụ về những lý do hợp lý là những trường hợp như quý vị bị bệnh nặng hoặc chúng tôi cung cấp cho quý vị thông tin sai về thời hạn. Giải thích lý do kháng cáo của quý vị bị chậm trễ khi quý vị kháng cáo.
- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp miễn phí bản sao thông tin về kháng cáo của quý vị. Quý vị và bác sĩ của quý vị cũng có thể cung cấp cho chúng tôi thêm thông tin để hỗ trợ cho kháng cáo của quý vị.

Hãy yêu cầu kháng cáo nhanh nếu trình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi điều đó.

> Thuật ngữ pháp lý của “kháng cáo nhanh” là “**tái xét quyết định nhanh**”.

- Nếu quý vị kháng cáo một quyết định mà chúng tôi đã đưa ra về mức bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc, quý vị và/hoặc bác sĩ có thể yêu cầu kháng cáo nhanh.

Chúng tôi tự động tiến hành kháng cáo nhanh cho quý vị nếu bác sĩ cho chúng tôi biết tình trạng sức khỏe của quý vị cần như vậy. Nếu quý vị yêu cầu khi không có sự hỗ trợ của bác sĩ, chúng tôi sẽ quyết định việc quý vị có cần kháng cáo nhanh hay không.

- Nếu chúng tôi quyết định tình trạng sức khỏe của quý vị không đáp ứng yêu cầu để kháng cáo nhanh, chúng tôi gửi thư cho quý vị để thông báo điều này và thay vào đó, chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn. Thư này sẽ cho quý vị biết:
    - Chúng tôi tự động tiến hành kháng cáo nhanh cho quý vị nếu bác sĩ có yêu cầu.
    - Cách quý vị có thể nộp "khiếu nại nhanh" về quyết định tiến hành kháng cáo tiêu chuẩn thay vì kháng cáo nhanh cho quý vị của chúng tôi. Để biết thêm thông tin về việc nộp đơn khiếu nại, bao gồm cả khiếu nại nhanh, tham khảo **Phần K**.

Nếu chúng tôi thông báo với quý vị rằng chúng tôi đang ngừng hoặc giảm các dịch vụ hoặc vật tư mà quý vị đã nhận được, quý vị có thể tiếp tục sử dụng các dịch vụ hoặc vật tư đó trong quá trình kháng cáo.

- Nếu chúng tôi quyết định thay đổi hoặc dừng bảo hiểm cho dịch vụ hoặc vật tư quý vị được nhận, chúng tôi gửi thông báo cho quý vị trước khi thực hiện hành động.
- Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi, quý vị có thể nộp đơn Kháng Cáo Cấp 1.
- Chúng tôi tiếp tục bao trả cho dịch vụ hoặc vật tư này nếu quý vị yêu cầu Kháng Cáo Cấp 1 trong vòng mười ngày theo lịch kể từ ngày ghi trên thư của chúng tôi hoặc theo ngày có hiệu lực dự kiến của hành động, tùy theo thời điểm nào diễn ra sau.
    - Nếu quý vị đáp ứng thời hạn này, quý vị sẽ nhận được dịch vụ hoặc vật tư mà không có thay đổi nào trong khi đang chờ xử lý Kháng Cáo Cấp 1.
    - Quý vị cũng sẽ được nhận tất cả các dịch vụ hoặc vật tư khác (không phải là đối tượng của kháng cáo của quý vị) mà không có thay đổi nào.
    - Nếu quý vị không kháng cáo trước những ngày này, dịch vụ hoặc vật tư sẽ không được tiếp tục trong khi quý vị chờ quyết định kháng cáo.

Chúng tôi xem xét đơn kháng cáo của quý vị và cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi.

- Khi chúng tôi xem xét đơn kháng cáo của quý vị, chúng tôi cũng thận trọng xem xét lần nữa tất cả thông tin về yêu cầu bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị.

- Chúng tôi kiểm tra xem liệu chúng tôi có tuân thủ tất cả các quy tắc khi chúng tôi **Từ Chối** yêu cầu của quý vị hay không.
- Chúng tôi thu thập thêm thông tin nếu chúng tôi cần. Chúng tôi có thể liên hệ với quý vị hoặc bác sĩ của quý vị để có thêm thông tin.

Có thời hạn áp dụng cho kháng cáo nhanh.

- Khi áp dụng thời hạn nhanh, chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 72 giờ sau khi nhận được kháng cáo hoặc sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị cần được phản hồi nhanh hơn**. Nếu chúng tôi từ chối một kháng cáo nhanh, chúng tôi sẽ xác nhận bằng lời về quyết định từ chối này cho quý vị, bác sĩ, người kê toa hoặc đại diện của quý vị.
    - Nếu chúng tôi không trả lời quý vị trong vòng 72 giờ, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo. Khi đó, IRO sẽ xem xét yêu cầu của quý vị. IRO sẽ thông báo bằng văn bản cho quý vị khi nhận được kháng cáo của quý vị. Trong phần sau của chương này, chúng tôi sẽ trình bày về tổ chức này và giải thích quy trình kháng cáo Cấp 2. Nếu vấn đề là về bảo hiểm cho dịch vụ hoặc vật tư của Medi-Cal, quý vị có thể tự nộp kháng cáo Cấp 2 – Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang lên tiểu bang ngay khi hết thời gian. Tại California, Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang được gọi là Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Để nộp đơn yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang, tham khảo **Phần F4**.
- **Nếu chúng tôi Đồng Ý một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị,** chúng tôi phải cho phép hoặc tiến hành bao trả như thỏa thuận trong vòng 72 giờ sau khi nhận được kháng cáo của quý vị hoặc sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu.
- **Nếu chúng tôi Từ Chối một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị,** chúng tôi sẽ gửi kháng cáo của quý vị tới IRO để thực hiện Kháng Cáo Cấp 2.

Có thời hạn áp dụng cho kháng cáo tiêu chuẩn.

- Khi chúng tôi áp dụng thời hạn tiêu chuẩn, chúng tôi phải cho quý vị biết câu trả lời **trong vòng 30 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị về bảo hiểm cho các dịch vụ quý vị chưa nhận được.
- Nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc Medicare Part B mà quý vị không nhận được, chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời **trong vòng bảy ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị hoặc sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu.
    - Nếu chúng tôi không trả lời quý vị đúng thời hạn, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo. Khi đó, IRO sẽ xem xét yêu cầu của quý

vị. Trong phần sau của chương này, chúng tôi sẽ trình bày về tổ chức này và giải thích quy trình kháng cáo Cấp 2. Nếu vấn đề là về bảo hiểm cho dịch vụ hoặc vật tư của Medi-Cal, quý vị có thể tự nộp kháng cáo Cấp 2 – Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang lên tiểu bang ngay khi hết thời gian. Tại California, Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang được gọi là Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Để nộp đơn yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang, tham khảo **Phần F4**.

Nếu chúng tôi Đồng Ý một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải cho phép hoặc tiến hành bao trả như thỏa thuận trong vòng 30 ngày theo lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu kháng cáo của quý vị hoặc sớm nhất theo tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu và trong vòng 72 giờ kể từ ngày chúng tôi thay đổi quyết định hoặc trong vòng bảy ngày theo lịch kể từ ngày chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc Medicare Part B.

Nếu chúng tôi **Từ Chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, **quý vị có quyền kháng cáo bổ sung:**

- Nếu chúng tôi **Từ Chối** một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị.
- Nếu vấn đề của quý vị là về bảo hiểm cho dịch vụ hoặc vật tư Medicare, thư này cho quý vị biết chúng tôi đã gửi trường hợp của quý vị đến IRO để thực hiện Kháng Cáo Cấp 2.
- Nếu vấn đề của quý vị là về bảo hiểm cho dịch vụ hoặc vật tư Medi-Cal, thư này sẽ cho quý vị biết cách thức tự nộp Kháng Cáo Cấp 2.

F4. Nộp Đơn Kháng Cáo Cấp 2

Nếu chúng tôi **Từ Chối** một phần hoặc toàn bộ Kháng cáo Cấp 1 của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị. Thư này sẽ cho quý vị biết Medicare, Medi-Cal hoặc cả hai chương trình thường bao trả dịch vụ hoặc vật tư này.

- Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ hoặc vật tư mà **Medicare** thường bao trả, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị lên Cấp 2 trong quy trình kháng cáo ngay khi hoàn thành Kháng Cáo Cấp 1.
- Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ hoặc vật tư mà **Medi-Cal** thường bao trả, quý vị có thể tự mình nộp Kháng Cáo Cấp 2. Thư này cho quý vị biết cách thức thực hiện việc này. Chúng tôi cũng đưa thêm thông tin vào phần sau của chương này.
- Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ hoặc vật tư mà **cả Medicare và Medi-Cal** đều có thể bao trả, quý vị sẽ tự động được Kháng Cáo Cấp 2 với IRO. Ngoài Kháng Cáo Cấp

2 tự động, quý vị còn có thể yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang và Đánh Giá Y Tế Độc Lập với tiểu bang. Tuy nhiên, quý vị sẽ không được yêu cầu Đánh Giá Y Tế Độc Lập nếu đã trình bày bằng chứng trong Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

Nếu quý vị đủ điều kiện để tiếp tục hưởng các phúc lợi khi quý vị đã nộp đơn Kháng Cáo Cấp 1, các phúc lợi của quý vị cho dịch vụ, vật tư hoặc thuốc đang được kháng cáo cũng có thể tiếp tục trong quá trình kháng cáo Cấp 2. Tham khảo **Phần F3** để biết thông tin về cách tiếp tục các phúc lợi của quý vị trong Kháng Cáo Cấp 1.

- Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ thường chỉ được Medicare bao trả, quyền lợi về dịch vụ đó của quý vị sẽ không được tiếp tục trong suốt quá trình kháng cáo Cấp 2 với IRO.
- Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ thường chỉ được Medi-Cal bao trả, phúc lợi về dịch vụ đó của quý vị sẽ tiếp tục nếu quý vị nộp Kháng Cáo Cấp 2 trong vòng mười ngày theo lịch sau khi nhận được thư quyết định của chúng tôi.

Khi vấn đề của quý vị là về dịch vụ hoặc vật tư Medicare thường bao trả

IRO sẽ xem xét kháng cáo của quý vị. Đây là một tổ chức độc lập được Medicare thuê.

> Tên chính thức của "Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập" (IRO) là **Cơ Quan Đánh Giá Độc Lập**, đôi khi gọi là **IRE**.

- Tổ chức này không liên kết với chúng tôi và không phải là cơ quan chính phủ. Medicare chọn công ty làm IRO và Medicare giám sát công việc của họ.
- Chúng tôi gửi thông tin về kháng cáo của quý vị ("hồ sơ trường hợp" của quý vị) cho tổ chức này. Quý vị có quyền yêu cầu cung cấp miễn phí một bản sao hồ sơ trường hợp của quý vị.
- Quý vị có quyền cung cấp cho IRO thêm thông tin để hỗ trợ kháng cáo.
- Người đánh giá tại IRO sẽ xem xét cẩn thận tất cả thông tin liên quan đến 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.

- Nếu quý vị đã có kháng cáo nhanh đối với chúng tôi ở Cấp 1, quý vị sẽ tự động có kháng cáo nhanh ở Cấp 2. IRO phải trả lời Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** kể từ khi nhận được kháng cáo.

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

- Nếu quý vị đã có kháng cáo tiêu chuẩn đối với chúng tôi ở Cấp 1, quý vị tự động nhận kháng cáo tiêu chuẩn ở Cấp 2.
- Nếu yêu cầu của quý vị là về vật tư hoặc dịch vụ y tế, IRO phải trả lời Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 30 ngày theo lịch** kể từ khi nhận được kháng cáo.
- Nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc Medicare Part B, IRO phải trả lời Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng bảy ngày theo lịch** kể từ khi nhận được kháng cáo.

Nếu IRO trả lời quý vị bằng văn bản và giải thích lý do.

- **Nếu IRO Đồng Ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về vật tư hoặc dịch vụ y tế,** chúng tôi phải nhanh chóng thực hiện quyết định:
  - Cho phép bao trả dịch vụ chăm sóc y tế **trong vòng 72 giờ, hoặc**
  - Cung cấp dịch vụ trong vòng **năm ngày làm việc** sau khi nhận được quyết định của IRO đối với **yêu cầu tiêu chuẩn, hoặc**
  - Cung cấp dịch vụ **trong vòng 72 giờ** kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của IRO đối với **yêu cầu nhanh**.
- **Nếu IRO Đồng Ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về thuốc Medicare Part B, chúng tôi phải chấp thuận hoặc cung cấp thuốc Medicare Part B đang kháng cáo:**
  - **Trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được quyết định của IRO đối với **yêu cầu tiêu chuẩn, hoặc**
  - **Trong vòng 24 giờ** kể từ ngày nhận được quyết định của IRO đối với **yêu cầu nhanh.**
- **Nếu IRO Từ Chối một phần hoặc toàn bộ kháng cáo của quý vị,** điều này có nghĩa là họ đồng ý chúng tôi không phải chấp thuận yêu cầu (hoặc một phần yêu cầu) bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị. Đây được gọi là “giữ nguyên quyết định” hay “bác bỏ kháng cáo của quý vị”.
  - Nếu trường hợp của quý vị đáp ứng yêu cầu, quý vị có thể chọn muốn nộp đơn kháng cáo lên mức cao hơn hay không.

- Có thêm ba cấp trong quy trình kháng cáo sau Cấp 2, tổng cộng là năm cấp kháng cáo.
- Nếu Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị bị bác bỏ và quý vị đáp ứng các yêu cầu để tiếp tục quy trình kháng cáo, quý vị phải quyết định liệu quý vị có muốn chuyển lên Cấp 3 và nộp đơn kháng cáo lần thứ ba hay không. Chi tiết về cách thực hiện có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau đơn Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị.
- Thẩm Phán Luật Hành Chính (ALJ) hoặc luật sư xét xử sẽ xử lý Kháng Cáo Cấp 3. Tham khảo **Phần J** để biết thêm thông tin về Kháng Cáo Cấp 3, 4 và 5.

Khi vấn đề của quý vị là về dịch vụ hoặc vật tư Medi-Cal thường bao trả

Có hai cách để thực hiện kháng cáo Cấp 2 về dịch vụ và vật tư Medi-Cal: (1) Nộp đơn khiếu nại hoặc nộp đơn yêu cầu Đánh Giá Y Tế Độc Lập hoặc (2) Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

(1) Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe Được Quản Lý (DMHC)

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại hoặc nộp yêu cầu Đánh Giá Y Tế Độc Lập (IMR) từ Trung Tâm Trợ Giúp tại DMHC. Bằng cách nộp đơn khiếu nại, DMHC sẽ xem xét quyết định của chúng tôi. DMHC sẽ tự điều tra khiếu nại của quý vị hoặc quyết định xem trường hợp này có đủ điều kiện cho IMR hay không. IMR có thể được cung cấp cho bất kỳ vật tư hoặc dịch vụ được bao trả nào của Medi-Cal mang tính chất y tế. IMR là đánh giá trường hợp của quý vị do các chuyên gia không thuộc chương trình của chúng tôi hoặc không thuộc DMHC thực hiện. Nếu IMR được quyết định có lợi cho quý vị, chúng tôi phải cung cấp cho quý vị dịch vụ hoặc vật tư quý vị yêu cầu. Quý vị không phải trả chi phí cho IMR.

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại hoặc đăng ký tiến hành IMR nếu chương trình của chúng tôi:

- Từ chối, thay đổi hoặc trì hoãn một dịch vụ hoặc phương pháp điều trị của Medi-Cal do chương trình của chúng tôi quyết định điều này là không cần thiết về mặt y tế.
- Không bao trả việc điều trị mang tính thử nghiệm hoặc nghiên cứu của Medi-Cal đối với một bệnh lý nghiêm trọng.
- Bất đồng về bản chất thẩm mỹ hay tái tạo của một dịch vụ hoặc thủ thuật ngoại khoa.
- Không chi trả cho dịch vụ y tế cấp cứu hoặc khẩn cấp của Medi-Cal mà quý vị đã nhận được.
- Không giải quyết Kháng Cáo Cấp 1 về dịch vụ Medi-Cal của quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch đối với kháng cáo tiêu chuẩn hoặc 72 giờ hoặc sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu đối với kháng cáo nhanh.

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải nộp đơn kháng cáo cho chúng tôi trước khi yêu cầu IMR. Tham khảo **Phần F3** để biết thông tin về quy trình kháng cáo Cấp 1 của chúng tôi. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi, quý vị có thể nộp Đơn Yêu Cầu IMR/Đơn Khiếu Nại đến DMHC.

LƯU Ý: Nếu nhà cung cấp đã nộp đơn kháng cáo cho quý vị nhưng chúng tôi không nhận được đơn Chỉ Định Người Đại Diện của quý vị, quý vị cần nộp lại kháng cáo cho chúng tôi trước khi có thể nộp IMR Cấp 2 cho DMHC trừ khi kháng cáo của quý vị liên quan đến mối đe dọa cận kề và nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị, bao gồm nhưng không chỉ giới hạn ở tình trạng đau dữ dội, nguy cơ mất mạng, mất chi hoặc chức năng chính trong cơ thể.

Quý vị có thể yêu cầu cả IMR và Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang nhưng sẽ không được phép yêu cầu IMR nếu quý vị đã trình bày bằng chứng trong Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang, có Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang cho cùng một vấn đề.

Nếu phương pháp điều trị của quý vị bị từ chối vì mang tính thử nghiệm hoặc nghiên cứu, quý vị sẽ không phải thực hiện quy trình kháng cáo của chúng tôi trước khi nộp đơn yêu cầu IMR.

Nếu vấn đề của quý vị khẩn cấp hoặc liên quan đến tình huống đe dọa trực tiếp và nghiêm trọng tới sức khỏe của quý vị hoặc nếu quý vị bị đau nặng thì quý vị có thể yêu cầu DMHC giải quyết ngay mà không cần thực hiện quy trình kháng cáo của chúng tôi trước.

Quý vị phải **nộp đơn yêu cầu IMR trong vòng sáu tháng** sau khi chúng tôi gửi cho quý vị quyết định bằng văn bản về kháng cáo của quý vị. DMHC có thể chấp nhận đơn yêu cầu của quý vị sau sáu tháng nếu có lý do chính đáng, chẳng hạn như quý vị gặp phải tình trạng bệnh lý khiến quý vị không thể yêu cầu IMR trong vòng sáu tháng hoặc quý vị đã không nhận được thông báo đầy đủ về quy trình IMR từ chúng tôi.

Để gửi khiếu nại hoặc yêu cầu IMR:

- Điền vào Mẫu Đơn IMR/Khiếu Nại có sẵn tại: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx hoặc gọi đến Trung Tâm Trợ Giúp của DMHC theo số 1-888-466-2219. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-688-9891.
- Nếu có, hãy đính kèm bản sao của thư từ hoặc các tài liệu khác về dịch vụ hoặc vật tư bị chúng tôi từ chối. Điều này có thể đẩy nhanh quy trình IMR. Gửi bản sao của các tài liệu, không gửi bản gốc. Trung Tâm Trợ Giúp không thể trả lại bất cứ tài liệu nào.
- Điền Mẫu Đơn Chỉ Định Người Hỗ Trợ Được Ủy Quyền nếu ai đó đang giúp quý vị xử lý IMR của quý vị. Quý vị có thể lấy mẫu đơn tại www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx hoặc gọi đến Trung Tâm Trợ Giúp của Sở theo số 1-888-466-2219. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-688-9891.

- Gửi Mẫu Đơn IMR/Khiếu Nại và bất kỳ tài liệu đính kèm nào tới DMHC trực tuyến: www.dmhc.ca.gov/fileaComplaint.

  Gửi qua thư hoặc fax:

  Help Center
  Department of Managed Health Care
  980 Ninth Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  FAX: 916-255-5241

Trong vòng bảy ngày, DMHC sẽ xem xét đơn của quý vị và gửi cho quý vị thư xác nhận đã tiếp nhận. Nếu DMHC xác định trường hợp đủ điều kiện cho IMR, thì quyết định IMR sẽ được thực hiện trong vòng 45 ngày sau khi nhận được tất cả các tài liệu cần thiết.

Nếu trường hợp của quý vị là khẩn cấp và quý vị đủ điều kiện cho IMR, quyết định IMR thường sẽ được thực hiện trong vòng bảy ngày theo lịch sau khi nhận được tất cả các tài liệu cần thiết.

Nếu quý vị không hài lòng với kết quả của IMR, quý vị vẫn có thể yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

IMR có thể mất nhiều thời gian hơn nếu DMHC không nhận được tất cả hồ sơ y tế cần thiết từ quý vị hoặc bác sĩ điều trị của quý vị. Nếu quý vị đang theo khám một bác sĩ không nằm trong mạng lưới của chương trình sức khỏe của quý vị, quý vị phải lấy hồ sơ y tế của quý vị từ bác sĩ đó và gửi cho chúng tôi. Chương trình sức khỏe của quý vị phải có được bản sao hồ sơ y tế của quý vị từ các bác sĩ trong mạng lưới.

Nếu DMHC quyết định trường hợp của quý vị không đủ điều kiện cho IMR, DMHC sẽ đánh giá trường hợp của quý vị thông qua quy trình khiếu nại thông thường dành cho người tiêu dùng. Khiếu nại của quý vị sẽ được giải quyết trong vòng 30 ngày theo lịch kể từ khi nộp đơn yêu cầu đã điền đầy đủ. Nếu khiếu nại của quý vị là khẩn cấp, trường hợp sẽ được giải quyết sớm hơn.

(2) Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang

Quý vị có thể yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang cho các dịch vụ và vật tư được Medi-Cal bao trả. Nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác yêu cầu dịch vụ hoặc vật tư mà chúng tôi sẽ không phê duyệt hoặc chúng tôi sẽ không tiếp tục chi trả cho dịch vụ hoặc vật tư mà quý vị đã có và chúng tôi từ chối với kháng cáo Cấp 1 của quý vị, quý vị có quyền yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

Trong hầu hết các trường hợp, **quý vị có 120 ngày để yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang** sau khi thông báo “Thư Quyết Định Kháng Cáo” được gửi đến quý vị qua đường bưu điện.

LƯU Ý: Nếu quý vị yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang vì chúng tôi thông báo dịch vụ quý vị hiện đang sử dụng sẽ bị thay đổi hoặc chấm dứt, **quý vị có ít thời gian để nộp yêu cầu hơn** nếu quý vị muốn tiếp tục nhận dịch vụ đó trong khi chờ Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Hãy đọc "Các phúc lợi của tôi sẽ tiếp tục trong khi tiến hành kháng cáo Cấp 2 chứ" trên trang trang 257 để biết thêm thông tin.

Quý vị có thể yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang theo những cách sau:

- Trực tuyến tại www.cdss.ca.gov.
- Bằng điện thoại: Gọi số 1-800-743-8525. Số này có thể rất bận. Quý vị có thể nhận được thông báo gọi lại sau đó. Nếu quý vị không thể nói hoặc nghe tốt, vui lòng gọi TTY/TDD 1-800-952-8349.
- Bằng văn bản: Điền vào mẫu đơn Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang hoặc viết thư. Gửi thư qua đường bưu điện hoặc fax đến:
- Gửi thư cho: California Department of Social Services State Hearings Division P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433 Sacramento, CA 94244-2430
- Fax: (916) 309-3487 hoặc số điện thoại miễn phí 1-833-281-0903
- Quý vị có thể điền thông tin vào mẫu "Yêu Cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang" ở mặt sau của thông báo hành động. Hãy đảm bảo ghi tên, địa chỉ, số điện thoại, Số An Sinh Xã Hội và/hoặc số CIN của quý vị cùng lý do quý vị muốn yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Nếu một người khác giúp quý vị yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang, hãy thêm tên, địa chỉ và số điện thoại của họ vào mẫu hoặc thư này. Nếu quý vị cần thông dịch viên, hãy cho Phòng Điều Trần Cấp Tiểu Bang biết ngôn ngữ quý vị sử dụng. Quý vị sẽ không phải trả chi phí thông dịch viên. Phòng Điều Trần Cấp Tiểu Bang sẽ tìm thông dịch viên cho quý vị. Nếu quý vị bị khuyết tật, Phòng Điều Trần Cấp Tiểu Bang có thể cung cấp miễn phí cho quý vị các tiện nghi đặc biệt để giúp quý vị tham gia phiên điều trần. Vui lòng bao gồm thông tin về tình trạng khuyết tật của quý vị và tiện nghi quý vị cần.

Phòng Điều Trần Cấp Tiểu Bang gửi cho quý vị quyết định của họ bằng văn bản và giải thích lý do.

- Nếu Phòng Điều Trần Cấp Tiểu Bang **Đồng Ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về một dịch vụ hoặc vật tư y tế**,** chúng tôi phải chấp thuận hoặc cung cấp dịch vụ hoặc vật tư đó **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định.

- Nếu Phòng Điều Trần Cấp Tiểu Bang **Từ Chối** một phần hoặc toàn bộ kháng cáo của quý vị, điều này có nghĩa là họ đồng ý chúng tôi không phải chấp thuận yêu cầu (hoặc một phần yêu cầu) bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị. Đây được gọi là "giữ nguyên quyết định" hay "bác bỏ kháng cáo của quý vị".

Nếu quyết định của IRO hoặc Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang **Từ Chối** toàn bộ hoặc một phần yêu cầu của quý vị, quý vị có quyền kháng cáo bổ sung.

Nếu Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị chuyển đến **IRO,** quý vị chỉ có thể kháng cáo một lần nữa khi giá trị của dịch vụ hoặc vật tư quý vị mong muốn đạt đến số tiền tối thiểu nhất định. ALJ hoặc luật sư xét xử sẽ xử lý Kháng Cáo Cấp 3. **Thư quý vị nhận được từ IRO sẽ giải thích các quyền kháng cáo bổ sung quý vị có thể có.**

Thư quý vị nhận được từ Phòng Điều Trần Cấp Tiểu Bang mô tả lựa chọn kháng cáo tiếp theo.

Tham khảo **Phần J** để biết thêm thông tin về các quyền kháng cáo của quý vị sau Cấp 2.

F5. Các vấn đề về thanh toán

Chúng tôi không cho phép nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi tính hóa đơn dịch vụ và vật dụng được bao trả cho quý vị. Điều này được áp dụng ngay cả khi chúng tôi thanh toán cho nhà cung cấp ít hơn số tiền mà nhà cung cấp tính phí cho một dịch vụ hoặc vật tư được bao trả. Quý vị không phải trả số tiền chưa thanh toán của bất kỳ hóa đơn nào.

Nếu quý vị nhận được hóa đơn cho dịch vụ và vật tư được bao trả, vui lòng gửi hóa đơn cho chúng tôi. Đừng tự mình trả hóa đơn. Chúng tôi sẽ liên lạc trực tiếp với nhà cung cấp và giải quyết vấn đề đó. Nếu quý vị thanh toán hóa đơn, quý vị có thể được chương trình bồi hoàn nếu đã tuân thủ theo các quy định về sử dụng dịch vụ và vật tư.

Để biết thêm thông tin, tham khảo **Chương 7** trong *Sổ Tay Thành Viên* này. Chương này mô tả các trường hợp quý vị có thể cần yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền hoặc thanh toán hóa đơn quý vị nhận được từ nhà cung cấp. Chương này cũng trình bày cách thức gửi cho chúng tôi giấy tờ yêu cầu thanh toán.

Nếu quý vị yêu cầu được bồi hoàn, nghĩa là quý vị đang yêu cầu một quyết định bao trả. Chúng tôi sẽ kiểm tra xem liệu dịch vụ hoặc vật tư quý vị đã thanh toán có được bao trả hay không và quý vị có tuân theo tất cả các quy tắc sử dụng bảo hiểm của quý vị hay không.

- Nếu dịch vụ hoặc vật tư quý vị đã thanh toán được bao trả và quý vị đã tuân thủ tất cả các quy tắc, chúng tôi thường sẽ gửi cho nhà cung cấp tiền thanh toán cho dịch vụ hoặc vật tư đó trong vòng 30 ngày theo lịch nhưng không quá 60 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu của quý vị. Sau đó, nhà cung cấp của quý vị sẽ gửi tiền thanh toán đó cho quý vị.

- Nếu quý vị chưa trả tiền cho các dịch vụ hoặc vật tư đó, chúng tôi sẽ trực tiếp thanh toán cho nhà cung cấp. Khi chúng tôi thanh toán, điều đó đồng nghĩa với việc **Đồng Ý** với yêu cầu về quyết định bao trả của quý vị.

- Nếu dịch vụ hoặc vật tư không được bao trả hoặc quý vị đã không tuân thủ tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ gửi thư thông báo cho quý vị biết chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ hoặc vật tư này và giải thích lý do.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định không thanh toán của chúng tôi, **quý vị có thể nộp đơn kháng cáo**. Tuân theo quy trình kháng cáo được mô tả ở **Mục F3**. Khi quý vị thực hiện theo các hướng dẫn này, hãy lưu ý:

- Nếu quý vị tiến hành kháng cáo chúng tôi để được hoàn lại tiền, chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận được kháng cáo của quý vị.

Nếu câu trả lời của chúng tôi đối với kháng cáo của quý vị là **Từ Chối** và **Medicare** thường bao trả cho dịch vụ hoặc vật tư này, chúng tôi sẽ gửi trường hợp của quý vị đến IRO. Chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị nếu điều này xảy ra.

- Nếu IRO hủy bỏ quyết định của chúng tôi và cho biết chúng tôi cần thanh toán cho quý vị, chúng tôi phải gửi khoản thanh toán cho quý vị hoặc nhà cung cấp 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 tiền thanh toán cho quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong vòng 60 ngày theo lịch.

- Nếu IRO Từ Chối kháng cáo của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý chúng tôi không phải chấp thuận yêu cầu của quý vị. Đây được gọi là “giữ nguyên quyết định” hay “bác bỏ kháng cáo của quý vị”. Quý vị sẽ nhận được thư giải thích các quyền kháng cáo bổ sung mà quý vị có thể có. Tham khảo **Phần J** để biết thêm thông tin về các cấp kháng cáo khác.

Nếu câu trả lời của chúng tôi cho kháng cáo của quý vị là **Từ Chối** và Medi-Cal thường bao trả cho dịch vụ hoặc vật tư này, quý vị có thể tự mình nộp đơn Kháng Cáo Cấp 2. Tham khảo **Phần F4** để biết thêm thông tin.

G. Thuốc Medicare Part D

Quyền lợi của quý vị khi làm thành viên chương trình của chúng tôi bao gồm bảo hiểm cho nhiều loại thuốc. Hầu hết các loại thuốc này là thuốc Medicare Part D. Có một số loại thuốc Medicare Part D không bao trả nhưng Medi-Cal có thể bao trả. **Mục này chỉ áp dụng cho kháng cáo về thuốc Medicare Part D.** Chúng tôi sẽ gọi là “thuốc” trong phần còn lại của mục

này thay vì nói "thuốc Medicare Part D" mỗi lần nhắc đến. Đối với các loại thuốc chỉ được Medi-Cal bao trả, hãy thực hiện theo quy trình trong **Phần E**.

Để được chi trả, thuốc phải được sử dụng theo chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. Điều đó có nghĩa là thuốc này phải được Food and Drug Administration (FDA) phê duyệt hoặc được một số tài liệu tham khảo y khoa xác nhận. Tham khảo **Chương 5** trong *Sổ Tay Thành Viên* này để biết thêm thông tin về chỉ định được chấp nhận về mặt y tế.

G1. Quyết định bao trả và kháng cáo Medicare Part D

Dưới đây là ví dụ về các quyết định bao trả quý vị yêu cầu chúng tôi đưa ra về thuốc Medicare Part D:

- Quý vị yêu cầu chúng tôi tạo một trường hợp ngoại lệ, bao gồm yêu cầu chúng tôi:
  - Bao trả thuốc Medicare Part D không có trong *Danh Sách Thuốc* thuộc chương trình của chúng tôi hoặc
  - Bỏ qua hạn chế về bảo hiểm của chúng tôi đối với một loại thuốc (chẳng hạn như giới hạn số lượng quý vị có thể lấy)
- Quý vị hỏi chúng tôi xem thuốc có được bao trả cho quý vị hay không (chẳng hạn như khi thuốc của quý vị có trong *Danh Sách Thuốc* của chương trình chúng tôi nhưng chúng tôi phải phê duyệt trước khi chúng tôi bao trả cho quý vị).

LƯU Ý: Nếu nhà thuốc cho quý vị biết toa thuốc của quý vị không được mua 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 bao trả ban đầu về thuốc Medicare Part D được gọi là "**quyết định bảo hiểm**".

- Quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán cho một loại thuốc quý vị đã mua. Đây là yêu cầu quyết định bao trả về thanh toán.

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. Mục này cho quý vị biết cả cách yêu cầu quyết định bao trả và cách nộp đơn kháng cáo. Sử dụng bảng dưới đây để giúp quý vị.

Quý vị thuộc trường hợp nào sau đây?			
Quý vị cần loại thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi hoặc cần chúng tôi bỏ qua một quy tắc hoặc hạn chế về thuốc chúng tôi bao trả.	Quý vị muốn chúng tôi bao trả một loại thuốc nằm trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi và quý vị cho rằng quý vị đáp ứng các quy tắc hoặc hạn chế của chương trình (chẳng hạn như có được sự chấp thuận trước) cho loại thuốc quý vị cần.	Quý vị muốn yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền thuốc quý vị đã mua và đã thanh toán.	Chúng tôi đã thông báo với quý vị rằng chúng tôi sẽ không bao trả hoặc thanh toán cho một thuốc theo cách quý vị muốn.
Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi tạo ra ngoại lệ. (Đây là một loại quyết định bao trả).	**Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bao trả.**	**Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị.** (Đây là một loại quyết định bao trả).	**Quý vị có thể nộp đơn kháng cáo.** (Điều này có nghĩa là quý vị yêu cầu chúng tôi xem xét lại).
Bắt đầu với **Phần G2**, sau đó tham khảo **Phần G3 và G4**.	Tham khảo **Phần G4**.	Tham khảo **Phần G4**.	Tham khảo **Phần G5**.

G2. Trường hợp ngoại lệ Medicare Part D

Nếu không bao trả một loại thuốc theo cách quý vị mong muốn, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra một "ngoại lệ". Nếu chúng tôi bác bỏ yêu cầu ngoại lệ của quý vị, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Khi quý vị yêu cầu ngoại lệ, bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác cần giải thích lý do y tế tại sao quý vị cần trường hợp ngoại lệ đó.

> Yêu cầu bảo hiểm cho thuốc không nằm trong *Danh Sách Thuốc* hoặc hủy bỏ hạn chế đối với thuốc đôi khi được gọi là yêu cầu "**ngoại lệ trong danh mục thuốc**".
>
> Yêu cầu thanh toán ở giá thấp hơn cho một loại thuốc không được ưu tiên được bao trả đôi khi được gọi là yêu cầu **ngoại lệ về bậc thuốc**.

Sau đây là vài ví dụ về các trường hợp ngoại lệ mà quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện:

1. **Bao trả một loại thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi**
   - Nếu chúng tôi đồng ý áp dụng trường hợp ngoại lệ và bao trả cho thuốc không nằm trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi, quý vị trả khoản đồng thanh toán áp dụng cho các loại thuốc trong Bậc 3 (Thuốc Không Được Ưu Tiên).
   - Quý vị không thể nhận ngoại lệ đối với số tiền đồng thanh toán bắt buộc cho thuốc đó.
2. **Bỏ hạn chế đối với một loại thuốc được bao trả**
   - Có áp dụng quy tắc hoặc hạn chế bổ sung đối với một số loại thuốc nhất định trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi (tham khảo **Chương 5, Phần C** trong *Sổ Tay Thành Viên* này để biết thêm thông tin).
   - Các quy tắc hoặc hạn chế bổ sung cho một số loại thuốc nhất định bao gồm:
     - Phải sử dụng phiên bản thuốc gốc của một loại thuốc thay vì thuốc chính hiệu.
     - Có được phê duyệt trước của chúng tôi trước khi chúng tôi đồng ý bao trả thuốc đó cho quý vị. Điều này đôi khi được gọi là “sự chấp thuận trước (PA)”.
     - Trước tiên phải thử dùng một loại thuốc khác trước khi chúng tôi đồng ý bao trả loại thuốc quý vị yêu cầu. Điều này đôi khi được gọi là “trị phương pháp trị liệu từng bước”.
     - Giới hạn số lượng. Đối với một số thuốc, có những hạn chế về số lượng thuốc mà quý vị có thể nhận.
   - Nếu chúng tôi đồng ý cho quý vị ngoại lệ và bỏ qua hạn chế, quý vị có thể yêu cầu ngoại lệ đối với số tiền đồng thanh toán mà quý vị được yêu cầu phải trả.
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, bậc chia sẻ chi phí càng thấp thì số tiền đồng thanh toán bắt buộc càng ít.
   - *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi thường bao gồm nhiều loại thuốc để điều trị một bệnh trạng cụ thể. Các loại thuốc này được gọi là thuốc “thay thế”.

- Nếu một loại thuốc thay thế điều trị bệnh lý của quý vị ở bậc chia sẻ chi phí thấp hơn loại thuốc đang dùng, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bao trả theo mức chia sẻ chi phí cho loại thuốc thay thế. Điều này sẽ giúp làm giảm số tiền đồng thanh toán cho thuốc của quý vị.
    - Nếu thuốc quý vị dùng là thuốc gốc, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bao trả theo mức chia sẻ chi phí cho sản phẩm sinh học thay thế thấp nhất cho bệnh trạng của quý vị.
    - Nếu thuốc quý vị dùng là thuốc chính hiệu, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bao trả theo mức chia sẻ chi phí cho loại thuốc chính hiệu thay thế thấp nhất cho bệnh trạng của quý vị.
    - Nếu thuốc quý vị dùng là thuốc gốc, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bao trả theo mức chia sẻ chi phí cho loại thuốc chính hiệu hoặc thuốc gốc thay thế thấp nhất cho bệnh trạng 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, quý vị thường phải trả số tiền thấp nhất.

G3. Những điều quan trọng cần biết về việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ

Bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác 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 các lý do y tế cho việc 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. Các loại thuốc này được gọi là thuốc "thay thế". Nếu một loại thuốc thay thế có hiệu quả như loại thuốc quý vị yêu cầu và không gây thêm tác dụng phụ hoặc các vấn đề sức khỏe khác, thông thường chúng tôi **không** phê duyệt yêu cầu ngoại lệ của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu ngoại lệ về bậc thuốc, chúng tôi thường sẽ **không** chấp nhận yêu cầu ngoại lệ trừ khi tất cả các loại thuốc thay thế trong (các) bậc chia sẻ chi phí không có 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 **Đồng Ý** với yêu cầu ngoại lệ của quý vị, trường hợp ngoại lệ thường kéo dài cho đến khi kết thúc năm dương lịch. 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 ngoại lệ của quý vị, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo. Tham khảo **Phần G5** để biết thông tin về cách nộp đơn kháng cáo nếu chúng tôi **Từ Chối**.

Mục tiếp theo trình bày cách yêu cầu quyết định bao trả, gồm cả trường hợp ngoại lệ.

G4. Cách yêu cầu quyết định bao trả, gồm cả trường hợp ngoại lệ

- Yêu cầu đưa ra loại quyết định bao trả quý vị mong muốn bằng cách gọi đến số 1-800-431-9007 (TTY: 711), gửi thư hoặc gửi fax đến cho chúng tôi. Quý vị, người đại diện hoặc bác sĩ của quý vị (hoặc người kê toa khác) có thể làm điều này. Vui lòng bao gồm tên, thông tin liên hệ của quý vị và thông tin về yêu cầu bồi thường.

- Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị (hoặc người kê toa khác) hoặc người khác hành động thay mặt cho quý vị có thể yêu cầu quyết định bao trả. Quý vị cũng có thể yêu cầu luật sư hành động thay mặt quý vị.

- Tham khảo **Phần E3** để tìm hiểu cách chỉ định một người làm đại diện của quý vị.

- Quý vị không cần phải cấp văn bản cho phép cho bác sĩ hoặc người kê toa khác để yêu cầu quyết định về bảo hiểm thay mặt cho quý vị.

- Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền thuốc, vui lòng tham khảo **Chương 7** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

- Nếu quý vị yêu cầu ngoại lệ, hãy cung cấp cho chúng tôi "văn bản hỗ trợ." Văn bản hỗ trợ bao gồm lý do y tế của bác sĩ hoặc người kê toa khác cho yêu cầu ngoại lệ.

- Bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thể gửi fax hoặc gửi văn bản hỗ trợ qua đường bưu điện cho chúng tôi. Họ cũng có thể cho chúng tôi biết qua điện thoại rồi sau đó gửi tuyên bố qua fax hoặc qua đường bưu điện.

Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu, hãy yêu cầu chúng tôi ra "quyết định nhanh về bảo hiểm".

Chúng tôi sử dụng "thời hạn tiêu chuẩn" trừ khi chúng tôi đồng ý sử dụng "thời hạn nhanh".

- **Quyết định bao trả tiêu chuẩn** có nghĩa là chúng tôi trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố từ bác sĩ của quý vị.
- **Quyết định nhanh về bảo hiểm** có nghĩa là chúng tôi trả lời quý vị trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố từ bác sĩ của quý vị.

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

Quý vị có thể nhận quyết định nhanh về bảo hiểm nếu:

- Đó là thuốc mà quý vị không lấy được. Quý vị không thể nhận quyết định nhanh về bảo hiểm nếu đang yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền thuốc quý vị đã mua.
- Sức khỏe hoặc chức năng hoạt động của quý vị sẽ bị tổn hại nghiêm trọng nếu chúng tôi sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.

Nếu bác sĩ 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 xem xét yêu cầu của quý vị theo mốc thời gian quyết định nhanh về bảo hiểm. Chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị kèm thông tin này.

- Nếu quý vị yêu cầu quyết định nhanh về bảo hiểm mà không có sự hỗ trợ của bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác, chúng tôi sẽ quyết định xem liệu quý vị có được nhận quyết định nhanh về bảo hiểm hay không.
- Nếu chúng tôi quyết định rằng tình trạng bệnh lý của quý vị không đáp ứng các yêu cầu để nhận quyết định nhanh về bảo hiểm, chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn thay vào đó.
    - Chúng tôi gửi thư cho quý vị biết chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn. Thư này cũng cho quý vị biết cách kháng cáo quyết định của chúng tôi.
    - Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại nhanh và nhận câu trả lời trong vòng 24 giờ. Để biết thêm thông tin về việc nộp đơn khiếu nại, bao gồm cả khiếu nại nhanh, tham khảo **Phần K**.

Thời hạn đối với quyết định nhanh về bảo hiểm

- Nếu chúng tôi sử dụng thời hạn nhanh, chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 24 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu một trường hợp ngoại lệ, chúng tôi 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 trả lời quý vị sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi như vậy.

- Nếu chúng tôi không đáp ứng được thời hạn này, chúng tôi chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo để IRO xem xét. Tham khảo **Phần G6** để biết thêm thông tin về Kháng Cáo Cấp 2.
- Nếu chúng tôi **Đồng Ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ cung cấp bảo hiểm cho quý vị trong vòng 24 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc văn bản hỗ trợ của bác sĩ.
- Nếu chúng tôi **Từ Chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư trình bày lý do cho quý vị. Thư này cũng cho quý vị biết cách nộp đơn kháng cáo.

Thời hạn cho quyết định bao trả tiêu chuẩn về loại thuốc quý vị chưa nhận được

- Nếu chúng tôi sử dụng thời hạn tiêu chuẩn, chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu một trường hợp ngoại lệ, chúng tôi 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 trả lời quý vị sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi như vậy.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng được thời hạn này, chúng tôi chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo để IRO xem xét.
- Nếu chúng tôi **Đồng Ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ cung cấp bảo hiểm cho quý vị trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc văn bản hỗ trợ của bác sĩ của quý vị cho một trường hợp ngoại lệ.
- Nếu chúng tôi **Từ Chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư trình bày lý do cho quý vị. Thư này cũng cho quý vị biết cách nộp đơn kháng cáo.

Thời hạn cho quyết định bao trả tiêu chuẩn về 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 chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo để IRO xem xét.
- Nếu chúng tôi **Đồng Ý** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi hoàn tiền lại cho quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch.
- **Nếu** chúng tôi **Từ Chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư trình bày lý do cho quý vị. Thư này cũng cho quý vị biết cách nộp đơn kháng cáo.

G5. Nộp Đơn Kháng Cáo Cấp 1

> Đơn kháng cáo lên chương trình của chúng tôi về quyết định bao trả thuốc Medicare Part D được gọi là **"tái quyết định"** của chương trình.

- Bắt đầu **kháng cáo tiêu chuẩn** hoặc **kháng cáo nhanh** bằng cách gọi đến số 1-800-431-9007 (TTY: 711), gửi thư hoặc gửi fax đến cho chúng tôi. Quý vị, người đại diện hoặc bác sĩ của quý vị (hoặc người kê toa khác) có thể làm điều này. Vui lòng bao gồm tên, thông tin liên hệ của quý vị và thông tin về kháng cáo.
- Quý vị phải yêu cầu kháng cáo **trong vòng 65 ngày theo lịch** kể từ ngày ghi trên thư chúng tôi gửi để thông báo cho quý vị về quyết định của chúng tôi.
- Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này và có lý do chính đáng cho việc bỏ lỡ đó, chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để kháng cáo. Ví dụ về những lý do hợp lý là những trường hợp như quý vị bị bệnh nặng hoặc chúng tôi cung cấp cho quý vị thông tin sai về thời hạn. Giải thích lý do kháng cáo của quý vị bị chậm trễ khi quý vị kháng cáo.
- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp miễn phí bản sao thông tin về kháng cáo của quý vị. Quý vị và bác sĩ của quý vị cũng có thể cung cấp cho chúng tôi thêm thông tin để hỗ trợ cho kháng cáo của quý vị.

Hãy yêu cầu kháng cáo nhanh nếu trình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi điều đó.

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

- Nếu quý vị 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 cần quyết định xem quý vị có cần kháng cáo nhanh hay không.
- Các yêu cầu đối với kháng cáo nhanh cũng giống như các yêu cầu đối với quyết định nhanh về bảo hiểm. Tham khảo **Phần G4** để biết thêm thông tin.

  Chúng tôi xem xét đơn kháng cáo của quý vị và cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi.
- Chúng tôi xem xét đơn kháng cáo và xem xét thận trọng lại tất cả thông tin về yêu cầu bao trả của quý vị.
- Chúng tôi kiểm tra xem liệu chúng tôi có tuân thủ các quy tắc 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 đối với kháng cáo nhanh ở cấp 1

- Nếu chúng tôi áp dụng thời hạn nhanh, chúng tôi phải cho quý vị biết câu trả lời **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị.
    - Chúng tôi trả lời quý vị sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi như vậy.
    - Nếu chúng tôi không trả lời quý vị trong vòng 72 giờ, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo. Sau đó, IRO sẽ xem xét yêu cầu của quý vị. Tham khảo **Phần G6** để biết thông tin về tổ chức đánh giá này và quy trình kháng cáo Cấp 2.
- Nếu chúng tôi **Đồng Ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải tiến hành bao trả như thỏa thuận trong vòng 72 giờ sau khi nhận được kháng cáo của quý vị.
- Nếu chúng tôi **Từ Chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do và cho quý vị biết cách quý vị có thể nộp đơn kháng cáo.

Thời hạn đối với kháng cáo tiêu chuẩn ở Cấp 1

- Nếu chúng tôi áp dụng thời hạn tiêu chuẩn, chúng tôi phải cho quý vị biết câu trả lời **trong vòng bảy ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị về một loại thuốc quý vị chưa nhận được.
- Chúng tôi cho quý vị biết quyết định của chúng tôi sớm hơn nếu quý vị chưa nhận được thuốc và tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu. Nếu quý vị cho rằng tình trạng sức khỏe của mình yêu cầu, hãy yêu cầu kháng cáo nhanh.
    - Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định cho quý vị trong vòng bảy ngày theo lịch, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 trong quy trình kháng cáo. Sau đó, IRO sẽ xem xét yêu cầu của quý vị. Tham khảo **Phần G6** để biết thông tin về tổ chức đánh giá này và quy trình kháng cáo Cấp 2.

Nếu chúng tôi **Đồng Ý** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị:

- Chúng tôi phải **cung cấp mức bảo hiểm** chúng tôi đã đồng ý cung cấp kịp thời theo yêu cầu của tình trạng sức khỏe quý vị, nhưng **không quá bảy ngày theo lịch** sau khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.

- Chúng tôi phải **gửi tiền thanh toán cho quý vị** cho một loại thuốc mà quý vị đã mua **trong vòng 30 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.

Nếu chúng tôi **Từ Chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị:

- Chúng tôi gửi thư giải thích lý do và cho quý vị biết cách quý vị có thể nộp đơn kháng cáo.
- Chúng tôi phải cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi về việc hoàn lại tiền cho quý vị cho một loại thuốc mà quý vị đã mua **trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.
    - Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định cho quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 trong quy trình kháng cáo. Sau đó, IRO sẽ xem xét yêu cầu của quý vị. Tham khảo **Phần G6** để biết thông tin về tổ chức đánh giá này và quy trình kháng cáo Cấp 2.
- Nếu chúng tôi **Đồng Ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải trả tiền cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Nếu chúng tôi **Từ Chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do và cho quý vị biết cách quý vị có thể nộp đơn kháng cáo.

G6. Nộp Đơn Kháng Cáo Cấp 2

Nếu chúng tôi **Từ Chối** đơn Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị, quý vị có thể chấp nhận quyết định của chúng tôi hoặc nộp đơn kháng cáo khác. Nếu quý vị quyết định nộp đơn kháng cáo khác, quý vị sử dụng quy trình Kháng Cáo Cấp 2. **IRO** xem xét quyết định của chúng tôi khi chúng tôi **Từ Chối** đơn kháng cáo đầu tiên của quý vị. Tổ chức này quyết định liệu chúng tôi có nên thay đổi quyết định của mình hay không.

> Tên chính thức của "Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập" (IRO) là **"Cơ Quan Đánh Giá Độc Lập"**, đôi khi gọi là **"IRE"**.

Để nộp đơn Kháng Cáo Cấp 2, quý vị, người đại diện hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác phải liên hệ với IRO **bằng văn bản** và yêu cầu xem xét trường hợp của quý vị.

- Nếu chúng tôi **Từ Chối** đơn Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị, thư chúng tôi gửi cho quý vị sẽ bao gồm **hướng dẫn cách nộp đơn Kháng Cáo Cấp 2** lên IRO. Những hướng dẫn này sẽ cho biết đối tượng có thể nộp đơn Kháng Cáo Cấp 2, thời hạn cần tuân thủ và cách liên hệ với tổ chức này.

- Khi quý vị nộp đơn kháng cáo lên IRO, chúng tôi sẽ gửi thông tin chúng tôi có 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 cung cấp miễn phí một bản sao hồ sơ trường hợp của quý vị**. Nếu cần trợ giúp yêu cầu bản sao miễn phí của hồ sơ trường hợp của quý vị, hãy gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711).

- Quý vị có quyền cung cấp cho IRO thêm thông tin để hỗ trợ kháng cáo.

IRO xem xét Kháng Cáo Cấp 2 về Medicare Part D của quý vị và trả lời bằng văn bản. Tham khảo **Phần F4** để biết thêm thông tin về IRO.

Thời hạn đối với kháng cáo nhanh ở cấp 2

Nếu trình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu phải như vậy, hãy yêu cầu IRO kháng cáo nhanh.

- Nếu họ đồng ý với kháng cáo nhanh, họ phải trả lời quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được yêu cầu kháng cáo của quý vị.

- Nếu họ **Đồng Ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm thuốc đã phê duyệt **trong vòng 24 giờ** sau khi nhận được quyết định của IRO.

Thời hạn đối với kháng cáo tiêu chuẩn ở Cấp 2

Nếu quý vị nộp kháng cáo tiêu chuẩn ở Cấp 2, IRO phải trả lời quý vị:

- **trong vòng bảy ngày theo lịch** sau khi họ nhận được kháng cáo của quý vị đối với loại thuốc quý vị chưa được nhận.

- **trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi nhận được kháng cáo của quý vị về việc hoàn lại tiền cho loại thuốc quý vị đã mua.

Nếu IRO **Đồng Ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị:

- Chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm thuốc đã phê duyệt **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được quyết định của IRO.

- Chúng tôi phải hoàn lại tiền cho loại thuốc quý vị đã mua trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận được quyết định của IRO.

- Nếu IRO trả lời **Từ chối** với kháng cáo của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định của chúng tôi là không phê duyệt yêu cầu của quý vị. Đây được gọi là "giữ nguyên quyết định" hay "bác bỏ kháng cáo".

Nếu IRO **Từ Chối** Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị, quý vị có quyền thực hiện Kháng Cáo Cấp 3 nếu số tiền bảo hiểm thuốc quý vị yêu cầu đáp ứng mức giá trị tối thiểu. Nếu số tiền bảo hiểm thuốc mà quý vị yêu cầu nhỏ hơn giá trị tối thiểu yêu cầu, quý vị không thể thực hiện một kháng cáo khác. Trong trường hợp đó, quyết định của Kháng Cáo Cấp 2 là quyết định cuối cùng. IRO gửi thư để cho quý vị biết giá trị tối thiểu cần có để tiếp tục Kháng Cáo Cấp 3.

Nếu số tiền quý vị yêu cầu đáp ứng yêu cầu thì quý vị sẽ chọn xem quý vị có muốn nộp đơn kháng cáo lên mức cao hơn hay không.

- Có thêm ba cấp trong quy trình kháng cáo sau Cấp 2.
- Nếu IRO **Từ Chối** Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị và quý vị đáp ứng yêu cầu để tiếp tục quy trình kháng cáo, quý vị:
    - Quyết định xem quý vị có muốn nộp đơn Kháng Cáo Cấp 3 hay không.
    - Tham khảo thư IRO đã gửi cho quý vị sau Kháng Cáo Cấp 2 để biết thông tin chi tiết về cách nộp đơn Kháng Cáo Cấp 3.

ALJ hoặc luật sư xét xử sẽ xử lý Kháng Cáo Cấp 3. Tham khảo **Phần J** để biết thông tin về Kháng Cáo Cấp 3, 4 và 5.

H. Yêu cầu chúng tôi bao trả cho việc nằm viện lâu hơn

Khi quý vị được nhập viện, quý vị có quyền nhận tất cả các dịch vụ bệnh viện được chúng tôi bao trả cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh hoặc chấn thương của quý vị. Để biết thêm thông tin về bảo hiểm nằm viện của chương trình chúng tôi, tham khảo **Chương 4** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

Trong thời gian quý vị nằm viện được bao trả, bác sĩ của quý vị và đội ngũ nhân viên của bệnh viện trao đổi với quý vị để chuẩn bị cho ngày quý vị xuất viện. Họ cũng giúp sắp xếp dịch vụ chăm sóc có thể cần thiết sau khi quý vị ra viện.

- Ngày quý vị rời bệnh viện được gọi là “ngày xuất viện”.
- Bác sĩ của quý vị hoặc nhân viên của bệnh viện sẽ báo cho quý vị biết ngày xuất viện của quý vị là ngày nào.

Nếu cho rằng quý vị đang bị yêu cầu xuất viện quá sớm hoặc lo lắng về việc chăm sóc của mình sau khi xuất viện, quý vị có thể yêu cầu nằm viện lâu hơn. Mục này trình bày cách thức yêu cầu.

Ngoài các kháng cáo được thảo luận trong **Phần H** này, quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập để tiếp tục nằm viện. Vui lòng tham khảo **Phần F4** để tìm hiểu cách nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập. Quý vị có thể yêu cầu Đánh Giá Y Tế Độc Lập cùng với hoặc thay cho Kháng Cáo Cấp 3.

H1. Tìm hiểu về các quyền của quý vị trong Medicare

Trong vòng hai ngày sau khi quý vị nhập viện, nhân viên bệnh viện, chẳng hạn như người phụ trách hồ sơ hoặc y tá sẽ đưa cho quý vị văn bản thông báo có tên là “Thông Báo Quan Trọng từ Medicare về Các Quyền của Quý Vị”. Mọi người tham gia Medicare đều nhận được bản sao của thông báo này bất cứ khi nào họ nhập viện.

Nếu quý vị không nhận được thông báo này, hãy yêu cầu bất kỳ nhân viên bệnh viện nào cung cấp cho quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo các số ở cuối trang. Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.

- **Đọc kỹ thông báo này** và đặt câu hỏi nếu quý vị không hiểu. Thông báo này cho quý vị biết về các quyền của quý vị khi là bệnh nhân tại bệnh viện, bao gồm quyền của quý vị đối với việc:
    - Nhận các dịch vụ được Medicare bao trả trong và sau thời gian nằm viện của quý vị. Quý vị có quyền được biết đây là những dịch vụ gì, ai sẽ chi trả và nơi quý vị có thể nhận các dịch vụ đó.
    - Tham gia vào bất kỳ quyết định nào về thời gian nằm viện của quý vị.
    - Biết địa điểm để báo cáo bất kỳ mối lo ngại nào mà quý vị có về chất lượng dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện của quý vị.
    - Kháng cáo nếu quý vị cho rằng mình được xuất viện quá sớm.
- **Ký vào 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 có thể 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. Ký tên **không** có nghĩa là quý vị đồng ý với ngày xuất viện bác sĩ hoặc nhân viên bệnh viện có thể đã thông báo cho quý vị.
- **Giữ bản sao** thông báo đã ký để quý vị có thông tin khi cần.

Nếu quý vị ký thông báo trước ngày quý vị ra viện hơn hai ngày, quý vị sẽ nhận được một bản sao khác trước khi quý vị được xuất viện.

Quý vị có thể xem trước bản sao thông báo nếu quý vị:

- Gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo các số ở cuối trang
- Gọi đến Medicare theo số 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.
- Truy cập www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. Nộp Đơn Kháng Cáo Cấp 1

Để yêu cầu chúng tôi bao trả cho các dịch vụ nội trú tại bệnh viện cho quý vị trong thời gian dài hơn, hãy nộp đơn kháng cáo. Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (QIO) xem xét Kháng Cáo Cấp 1 để xem liệu ngày xuất viện dự kiến có phù hợp về mặt y tế với quý vị hay không.

QIO là nhóm các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác nhận lương từ chính quyền liên bang. Những chuyên gia này kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng cho người dùng Medicare. Họ không thuộc chương trình của chúng tôi.

Tại California, QIO được gọi là Commence Health. Gọi cho họ theo số 1-877-588-1123 (TTY: 711). Thông tin liên hệ cũng có trong thông báo “Thông Báo Quan Trọng từ Medicare về Các Quyền của Quý Vị” và trong **Chương 2**.

Hãy gọi cho QIO trước khi quý vị ra viện và chậm nhất vào ngày xuất viện dự kiến.

- **Nếu quý vị gọi điện trước khi ra viện**, quý vị có thể ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện dự kiến mà không phải trả tiền trong khi chờ quyết định của QIO về kháng cáo của quý vị.
- **Nếu quý vị không gọi để kháng cáo** và quyết định ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch, quý vị có thể phải thanh toán tất cả các chi phí cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị.
- Do cả Medicare và Medi-Cal đều bao trả cho thời gian nằm viện, nếu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng không lắng nghe yêu cầu được tiếp tục ở lại bệnh viện của quý vị hoặc nếu quý vị cho rằng tình huống của mình là khẩn cấp, đe dọa trực tiếp và nghiêm trọng tới sức khỏe của quý vị hoặc nếu quý vị bị đau nặng, quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại hoặc yêu cầu Sở Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe California (DMHC) tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập. Vui lòng tham khảo **Phần F4** để tìm hiểu cách nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập.

Hãy yêu cầu trợ giúp nếu quý vị cần. Nếu có thắc mắc hoặc cần trợ giúp bất cứ lúc nào:

- Gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo các số ở cuối trang.
- Gọi đến Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) California theo số 1-800-434-0222.

Yêu cầu xét duyệt nhanh. Hành động nhanh và liên hệ với QIO để yêu cầu xem xét nhanh việc xuất viện của quý vị.

> Thuật ngữ pháp lý của "**đánh giá nhanh chóng**" là "**đánh giá ngay lập tức**" hoặc "**đánh giá nhanh**".

Điều gì sẽ xảy ra trong quá trình đánh giá nhanh

- Người đánh giá tại QIO sẽ hỏi quý vị hoặc người đại diện của quý vị lý do quý vị cho rằng cần tiếp tục bảo hiểm sau ngày xuất viện dự kiến. Quý vị không bắt buộc phải viết một tuyên bố, nhưng quý vị có thể làm vậy.
- Những người đánh giá xem xét thông tin y tế của quý vị, trao đổi với bác sĩ của quý vị và xem xét thông tin mà bệnh viện và chương trình của chúng tôi cung cấp cho họ.
- Muộn nhất vào trưa ngày hôm sau của ngày người đánh giá thông báo cho chương trình của chúng tôi về kháng cáo của quý vị, quý vị sẽ nhận được thư kèm ngày xuất viện dự kiến. Thư cũng sẽ đưa ra lý do tại sao bác sĩ, bệnh viện và chúng tôi cho rằng đó là ngày xuất viện thích hợp về mặt y tế đối với quý vị.

> Thuật ngữ pháp lý của giải thích bằng văn bản này là "**Thông Báo Xuất Viện Chi Tiết**". Quý vị có thể nhận được mẫu bằng cách gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo các số ở cuối trang này hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.) Quý vị cũng có thể tham khảo mẫu thông báo trực tuyến tại www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Trong vòng một ngày sau khi có tất cả thông tin cần thiết, QIO sẽ trả lời đơn kháng cáo của quý vị.

Nếu QIO **Đồng Ý** với kháng cáo của quý vị:

- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ bệnh viện nội trú được bao trả của quý vị miễn là các dịch này còn cần thiết về mặt y tế.

Nếu QIO **Từ Chối** kháng cáo của quý vị:

- Họ cho rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là phù hợp về mặt y tế.
- Bảo hiểm cho dịch vụ nội trú tại bệnh viện sẽ chấm dứt vào trưa ngày hôm sau của ngày QIO trả lời kháng cáo của quý vị.
- Quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí chăm sóc tại bệnh viện sau buổi trưa ngày hôm sau của ngày QIO trả lời kháng cáo của quý vị.
- Quý vị có thể nộp đơn Kháng Cáo Cấp 2 nếu QIO bác bỏ Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị **và** quý vị ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện dự kiến.

H3. Nộp Đơn Kháng Cáo Cấp 2

Trong quá trình Kháng Cáo Cấp 2, quý vị yêu cầu QIO xem xét lại quyết định họ đã đưa ra đối với Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị. Gọi cho họ theo số 1-877-588-1123 (TTY: 711).

Quý vị phải yêu cầu đánh giá này **trong vòng 60 ngày theo lịch** kể từ ngày QIO **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.

Người đánh giá của QIO sẽ:

- Xem xét kỹ lại tất cả các thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị.
- Cho quý vị biết quyết định của họ về Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu của quý vị cho lần xem xét thứ hai.

Nếu QIO **Đồng Ý** với kháng cáo của quý vị:

- Chúng tôi phải trả lại cho quý vị phần chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện kể từ buổi trưa ngày hôm sau của ngày QIO bác bỏ Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị.
- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ bệnh viện nội trú được bao trả của quý vị miễn là các dịch này còn cần thiết về mặt y tế.

Nếu QIO **Từ Chối** kháng cáo của quý vị:

- Họ đồng ý với quyết định của họ về Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị và sẽ không thay đổi.
- Họ gửi thư để cho quý vị biết việc quý vị có thể làm nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình kháng cáo và nộp đơn Kháng Cáo Cấp 3.

- Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại hoặc yêu cầu DMHC tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập để tiếp tục nằm viện. Vui lòng tham khảo **Phần F4** để tìm hiểu cách nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập.

ALJ hoặc luật sư xét xử sẽ xử lý Kháng Cáo Cấp 3. Tham khảo **Phần J** để biết thông tin về Kháng Cáo Cấp 3, 4 và 5.

I. Đề nghị chúng tôi tiếp tục bao trả một số dịch vụ y tế nhất định

Mục này chỉ đề cập đến ba loại dịch vụ quý vị có thể được nhận:

- dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà
- dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, **và**
- chăm sóc phục hồi chức năng ngoại trú tại CORF được Medicare phê duyệt. Điều này thường có nghĩa là quý vị đang nhận điều trị cho bệnh tật hoặc tai nạn hoặc quý vị đang phục hồi sau một cuộc đại phẫu.

Với bất kỳ loại dịch vụ nào trong số ba loại này, quý vị có quyền tiếp tục nhận các dịch vụ được bao trả miễn là bác sĩ cho rằng quý vị còn cần dịch vụ đó.

Khi chúng tôi quyết định ngừng bao trả bất kỳ dịch vụ nào trong số này, chúng tôi cần thông báo cho quý vị **trước khi** ngừng dịch vụ. Khi bảo hiểm cho loại dịch vụ của quý vị kết thúc, chúng tôi ngừng thanh toán cho dịch vụ đó.

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.

I1. Thông báo trước khi chấm dứt bảo hiểm

Chúng tôi gửi cho quý vị một văn bản thông báo rằng quý vị sẽ nhận được ít nhất hai ngày trước khi chúng tôi ngừng thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Thông báo này được gọi là “Thông Báo về việc Không Bao Trả của Medicare”. Thông báo này cho quý vị biết ngày chúng tôi sẽ ngừng bao trả dịch vụ chăm sóc cho quý vị và cách kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Quý vị hoặc người đại diện của quý vị phải ký vào thông báo để thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông báo. Việc ký thông báo **chỉ** thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông tin. Ký tên **không** có nghĩa là quý vị đồng ý với quyết định của chúng tôi.

I2. Nộp Đơn Kháng Cáo Cấp 1

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. Mục này cho quý vị biết về quy trình Kháng Cáo Cấp 1 và những việc cần làm.

- **Đáp ứng thời hạn.** Thời hạn rất quan trọng. Hiểu rõ và tuân thủ thời hạn áp dụng cho những việc quý vị phải làm. Chương trình của chúng tôi cũng phải tuân thủ các thời hạn. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng các thời hạn, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại. Tham khảo **Phần K** để biết thêm thông tin về khiếu nại.
- **Hãy yêu cầu trợ giúp nếu quý vị cần.** Nếu có thắc mắc hoặc cần trợ giúp bất cứ lúc nào:
    - Gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo các số ở cuối trang.
    - Gọi HICAP theo số 1-800-434-0222.
- **Liên hệ QIO.**
    - Tham khảo **Phần H2** hoặc tham khảo **Chương 2** trong *Sổ Tay Thành Viên* này để biết thêm thông tin về QIO và cách liên hệ với họ.
    - Yêu cầu họ xem xét kháng cáo của quý vị và quyết định xem có cần thay đổi quyết định của chương trình chúng tôi hay không.
- **Nhanh chóng hành động và yêu cầu "kháng cáo giải quyết nhanh".** Hỏi QIO xem chấm dứt bảo hiểm dịch vụ y tế của quý vị có phù hợp về mặt y tế hay không.

Thời hạn để quý vị liên hệ với tổ chức này

- Quý vị phải liên hệ với QIO để bắt đầu kháng cáo trước buổi trưa ngày hôm trước của ngày "Thông Báo về việc Không Bao Trả Của Medicare" chúng tôi gửi cho quý vị có hiệu lực.
- Nếu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng không lắng nghe yêu cầu tiếp tục bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị hoặc nếu quý vị cho rằng tình huống của mình là khẩn cấp, đe dọa trực tiếp và nghiêm trọng tới sức khỏe của quý vị hoặc nếu quý vị bị đau nặng, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại và yêu cầu Sở Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe California (DMHC) tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập. Vui lòng tham khảo **Phần F4** để tìm hiểu cách nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập.

Thuật ngữ pháp lý của văn bản thông báo này là "**Thông Báo về việc Không Bao Trả của Medicare**". Để nhận bản mẫu, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo các số ở cuối trang hoặc gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. Hoặc lấy bản trực tuyến tại www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Điều gì xảy ra trong quá trình kháng cáo giải quyết nhanh

- Người đánh giá tại QIO sẽ hỏi quý vị hoặc người đại diện của quý vị lý do quý vị cho rằng cần tiếp tục bảo hiểm. Quý vị không bắt buộc phải viết một tuyên bố, nhưng quý vị có thể làm vậy.
- Những người đánh giá xem xét thông tin y tế của quý vị, trao đổi với bác sĩ của quý vị và xem xét thông tin mà chương trình của chúng tôi cung cấp cho họ.
- Chương trình của chúng tôi cũng gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản giải thích lý do chúng tôi chấm dứt bảo hiểm cho dịch vụ của quý vị. Quý vị nhận được thông báo vào cuối ngày người đánh giá thông báo cho chúng tôi về kháng cáo của quý vị.

Thuật ngữ pháp lý của thông báo giải thích này là "**Giải Thích Chi Tiết Về Việc Không Bao Trả**".

- Người đánh giá cho biết quyết định của họ trong vòng một ngày sau khi nhận được tất cả thông tin họ cần.

Nếu QIO **Đồng Ý** với kháng cáo của quý vị:

- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ được bao trả của quý vị miễn là các dịch này cần thiết về mặt y tế.

Nếu QIO **Từ Chối** kháng cáo của quý vị:

- Bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt vào ngày chúng tôi thông báo cho quý vị.
- Chúng tôi ngừng thanh toán chi phí cho dịch vụ chăm sóc này vào ngày ghi trên thông báo.
- Quý vị tự trả toàn bộ chi phí cho dịch vụ chăm sóc này nếu quý vị quyết định tiếp tục dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc dịch vụ tại CORF sau ngày chấm dứt bảo hiểm của quý vị.

- Quý vị quyết định xem quý vị có muốn tiếp tục các dịch vụ này và nộp đơn Kháng Cáo Cấp 2 hay không.

I3. Nộp Đơn Kháng Cáo Cấp 2

Trong quá trình Kháng Cáo Cấp 2, quý vị yêu cầu QIO xem xét lại quyết định họ đã đưa ra đối với Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị. Gọi cho họ theo số 1-877-588-1123 (TTY: 1-866-868-2289).

Quý vị phải yêu cầu đánh giá này **trong vòng 60 ngày theo lịch** kể từ ngày QIO **Từ Chối** Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị. Quý vị **chỉ** có thể yêu cầu đánh giá này nếu quý vị tiếp tục sử dụng dịch vụ chăm sóc sau ngày bảo hiểm của quý vị cho dịch vụ chăm sóc đó chấm dứt.

Người đánh giá của QIO sẽ:

- Xem xét kỹ lại tất cả các thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị.
- Cho quý vị biết quyết định của họ về Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu của quý vị cho lần xem xét thứ hai.

Nếu QIO **Đồng Ý** với kháng cáo của quý vị:

- Chúng tôi hoàn lại cho quý vị chi phí cho dịch vụ chăm sóc quý vị đã nhận từ ngày chúng tôi tuyên bố bảo hiểm của quý vị chấm dứt.
- Chúng tôi sẽ cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc miễn là còn cần thiết về mặt y tế.

Nếu QIO **Từ Chối** kháng cáo của quý vị:

- Họ đồng ý với quyết định chấm dứt dịch vụ chăm sóc của quý vị và sẽ không thay đổi.
- Họ gửi thư để cho quý vị biết việc quý vị có thể làm nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình kháng cáo và nộp đơn Kháng Cáo Cấp 3.
- Quý vị có thể gửi đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập để tiếp tục nhận bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Vui lòng tham khảo **Phần F4** để tìm hiểu cách thức yêu cầu DMHC tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập cùng với hoặc thay cho Kháng cáo Cấp 3.

ALJ hoặc luật sư xét xử sẽ xử lý Kháng Cáo Cấp 3. Tham khảo **Phần J** để biết thông tin về Kháng Cáo Cấp 3, 4 và 5.

J. Chuyển kháng cáo của quý vị lên cấp cao hơn Cấp 2

J1. Các bước tiếp theo đối với các dịch vụ và vật tư Medicare

Nếu quý vị tiến hành Kháng Cáo Cấp 1 và Kháng Cáo Cấp 2 đối với các dịch vụ hoặc vật tư Medicare và cả hai kháng cáo này đều đã bị từ chối, quý vị có thể có quyền đưa lên các cấp kháng cáo bổ sung.

Nếu giá trị của dịch vụ hoặc vật tư Medicare mà quý vị đã kháng cáo không đạt đến số tiền tối thiểu nhất định, quý vị không thể tiếp tục kháng cáo. Nếu giá trị đủ cao, quý vị có thể tiếp tục quy trình kháng cáo. Thư nhận được từ IRO về Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị trình bày nơi cần liên hệ và việc cần làm để yêu cầu Kháng Cáo Cấp 3.

Kháng Cáo Cấp 3

Cấp 3 của quy trình kháng cáo là phiên điều trần do ALJ làm chủ tọa. Người đưa ra quyết định này là một ALJ hoặc một luật sư xét xử làm việc cho chính quyền liên bang.

Nếu ALJ hoặc luật sư xét xử **Đồng Ý** với kháng cáo của quý vị, chúng tôi có quyền kháng cáo quyết định Cấp 3 có lợi cho quý vị.

- 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 đang tranh chấp.
- Nếu chúng tôi quyết định **không kháng cáo** quyết định đó, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ cho quý vị trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi nhận quyết định của ALJ hoặc luật sư xét xử.
    - Nếu ALJ hoặc luật sư xét xử **Từ Chối** đơn kháng cáo của quý vị, quy trình kháng cáo có thể không 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 quyết định **không chấp nhận** quyết định từ chối đơn kháng cáo của quý vị, quý vị có thể tiếp tục chuyển đến cấp tiếp theo của quy trình xem xét. 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) xem xét kháng cáo của quý vị và trả lời. Hội đồng này thuộc chính quyền Liên bang.

Nếu Hội đồng này **Đồng Ý** Kháng Cáo Cấp 4 của quý vị hoặc từ chối yêu cầu của chúng tôi để xem xét một quyết định Kháng Cáo Cấp 3 có lợi cho quý vị, chúng tôi có quyền kháng cáo Cấp 5.

- Nếu chúng tôi quyết định **kháng cáo** quyết định đó, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản.
- Nếu chúng tôi quyết định **không kháng cáo** quyết định đó, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ cho quý vị trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi nhận được quyết định của Hội đồng.

Nếu Hội đồng này **Từ Chối** hoặc không xem xét yêu cầu của chúng tôi, quy trình kháng cáo có thể không 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 quyết định **không chấp nhận** quyết định từ chối đơn kháng cáo của quý vị, quý vị có thể tiếp tục chuyển đến cấp tiếp theo của quy trình xem xét. Thông báo nhận được sẽ cho quý vị biết quý vị có thể chuyển đến Kháng Cáo Cấp 5 hay không và những việc cần làm.

Kháng Cáo Cấp 5

- Thẩm phán Tòa Án Quận Liên Bang sẽ xem xét kháng cáo của quý vị cùng tất cả thông tin và quyết định **Đồng Ý** hoặc **Từ Chối**. Đây là quyết định cuối cùng. Không còn cấp kháng cáo nào trên cấp Tòa Án Quận Liên Bang.

J2. Kháng Cáo Medi-Cal Bổ Sung

Quý vị cũng có quyền kháng cáo khác nếu kháng cáo của quý vị là về các dịch vụ hoặc vật tư Medi-Cal thường bao trả. Thư quý vị nhận được từ Phòng Kháng Cáo và Điều Trần sẽ cho quý vị biết những việc cần làm nếu muốn tiếp tục quy trình kháng cáo.

Thư quý vị nhận được từ Phòng Điều Trần Cấp Tiểu Bang sẽ cho quý vị biết những việc cần làm nếu muốn tiếp tục quy trình kháng cáo.

J3. Cấp Kháng Cáo 3, 4 và 5 đối với Yêu Cầu về Thuốc Medicare Part 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. Văn bản trả lời mà quý vị nhận được cho Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị giải thích đầu mối liên hệ và việc cần làm để yêu cầu xét đơn Kháng Cáo Cấp 3.

Kháng Cáo Cấp 3

Cấp 3 của quy trình kháng cáo là phiên điều trần do ALJ làm chủ tọa. Người đưa ra quyết định này là một ALJ hoặc một luật sư xét xử làm việc cho chính quyền liên bang.

Nếu ALJ hoặc luật sư xét xử **Đồng Ý** kháng cáo của quý vị**:**

- Quy trình kháng cáo kết thúc.
- Chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc được phê duyệt 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 ALJ hoặc luật sư xét xử **Từ Chối** đơn kháng cáo của quý vị, quy trình kháng cáo có thể không 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 quyết định **không chấp nhận** quyết định từ chối đơn kháng cáo của quý vị, quý vị có thể tiếp tục chuyển đến cấp tiếp theo của quy trình xem xét. 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 xem xét kháng cáo của quý vị và trả lời. Hội đồng này thuộc chính quyền Liên bang.

Nếu Hội đồng này **Đồng Ý** kháng cáo của quý vị:

- Quy trình kháng cáo kết thúc.
- Chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc được phê duyệt 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 Hội đồng **Từ Chối** kháng cáo hoặc Hội đồng từ chối yêu cầu xem xét, quy trình kháng cáo có thể không 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 quyết định **không chấp nhận** quyết định từ chối đơn kháng cáo của quý vị, quý vị có thể tiếp tục chuyển đến cấp tiếp theo của quy trình xem xét. Thông báo nhận được sẽ cho quý vị biết quý vị có thể chuyển đến Kháng Cáo Cấp 5 hay không và những việc cần làm.

Kháng Cáo Cấp 5

- Thẩm phán Tòa Án Quận Liên Bang sẽ xem xét kháng cáo của quý vị cùng tất cả thông tin và quyết định **Đồng Ý** hoặc **Từ Chối**. Đây là quyết định cuối cùng. Không còn cấp kháng cáo nào trên cấp Tòa Án Quận Liên Bang.

K. Cách nộp đơn khiếu nại

K1. Nên khiếu nại các loại vấn đề nào

Quy trình khiếu nại chỉ được sử dụng cho một số loại vấn đề, như vấn đề về chất lượng dịch vụ chăm sóc, thời gian chờ, điều phối dịch vụ chăm sóc 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 không hài lòng với chất lượng dịch vụ chăm sóc, chẳng hạn như dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được ở bệnh viện.
Tôn trọng quyền riêng tư của quý vị	• Quý vị cho rằng người nào đó đã không tôn trọng quyền riêng tư của quý vị hoặc chia sẻ thông tin bảo mật về quý vị.
Thiếu tôn trọng, dịch vụ khách hàng kém hoặc những hành vi tiêu cực khác	• Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nhân viên đã thô lỗ hoặc không tôn trọng quý vị. • Nhân viên của chúng tôi đối xử không tốt với quý vị. • Quý vị cho rằng quý vị đang bị đẩy ra khỏi chương trình của chúng tôi.

Khiếu nại	Ví dụ
Trợ năng và hỗ trợ ngôn ngữ	• Quý vị không thể tiếp cận được các dịch vụ và cơ sở chăm sóc sức khỏe tại văn phòng của bác sĩ hoặc nhà cung cấp. • Bác sĩ hoặc nhà cung cấp của quý vị không cung cấp thông dịch viên cho ngôn ngữ không phải tiếng Anh mà quý vị sử dụng (chẳng hạn như Ngôn Ngữ Ký Hiệu Hoa Kỳ hoặc tiếng Tây Ban Nha). • Nhà cung cấp của quý vị không cung cấp cho quý vị các tiện nghi hợp lý khác mà quý vị cần và yêu cầu.
Thời gian chờ	• Quý vị gặp khó khăn khi lên lịch hẹn hoặc chờ quá lâu để được hẹn. • Bác sĩ, dược sĩ hoặc các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc các nhân viên chương trình khác để quý vị chờ đợi quá lâu.
Tình trạng vệ sinh	• Quý vị cho rằng phòng khám, bệnh viện hoặc văn phòng của bác sĩ không sạch sẽ.
Thông tin quý vị nhận được từ chúng tôi	• Quý vị cho rằng chúng tôi đã không thông báo hoặc gửi thư cho quý vị mà đáng lẽ quý vị cần phải nhận được. • Quý vị cho rằng các thông tin bằng văn bản chúng tôi gửi cho quý vị quá khó hiểu.

Khiếu nại	Ví dụ
Tính kịp thời liên quan đến quyết định bao trả hoặc kháng cáo	• Quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn đối với việc đưa ra quyết định bao trả hoặc trả lời kháng cáo của quý vị. • Quý vị cho rằng sau khi nhận được quyết định bao trả hoặc kháng cáo có lợi cho quý vị, chúng tôi không đáp ứng các thời hạn phê duyệt hoặc cung cấp dịch vụ cho quý vị hoặc hoàn lại tiền cho quý vị đối với một số dịch vụ y tế. • Quý vị cho rằng chúng tôi đã không gửi trường hợp của quý vị đến IRO đúng hạn.

Có nhiều loại khiếu nại khác nhau. Quý vị có thể tiến hành khiếu nại nội bộ và/hoặc khiếu nại bên ngoài. Khiếu nại nội bộ được nộp lên và được xem xét bởi chương trình của chúng tôi. Khiếu nại bên ngoài được nộp lên và được xem xét bởi một tổ chức không liên kết với chương trình của chúng tôi. Nếu cần trợ giúp khiếu nại nội bộ và/hoặc bên ngoài, quý vị có thể gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại được liệt kê ở cuối trang.

> Thuật ngữ pháp lý của "khiếu nại" là **"than phiền".**
>
> Thuật ngữ pháp lý cho "nộp đơn than phiền" là **"nộp đơn khiếu nại".**

K2. Khiếu nại nội bộ

Để khiếu nại nội bộ, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711). Quý vị có thể khiếu nại vào bất cứ thời điểm nào trừ khi khiếu nại về thuốc Medicare Part D. Nếu khiếu nại là về thuốc Medicare Part D, quý vị phải nộp khiếu nại **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau khi quý vị gặp vấn đề muốn khiếu nại.

- Nếu quý vị cần làm bất kỳ điều gì khác, Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên sẽ cho quý vị biết.
- Quý vị cũng có thể viết đơn khiếu nại 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 quý vị yêu cầu phản hồi bằng văn bản, chúng tôi sẽ phản hồi bằng văn bản. Nếu quý vị gửi khiếu nại (than phiền) bằng văn bản hoặc nếu khiếu nại của quý vị liên quan đến chất lượng dịch vụ chăm sóc, chúng tôi sẽ phản hồi cho quý vị bằng văn bản.

- Chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị trong vòng năm ngày theo lịch kể từ ngày nhận được khiếu nại để cho quý vị biết chúng tôi đã nhận được kháng cáo.

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. 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 đánh giá nhanh của quý vị về yêu cầu dịch vụ chăm sóc y tế hoặc các thuốc Medicare Part D.
- Chúng tôi từ chối yêu cầu đánh giá nhanh của quý vị về việc kháng cáo các dịch vụ hoặc thuốc Medicare Part D đã 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.
- Các khiếu nại liên quan đến Medicare Part D phải được đưa ra trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi quý vị gặp vấn đề quý vị muốn khiếu nại. Tất cả các loại khiếu nại khác phải được gửi cho chúng tôi hoặc cho nhà cung cấp trong vòng bất kỳ khoảng thời gian nào kể từ ngày xảy ra vụ việc hoặc hành động khiến quý vị không hài lòng.
- 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, quý vị có thể yêu cầu "khiếu nại nhanh" và chúng tôi sẽ trả lời khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ.

> **Thuật ngữ pháp lý** của "khiếu nại nhanh" là **"than phiền cấp tốc".**

Nếu có thể, chúng tôi trả lời quý vị ngay lập tức. Nếu quý vị gọi cho chúng tôi để khiếu nại, chúng tôi có thể cho quý vị biết câu trả lời ngay trong cuộc gọi đó. Nếu bệnh trạng của quý vị cần chúng tôi trả lời nhanh chóng, chúng tôi sẽ làm như vậy.

- Chúng tôi trả lời hầu hết các khiếu nại trong vòng 30 ngày theo lịch. Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định trong vòng 30 ngày theo lịch vì chúng tôi cần thêm thông tin, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi cũng cập nhật trạng thái và thời gian dự kiến quý vị nhận được câu trả lời.

- Nếu quý vị 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 tự động cho phép quý vị "khiếu nại nhanh" và trả lời khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ.
- Nếu quý vị khiếu nại vì chúng tôi mất nhiều thời gian hơn để đưa ra quyết định bao trả hoặc kháng cáo, chúng tôi tự động cho phép quý vị "khiếu nại nhanh" và trả lời khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ.

Nếu chúng tôi không đồng ý với một số hoặc tất cả khiếu nại, chúng tôi sẽ cho quý vị biết và trình bày lý do. Chúng tôi phản hồi về việc chúng tôi có đồng ý với khiếu nại đó hay không.

K3. Khiếu nại bên ngoài

Medicare

Quý vị có thể cho Medicare biết về khiếu nại của mình hoặc gửi đến Medicare. Mẫu đơn khiếu nại của Medicare có sẵn tại: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Quý vị không cần phải nộp đơn khiếu nại với Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) trước khi nộp đơn khiếu nại cho Medicare.

Medicare xem xét các khiếu nại của quý vị một cách nghiêm túc và sử dụng thông tin này để hỗ trợ cho việc cải thiện chất lượng của chương trình Medicare.

Nếu quý vị có bất kỳ phản hồi hoặc quan ngại nào khác hoặc nếu cảm thấy chương trình sức khỏe không giải quyết vấn đề, quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. Cuộc gọi này miễn phí.

Medi-Cal

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Thanh Tra Viên Chăm Sóc Được Quản Lý Medi-Cal của Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe California (DHCS) bằng cách gọi số 1-888-452-8609. Người dùng TTY có thể gọi số 711. Gọi từ Thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 5 p.m.

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Sở Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe California (DMHC). DMHC chịu trách nhiệm quản lý các chương trình bảo hiểm y tế. Quý vị có thể gọi điện cho Trung Tâm Trợ Giúp DMHC để được hỗ trợ giải quyết các khiếu nại về dịch vụ của Medi-Cal. Đối với vấn đề không khẩn cấp, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với DMHC nếu không đồng ý với quyết định về kháng cáo Cấp 1 của quý vị hoặc nếu chương trình không giải quyết khiếu nại của quý vị sau 30 ngày theo lịch. Tuy nhiên, quý vị có thể liên hệ với DMHC mà không cần nộp đơn kháng cáo Cấp 1 nếu quý vị cần hỗ trợ khiếu nại liên quan đến một vấn đề khẩn cấp hoặc liên quan đến một mối đe dọa tức thời hoặc nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị, nếu

quý vị bị đau nặng, nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chương trình chúng tôi về khiếu nại của mình hoặc nếu chương trình chưa giải quyết khiếu nại của quý vị sau 30 ngày theo lịch.

Sau đây là hai cách để nhận được sự trợ giúp từ Trung Tâm Trợ Giúp:

- Gọi theo số **1-888-466-2219**. Các cá nhân bị khiếm thính, lãng tai hoặc khó nói chuyện có thể sử dụng số điện thoại TTY miễn phí, **1-877-688-9891**. Cuộc gọi này miễn phí.
- Hãy truy cập trang web của Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (**www.dmhc.ca.gov**).

Phòng Dân Quyền (OCR)

Nếu quý vị cho rằng bản thân đã không được đối xử công bằng, quý vị có thể khiếu nại lên OCR thuộc Bộ Y Tế Và Dịch Vụ Nhân Sinh (HHS). Ví dụ, quý vị có thể khiếu nại về việc tiếp cận cho người khuyết tật hoặc hỗ trợ ngôn ngữ. Số điện thoại của OCR là 1-800-368-1019. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-537-7697. Quý vị có thể truy cập www.hhs.gov/ocr để biết thêm thông tin.

Quý vị cũng có thể liên hệ với văn phòng OCR tại địa phương theo địa chỉ:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Điện thoại: 1-800-368-1019
TTY: 1-800-537-7697
Fax: 1-202-619-3818

Quý vị cũng có thể có các quyền theo Đạo Luật về Người Mỹ Khuyết Tật (ADA) và Đạo Luật Dân Quyền Unruh. Quý vị có thể liên hệ với Văn Phòng Thanh Tra Chăm Sóc Được Quản Lý Medi-Cal và Sức Khỏe Tâm Thần để được trợ giúp. Số điện thoại là 1-888-452-8609 (TTY:711), từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 a.m. đến 5 p.m. PST; trừ ngày lễ.

QIO

Khi quý vị khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc, quý vị có hai lựa chọn:

- Quý vị có thể trực tiếp nộp đơn khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc đến QIO.
- Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại đến QIO và chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị khiếu nại với QIO, chúng tôi sẽ làm việc với họ để giải quyết khiếu nại của quý vị.

QIO là một nhóm bác sĩ và chuyên gia y tế đang hành nghề, được chính quyền liên bang trả tiền để kiểm tra và cải tiến việc chăm sóc y tế cho bệnh nhân tham gia Medicare. Để tìm hiểu thêm về QIO, tham khảo **Phần H2** hoặc tham khảo **Chương 2** trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

Tại California, QIO được gọi là Commence Health. Số điện thoại của Commence Health là 1-877-588-1123 (TTY: 711).

Chương 10: Kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Giới thiệu

Chương này giải thích cách quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi và các tùy chọn bảo hiểm sức khỏe của quý vị sau khi quý vị rời chương trình. Nếu quý vị rời chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ vẫn tham gia chương trình Medicare và Medi-Cal miễn là đủ điều kiện. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của các thuật ngữ này xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

Mục Lục

A. Thời điểm quý vị có thể kết thúc tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi 296

B. Cách kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi 298

C. Cách để nhận riêng các dịch vụ Medicare và Medi-Cal 299

C1. Dịch vụ Medicare của quý vị 299

C2. Dịch vụ Medi-Cal của quý vị 304

D. Vật phẩm, dịch vụ và thuốc của quý vị cho đến khi tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi kết thúc 304

E. Các trường hợp khác khi tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi chấm dứt 304

F. Các quy tắc chống lại việc yêu cầu quý vị rời chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe 306

G. Quyền khiếu nại của quý vị nếu chúng tôi chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi 306

H. Cách để nhận thêm thông tin về việc chấm dứt tư cách thành viên trong chương trình của quý vị 307

A. Thời điểm quý vị có thể kết thúc tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi

Hầu hết mọi người tham gia Medicare có thể kết thúc tư cách thành viên vào các thời điểm nhất định trong năm. Vì quý vị có Medi-Cal, quý vị có một số lựa chọn kết thúc tư cách thành viên của mình với chương trình của chúng tôi vào bất kỳ tháng nào trong năm.

Ngoài ra, quý vị có thể kết thúc tư cách thành viên chương trình của chúng tôi trong các giai đoạn sau mỗi năm:

- **Giai Đoạn Ghi Danh Mở**, kéo dài từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12. Nếu quý vị chọn chương trình mới trong giai đoạn này, tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi sẽ chấm dứt vào ngày 31 tháng 12 và tư cách thành viên của quý vị trong chương trình mới sẽ bắt đầu vào ngày 1 tháng 1.

- **Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage (MA)** 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, 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. Nếu quý vị chọn chương trình mới trong giai đoạn này, tư cách thành viên của quý vị trong chương trình mới sẽ bắt đầu ngày đầu tiên của tháng tiếp theo.

Có thể có những tình huống khác khi quý vị đủ điều kiện thay đổi việc ghi danh của mình. Ví dụ như khi:

- quý vị chuyển nhà ra khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi,
- tính đủ điều kiện của quý vị để hưởng Medi-Cal hoặc Trợ Giúp Bổ Sung đã thay đổi, **hoặc**
- nếu gần đây quý vị chuyển đến, hiện đang được chăm sóc tại hoặc vừa chuyển ra khỏi cơ sở điều dưỡng hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn.

Tư cách thành viên của quý vị chấm dứt vào ngày cuối cùng của tháng mà chúng tôi nhận được yêu cầu rời khỏi chương trình của chúng tôi của quý vị. Ví dụ, nếu chúng tôi nhận yêu cầu của quý vị vào ngày 18 tháng 1, bảo hiểm của quý vị với chương trình của chúng tôi sẽ chấm dứt vào ngày 31 tháng 1. Nếu quý vị ghi danh vào chương trình khác, bảo hiểm mới của quý vị bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo (trong ví dụ này là ngày 1 tháng 2).

Nếu quý vị rời chương trình của chúng tôi, quý vị có thể nhận được thông tin về:

- Các tùy chọn Medicare trong bảng ở **Phần C1**.
- Dịch vụ và tùy chọn Medi-Cal ở **Phần C2**.

Quý vị có thể nhận thêm thông tin về cách thức quý vị có thể kết thúc tư cách thành viên của mình bằng cách gọi cho:

- Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số ở cuối trang này. Số cho người dùng TTY cũng được liệt kê.

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.
- Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) California, theo số 1-800-434-0222, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 a.m. đến 5 p.m. TTY: 711. Để biết thêm thông tin hoặc tìm kiếm văn phòng HICAP tại địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP. Bộ phận Tùy Chọn Chăm Sóc Sức Khỏe theo số 1-844-580-7272, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 6 p.m. Người dùng TTY xin gọi số 1-800-430-7077.
- Thanh Tra Viên Chăm Sóc Được Quản Lý Medi-Cal theo số 1-888-452-8609, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 5 p.m. hoặc gửi e-mail đến MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

LƯU Ý: Nếu quý vị đang tham gia một chương trình quản lý thuốc (DMP), quý vị có thể không thay đổi được chương trình. Tham khảo **Chương 5** trong *Sổ Tay Thành Viên* này để biết thông tin về chương trình quản lý thuốc.

B. Cách kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Nếu quý vị quyết định kết thúc tư cách thành viên của mình, quý vị có thể làm vậy bằng cách ghi danh vào một chương trình Medicare khác hoặc chuyển sang Original Medicare. Tuy nhiên, nếu quý vị muốn chuyển từ chương trình của chúng tôi sang Original Medicare mà chưa chọn một chương trình bảo hiểm thuốc Medicare thì quý vị phải yêu cầu hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi. Có hai cách thức quý vị yêu cầu rút tên:

- Quý vị có thể viết thư cho chúng tôi để yêu cầu. Liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số ở cuối trang này nếu quý vị cần thêm thông tin về cách thực hiện.
- Gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY (người gặp khó khăn về nghe hoặc nói) xin gọi số 1-877-486-2048. Khi quý vị gọi 1-800-MEDICARE, quý vị cũng có thể ghi danh vào một chương trình bảo hiểm thuốc hoặc bảo hiểm y tế khác của Medicare. Thông tin thêm về việc nhận các dịch vụ Medicare của quý vị khi quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi có trong bảng ở Phần C1.

- Gọi cho Bộ phận Tùy Chọn Chăm Sóc Sức Khỏe theo số 1-844-580-7272, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 6 p.m. Người dùng TTY xin gọi số 1-800-430-7077.
- **Phần C** dưới đây bao gồm các bước quý vị có thể thực hiện để ghi danh vào chương trình khác, đồng thời kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi.

C. Cách để nhận riêng các dịch vụ Medicare và Medi-Cal

Quý vị có nhiều lựa chọn về việc nhận dịch vụ Medicare và Medi-Cal nếu quý vị chọn rời chương trình của chúng tôi.

C1. Dịch vụ Medicare của quý vị

Quý vị có bốn tùy chọn để nhận các dịch vụ Medicare được liệt kê dưới đây vào bất kỳ tháng nào trong năm. Quý vị có tùy chọn bổ sung được liệt kê bên dưới trong một số thời điểm nhất định trong năm, bao gồm **Giai Đoạn Ghi Danh Mở** và **Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage** hoặc các tình huống khác được mô tả trong **Phần A**. Bằng cách chọn một trong những lựa chọn này, quý vị sẽ tự động kết thúc tư cách thành viên với chương trình của chúng tôi.

1. Quý vị có thể đổi sang: **Chương Trình Medicare Medi-Cal (Chương Trình Medi-Medi) là một loại chương trình Medicare Advantage. Chương trình này dành cho những người có cả Medicare và Medi-Cal và kết hợp phúc lợi Medicare và Medi-Cal trong một chương trình. Các Chương Trình Medi-Medi phối hợp tất cả các phúc lợi và dịch vụ trong cả hai chương trình, bao gồm tất cả các dịch vụ được bao trả của Medicare và Medi-Cal hoặc Chương trình của chương trình Chăm Sóc Toàn Diện cho Người Cao Tuổi (PACE), nếu quý vị đủ điều kiện.** **Lưu ý**: Thuật ngữ Chương Trình Medi-Medi là tên của các chương trình nhu cầu đặc biệt của bệnh nhân đủ điều kiện kép (D-SNP) được tích hợp tại California.	**Sau đây là những việc cần làm:** Gọi đến Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. Đối với truy vấn về Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện cho Người Cao Tuổi (PACE), hãy gọi số 1-855-921-PACE (7223). Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc thêm thông tin: • Gọi cho Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) California theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 5 p.m. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP tại địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/. **HOẶC** Ghi danh vào một Chương Trình Medi-Medi mới. Quý vị sẽ được tự động hủy ghi danh khỏi chương trình Medicare của chúng tôi khi bảo hiểm của chương trình mới bắt đầu. Chương trình Medi-Cal sẽ thay đổi để phù hợp với Chương trình Medi-Medi của quý vị.

2. Quý vị có thể đổi sang: **Original Medicare có chương trình bảo hiểm thuốc Medicare riêng biệt và Chương Trình Medi-Cal.**	**Sau đây là những việc cần làm:** Gọi đến Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc thêm thông tin: ● Gọi cho Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) California theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 5 p.m. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP tại địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/. **HOẶC** Ghi danh vào một chương trình thuốc Medicare mới. Quý vị sẽ được tự động hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu. Quý vị sẽ tiếp tục ghi danh tham gia Chương Trình Medi-Cal trừ khi quý vị chọn chương trình khác.

3. Quý vị có thể đổi sang: **Original Medicare không có chương trình bảo hiểm thuốc Medicare riêng biệt nếu quý vị có lý do hủy ghi danh hợp lệ** **LƯU Ý:** Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh chương trình thuốc Medicare riêng, Medicare có thể ghi danh cho quý vị tham gia một chương trình bảo hiểm thuốc, trừ khi quý vị cho Medicare biết quý vị không muốn tham gia. Quý vị chỉ nên hủy bảo hiểm thuốc nếu có bảo hiểm thuốc từ nguồn khác, như từ chủ sử dụng lao động hoặc công đoàn. Nếu quý vị có thắc mắc về việc liệu quý vị có cần bảo hiểm thuốc hay không, hãy gọi cho Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) California theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 5 p.m. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP tại địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/.	**Sau đây là những việc cần làm:** Gọi đến Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc thêm thông tin: ● Gọi cho Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) California theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 5 p.m. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP tại địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/. Quý vị sẽ được tự động hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu. Quý vị sẽ tiếp tục ghi danh tham gia Chương Trình Medi-Cal trừ khi quý vị chọn chương trình khác.

4. Quý vị có thể đổi sang: **Bất kỳ chương trình y tế Medicare nào** tại một số thời điểm nhất định trong năm, bao gồm **Giai Đoạn Ghi Danh Mở** và **Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage** hoặc các tình huống khác được mô tả trong **Phần A**.	**Sau đây là những việc cần làm:** Gọi đến Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. Đối với truy vấn về Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện cho Người Cao Tuổi (PACE), hãy gọi số 1-855-921-PACE (7223). Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc thêm thông tin: ● Gọi cho Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) California theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 5 p.m. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP tại địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/. **HOẶC** Ghi danh vào một chương trình Medicare mới. Quý vị sẽ được tự động hủy ghi danh khỏi chương trình Medicare của chúng tôi khi bảo hiểm của chương trình mới bắt đầu. Chương trình Medi-Cal của quý vị có thể thay đổi.

C2. Dịch vụ Medi-Cal của quý vị

Nếu quý vị có câu hỏi về cách nhận các dịch vụ Medi-Cal sau khi quý vị rời chương trình của chúng tôi, hãy liên hệ với bộ phận Tùy Chọn Chăm Sóc Sức Khỏe theo số 1-844-580-7272, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 a.m. đến 6 p.m. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-430-7077. Hoặc truy cập www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en. Hãy hỏi xem việc tham gia một chương trình khác hay quay lại Original Medicare sẽ ảnh hưởng đến việc quý vị nhận bảo hiểm Medi-Cal như thế nào.

D. Vật phẩm, dịch vụ và thuốc của quý vị cho đến khi tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi kết thúc

Nếu quý vị rời chương trình của chúng tôi, có thể phải mất thời gian trước khi tư cách thành viên của quý vị kết thúc và bảo hiểm Medicare và Medi-Cal mới của quý vị bắt đầu. Trong thời gian này, quý vị tiếp tục sử dụng thuốc và dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình thông qua chương trình của chúng tôi cho đến khi chương trình mới bắt đầu.

- Sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi để nhận dịch vụ chăm sóc y tế.
- Sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi bao gồm thông qua các dịch vụ nhà thuốc đặt hàng qua đường bưu điện của chúng tôi để mua thuốc của quý vị.
- Nếu quý vị nhập viện vào ngày kết thúc tư cách thành viên trong Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP), chương trình của chúng tôi sẽ bao trả cho việc nằm viện cho đến khi quý vị ra viện. Điều này sẽ vẫn được áp dụng ngay cả khi bảo hiểm chăm sóc sức khỏe mới của quý vị bắt đầu trước khi quý vị xuất viện.

E. Các trường hợp khác khi tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi chấm dứt

Đây là những trường hợp khi chúng tôi phải kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi:

- Nếu có khoảng thời gian gián đoạn trong bảo hiểm Medicare Part A và Medicare Part B của quý vị.

- Nếu quý vị không còn đủ điều kiện cho Medi-Cal. Chương trình của chúng tôi là dành cho những người đủ điều kiện cho cả Medicare và Medi-Cal. Lưu ý: Nếu không còn đủ điều kiện cho Medi-Cal, quý vị có thể tạm thời tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi với các phúc lợi Medicare, vui lòng xem thông tin bên dưới về thời gian đủ điều kiện tạm thời. 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 (chính là giai đoạn được coi là vẫn tiếp tục đủ điều kiện cho chương trình). 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 chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi.
- Nếu quý vị ra khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi lâu hơn sáu tháng.
    - Nếu quý vị chuyển đi hoặc có chuyến đi dài, gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để tìm hiểu liệu nơi quý vị sẽ chuyển tới hoặc đi tới có nằm trong khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi hay không.
- Nếu quý vị đi tù vì phạm tội hình sự.
- Nếu quý vị nói dối hoặc che giấu thông tin về bảo hiểm khác mà quý vị có dành cho thuốc.
- Nếu quý vị không phải là công dân hoặc người mang quốc tịch Hoa Kỳ hoặc không phải là người không phải công dân nhưng đủ điều kiện cư trú.
    - 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 của chúng tôi.
    - Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) sẽ thông báo cho chúng tôi nếu quý vị không đủ tiêu chuẩn tiếp tục là thành viên trên cơ sở này.
    - Chúng tôi phải hủy ghi danh cho quý vị nếu quý vị không đáp ứng yêu cầu này.

Nếu quý vị mất tư cách thụ hưởng Medi-Cal nhưng dự kiến có thể khôi phục lại trong vòng 3 tháng, chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp tất cả các phúc lợi Medicare được bao trả bởi Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Khi bảo hiểm Medi-Cal của quý vị kết thúc, chúng tôi sẽ không thanh toán cho các phúc lợi Medi-Cal của quý vị. Chúng tôi sẽ thanh toán mọi khoản chia sẻ chi phí Medicare mà Medi-Cal sẽ trả nếu quý vị chưa mất Medi-Cal. Để biết thêm thông tin, hãy liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại được liệt kê ở cuối trang.

Chúng tôi sẽ hỗ trợ quý vị lấy lại tư cách đủ điều kiện tham gia Medi-Cal. Nếu tư cách đủ điều kiện tham gia Medi-Cal của quý vị được khôi phục trong khi quý vị vẫn đang ghi danh với chúng tôi cho bảo hiểm Medicare của quý vị, chúng tôi sẽ tiếp tục thanh toán cho các phúc lợi Medi-Cal của quý vị và quý vị sẽ tiếp tục ghi danh với chúng tôi. Nếu quý vị không thể lấy lại Medi-Cal trong 3 tháng, chúng tôi sẽ hủy ghi danh quý vị khỏi Medi-Cal. Nếu quý vị lấy lại tư cách đủ điều kiện tham gia Medi-Cal sau khi bị hủy ghi danh, quý vị sẽ cần liên hệ với chúng tôi để ghi danh lại vào chương trình.

Chúng tôi có thể buộc quý vị rời chương trình của chúng tôi vì những lý do sau chỉ khi chúng tôi nhận được sự cho phép từ Medicare và Medi-Cal trước:

- Nếu quý vị cố tình cung cấp thông tin sai lệch khi ghi danh trong chương trình của chúng tôi và thông tin đó có ảnh hưởng tới tư cách điều kiện cho chương trình của chúng tôi.
- 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.
- Nếu quý vị để ai khác sử dụng Thẻ ID Thành Viên của mình để nhận dịch vụ chăm sóc y tế. (Medicare có thể yêu cầu Tổng Thanh Tra điều tra trường hợp của quý vị nếu chúng tôi kết thúc tư cách thành viên của quý vị vì lý do này.)

F. Các quy tắc chống lại việc yêu cầu quý vị rời chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe

Chúng tôi không được yêu cầu quý vị rời chương trình của chúng tôi vì bất cứ lý do gì liên quan tới sức khỏe. Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đang yêu cầu quý vị rời chương trình của chúng tôi vì một lý do liên quan đến sức khỏe, **hãy gọi Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.

G. Quyền khiếu nại của quý vị 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. Quý vị cũng có thể tham khảo **Chương 9** trong *Sổ Tay Thành Viên* này để biết thông tin về cách nộp đơn khiếu nại.

H. Cách để nhận thêm thông tin về việc chấm dứt tư cách thành viên trong chương trình của quý vị

Nếu quý vị có câu hỏi hoặc muốn biết thêm thông tin về việc kết thúc tư cách thành viên, quý vị có thể gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số ở cuối trang này.

Chương 11: Thông báo pháp lý

Giới thiệu

Chương này sẽ bao gồm những thông báo pháp lý áp dụng cho tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của các thuật ngữ này xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối cùng trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

Mục Lục

A. Thông báo về các luật 309

B. Thông báo về không phân biệt đối xử của liên bang 309

C. Thông báo về việc không phân biệt đối xử đối với Medi-Cal 309

D. Thông báo về Medicare là bên thanh toán thứ hai và Medi-Cal là bên thanh toán cuối cùng 311

E. Thông báo về quy trình thu hồi tài sản Medi-Cal 311

F. Thu hồi phúc lợi chương trình của chúng tôi đã thanh toán theo chương trình Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) của quý vị 312

G. Thẻ thành viên 315

H. Gian lận trong chương trình chăm sóc sức khỏe 315

I. Những tình huống ngoài tầm kiểm soát của Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 316

A. Thông báo về các luật

Nhiều luật được áp dụng cho *Sổ Tay Thành Viên* này. Các luật này có thể ảnh hưởng đến quyền và trách nhiệm của quý vị ngay cả khi các luật đó không được đưa vào hoặc giải thích trong *Sổ Tay Thành Viên* này. Các luật chính được áp dụng là luật liên bang và tiểu bang về các chương trình Medicare và Medi-Cal. Các luật liên bang và tiểu bang khác cũng có thể được áp dụng.

B. Thông báo về không phân biệt đối xử của 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 mối lo ngại về tình trạng phân biệt đối xử hoặc đối xử không công bằng:

- Hãy gọi cho Phòng Dân Quyền, Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY có thể gọi số 1-800-537-7697. Quý vị cũng có thể truy cập www.hhs.gov/ocr để biết thêm thông tin.

C. Thông báo về việc không phân biệt đối xử đối với Medi-Cal

Chúng tôi không phân biệt đối xử hoặc đối xử quý vị khác đi vì lý do chủng tộc, dân tộc, nguồn gốc quốc gia, màu da, tôn giáo, 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. Ngoài ra, chúng tôi không phân biệt đối xử trái pháp luật, loại trừ mọi người hoặc đối xử với họ theo cách khác vì tổ tiên, nhận dạng dân tộc, bản dạng giới, tình trạng hôn nhân hoặc bệnh lý.

Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin hoặc có mối lo ngại về tình trạng phân biệt đối xử hoặc đối xử không công bằng:

- Hãy gọi cho Phòng Dân Quyền, Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe theo số 916-440-7370. Người dùng TTY có thể gọi 711 (Dịch Vụ Chuyển Tiếp Viễn Thông). Nếu quý vị cho rằng mình đã bị phân biệt đối xử và muốn nộp đơn khiếu nại về vấn đề phân biệt đối xử, hãy liên hệ theo số 1-800-431-9007 (TTY:711). Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Chủ Nhật, từ 8 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. Quý vị cũng có thể liên hệ với chúng tôi bằng văn bản theo địa chỉ:

  MEMBER Appeals & Grievances Medicare Operations
  P.O. Box 10198
  Van Nuys, CA 91410-0198
  go.wellcare.com/HealthNetCA

Nếu than phiền của quý vị là về phân biệt đối xử trong chương trình Medi-Cal, quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại đến Phòng Dân Quyền, Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe, qua điện thoại, bằng văn bản hoặc bằng phương thức điện tử:

- Bằng điện thoại: Gọi số 916-440-7370. Nếu quý vị không thể nói hoặc nghe rõ, vui lòng gọi 711 (Dịch Vụ Chuyển Tiếp Viễn Thông).
- Bằng văn bản: Điền vào mẫu đơn khiếu nại hoặc gửi thư đến:

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  Mẫu đơn khiếu nại có tại
  www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- Bằng phương thức điện tử: Gửi email đến CivilRights@dhcs.ca.gov.

Nếu quý vị bị khuyết tật và cần trợ giúp để tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nhà cung cấp, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. 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.

D. Thông báo về Medicare là bên thanh toán thứ hai và Medi-Cal là bên thanh toán cuối cùng

Đôi khi một bên khác trước hết sẽ phải thanh toán cho các dịch vụ mà chúng tôi cung cấp cho quý vị. Ví dụ, nếu quý vị gặp tai nạn xe hơi hoặc quý vị bị thương ở nơi làm việc thì bảo hiểm hoặc Bồi Thường Lao Động phải thanh toán trước.

Chúng tôi có quyền và trách nhiệm thu tiền cho các dịch vụ được Medicare bao trả mà Medicare không phải bên thanh toán đầu tiên.

Chúng tôi tuân thủ luật pháp tiểu bang và liên bang, cũng như các quy định liên quan đến trách nhiệm pháp lý của các bên thứ ba đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe dành cho thành viên. Chúng tôi thực hiện mọi biện pháp hợp lý để đảm bảo chương trình Medi-Cal là bên thanh toán cuối cùng.

Thành viên Medi-Cal phải sử dụng tất cả các bảo hiểm y tế khác (OHC) trước Medi-Cal khi dịch vụ tương tự được cung cấp theo bảo hiểm sức khỏe của quý vị vì Medi-Cal là bên thanh toán cuối cùng. Điều này có nghĩa là trong hầu hết các trường hợp, Medi-Cal sẽ là bên thanh toán thứ cấp cho Medicare OHC, chi trả các chi phí được phép không được chương trình của chúng tôi hoặc OHC khác chi trả đến mức Medi-Cal.

E. Thông báo về quy trình thu hồi tài sản Medi-Cal

Chương trình Medi-Cal phải yêu cầu hoàn trả tài sản được chứng thực của một số thành viên đã qua đời cho phúc lợi Medi-Cal đã nhận vào hoặc sau sinh nhật lần thứ 55 của họ. Khoản hoàn trả bao gồm thanh toán cho Trả Phí Theo Dịch Vụ và phí bảo hiểm/thuế theo đầu người của dịch vụ chăm sóc được quản lý cho dịch vụ tại cơ sở điều dưỡng, dịch vụ tại nhà và cộng đồng cũng như các dịch vụ thuốc theo toa và bệnh viện có liên quan đã nhận khi thành viên này từng là bệnh nhân nội trú ở cơ sở điều dưỡng hoặc nhận dịch vụ tại nhà và cộng đồng. Số tiền hoàn trả không được vượt quá giá trị của tài sản được chứng thực của một thành viên.

Để tìm hiểu thêm, hãy truy cập trang web thu hồi tài sản Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe tại www.dhcs.ca.gov/er hoặc gọi số 916-650-0590.

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

Khi quý vị bị thương

Nếu quý vị bị thương, bị ốm hoặc xuất hiện một bệnh lý do những hành động của một người khác, công ty hoặc bản thân quý vị (một "bên chịu trách nhiệm"), chương trình của chúng tôi sẽ cung cấp phúc lợi cho những dịch vụ được bao trả mà quý vị nhận được. Tuy nhiên, nếu quý vị nhận tiền hoặc có quyền nhận tiền vì quý vị bị thương, bị ốm hoặc mắc bệnh dù thông qua một thỏa thuận, phán quyết hoặc bất kỳ khoản thanh toán nào khác liên quan đến thương tích, bệnh hoặc bệnh lý của quý vị, chương trình của chúng tôi và/hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc điều trị cho quý vị sẽ giữ quyền thu hồi giá trị của bất kỳ dịch vụ nào đã được cung cấp cho quý vị thông qua chương trình này theo luật áp dụng của Tiểu Bang.

Khi được sử dụng trong toàn bộ điều khoản này, thuật ngữ "bên chịu trách nhiệm" nghĩa là bất kỳ người nào hoặc tổ chức nào có khả năng hoặc thực sự chịu trách nhiệm về thương tích, bệnh hoặc bệnh lý của quý vị. Thuật ngữ "bên chịu trách nhiệm" bao gồm trách nhiệm pháp lý hoặc công ty bảo hiểm khác của người hoặc tổ chức chịu trách nhiệm đó.

Một số ví dụ về việc quý vị có thể bị thương, bị ốm hoặc xuất hiện bệnh lý do hành động của một bên chịu trách nhiệm bao gồm, nhưng không giới hạn ở:

- Quý vị bị tai nạn xe ô tô
- Quý vị bị trượt ngã trong một cửa hàng, hoặc
- Quý vị tiếp xúc với một chất hóa học nguy hiểm tại nơi làm 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.

G. Thẻ thành viên

Thẻ thành viên do chương trình của chúng tôi phát hành theo *Sổ Tay Thành Viên* 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 *Sổ Tay Thành Viên* này. Để được hưởng các dịch vụ hoặc phúc lợi trong *Sổ Tay Thành Viên* này, chủ thẻ phải đủ điều kiện được bảo hiểm và được ghi danh là thành viên theo *Sổ Tay Thành Viên* này. Bất kỳ người nào nhận dịch vụ mà họ không đủ điều kiện được hưởng theo *Sổ Tay Thành Viên* 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 điện thoại ở cuối trang 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.

H. 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 1-800-977-3565 (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.

I. Những tình huống ngoài tầm kiểm soát của Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)

Trong trường hợp thiên tai, chiến tranh, bạo loạn, nổi loạn dân sự, dịch bệnh, phá hủy hoàn toàn hoặc một phần cơ sở vật chất, vụ nổ nguyên tử hoặc sự giải phóng 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 khác không nằm trong tầm kiểm soát của chương trình chúng tôi, khiến các cơ sở hoặc nhân viên của Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) không thể cung cấp hoặc bố trí dịch vụ hoặc phúc lợi theo *Sổ Tay Thành Viên* này, nghĩa vụ cung cấp các dịch vụ hoặc phúc lợi đó của Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sẽ giới hạn ở yêu cầu là Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) phải nỗ lực trên tinh thần thiện chí để cung cấp hoặc bố trí việc cung cấp các dịch vụ hoặc phúc lợi đó trong phạm vi cơ sở vật chất hoặc nhân viên sẵn có của mình.

Chương 12: Định nghĩa các từ quan trọng

Giới thiệu

Chương này bao gồm các thuật ngữ chính được sử dụng trong *Sổ Tay Thành Viên* này với các định nghĩa. Các thuật ngữ được liệt kê theo thứ tự bảng chữ cái. Nếu quý vị không tìm thấy thuật ngữ mà quý vị đang tìm kiếm hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin ngoài định nghĩa, hãy liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.

Hoạt động sinh hoạt hàng ngày (ADL): Những điều mọi người làm trong một ngày bình thường, chẳng hạn như ăn uống, sử dụng nhà vệ sinh, thay quần áo, tắm rửa hoặc đánh răng.

Thẩm Phán Luật Hành Chính: Thẩm Phán Luật Hành Chính (ALJ) là thẩm phán thụ lý và ra phán quyết các vụ án liên quan đến cơ quan chính phủ. Thẩm phán xem xét kháng cáo cấp 3.

Chương trình hỗ trợ thuốc AIDS (ADAP): Chương trình giúp đảm bảo rằng các cá nhân đủ tiêu chuẩn đang mắc HIV/AIDS được tiếp cận với các dược phẩm điều trị HIV có tác dụng duy trì sự sống.

Trung tâm phẫu thuật ngoại trú: Cơ sở phẫu thuật cho bệnh nhân ngoại trú không cần dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện và những người được dự kiến không cần quá 24 giờ chăm sóc.

Kháng cáo: Một cách để quý vị phản đối hành động của chúng tôi nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã làm sai. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định bảo hiểm bằng cách nộp đơn kháng cáo. **Chương 9** trong *Sổ Tay Thành Viên* này giải thích về kháng cáo, bao gồm cả cách nộp đơn kháng cáo.

Hóa đơn chi phí chênh lệch: Thông lệ thực hành trong đó nhà cung cấp lập hóa đơn cho bệnh nhân phần chênh lệch giữa toàn bộ chi phí đã tính của nhà cung cấp và số tiền mà chương trình sức khỏe của bệnh nhân thanh toán.

Sức khỏe hành vi: Nghĩa là sức khỏe về mặt cảm xúc, tâm lý và xã hội. Nói một cách đơn giản hơn: Đó là cách chúng ta suy nghĩ, cảm nhận và tương tác với người khác. Thuật ngữ toàn diện đề cập đến dịch vụ về sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng chất kích thích.

Sản phẩm sinh học: Một loại thuốc được chế tạo từ các nguồn tự nhiên và sống 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. (Xem thêm “Sản phẩm sinh học gốc” và “Thuốc tương tự sinh học”).

Thuốc Tương Tự Sinh Học: Một loại thuốc theo toa được coi là 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. (Đi đến "Thuốc tương tự sinh học có thể hoán đổi").

Thuốc chính hiệu: Thuốc được sản xuất và bán bởi chính công ty sản xuất ra loại thuốc đó. Thuốc chính hiệu có cùng thành phần với phiên bản thuốc gốc của loại thuốc đó. Thuốc gốc thường được sản xuất và bán bởi công ty dược khác và thường không sẵn có cho đến khi bằng sáng chế của thuốc chính hiệu hết hạn.

Điều phối viên chăm sóc: Đầu mối chính làm việc với quý vị, với chương trình sức khỏe và với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để đảm bảo quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết.

Kế hoạch chăm sóc: Tham khảo "Kế hoạch chăm sóc cá nhân hóa".

Nhóm chăm sóc: Tham khảo "Nhóm chăm sóc liên ngành".

Giai đoạn bảo hiểm tai ương: Giai đoạn trong phúc lợi thuốc Medicare Part D mà chương trình của chúng tôi thanh toán tất cả chi phí của thuốc Phần D cho đến cuối năm. Quý vị bắt đầu giai đoạn này khi quý vị (hoặc các bên đủ điều kiện khác thay mặt quý vị) đã chi $2,400 cho thuốc được bao trả Phần D trong năm. Quý vị không phải trả gì cả.

Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS): Là cơ quan liên bang điều hành Medicare. **Chương 2** trong *Sổ Tay Thành Viên* này giải thích cách liên hệ với CMS.

Dịch Vụ Cho Người Lớn Tại Cộng Đồng (CBAS): Chương trình dịch vụ tại cơ sở dành cho bệnh nhân ngoại trú cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn, các dịch vụ xã hội, trị liệu cơ năng và trị liệu âm ngữ, chăm sóc cá nhân, đào tạo và hỗ trợ cho gia đình/người chăm sóc, các dịch vụ về dinh dưỡng, vận chuyển và các dịch vụ khác cho những thành viên danh đủ điều kiện đáp ứng các tiêu chí về tính đủ điều kiện được áp dụng.

Khiếu nại: Tuyên bố bằng văn bản hoặc bằng lời nói cho biết quý vị gặp vấn đề hoặc có mối lo ngại về các dịch vụ hoặc dịch vụ chăm sóc được bao trả của quý vị. Điều này bao gồm bất cứ mối lo ngại nào về chất lượng dịch vụ, chất lượng dịch vụ chăm sóc của quý vị, các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi hoặc các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. Tên chính thức cho "nộp đơn than phiền" là "nộp đơn khiếu nại".

Cơ sở phục hồi ngoại trú toàn diện (CORF): Cơ sở chủ yếu cung cấp các dịch vụ phục hồi chức năng sau khi bị bệnh, tai nạn hoặc đại phẫu. Cơ sở này cung cấp một loạt các dịch vụ bao gồm vật lý trị liệu, các dịch vụ xã hội hoặc tâm lý, trị liệu hô hấp, trị liệu cơ năng, trị liệu âm ngữ và các dịch vụ đánh giá môi trường tại nhà.

Khoản đồng thanh toán: Số tiền cố định mà quý vị thanh toán cho phần chia sẻ chi phí của quý vị mỗi lần quý vị nhận dịch vụ hoặc thuốc nhất định. Ví dụ: quý vị có thể trả $2 hoặc $5 cho một dịch vụ hoặc thuốc.

Khoản chia sẻ chi phí: Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận dịch vụ hoặc thuốc nhất định. Khoản chia sẻ chi phí bao gồm các khoản đồng thanh toán.

Bậc chia sẻ chi phí: Nhóm các thuốc có cùng khoản đồng thanh toán. Mọi loại thuốc trong *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả* (còn được gọi là *Danh Sách Thuốc*) 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 bao trả: Quyết định về những phúc lợi nào mà chúng tôi bao trả. Bao gồm các quyết định về các thuốc và các dịch vụ được bao trả hoặc số tiền chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. **Chương 9** trong *Sổ Tay Thành Viên* này giải thích cách yêu cầu chúng tôi ra quyết định bao trả.

Thuốc được bao trả: Thuật ngữ chúng tôi sử dụng để chỉ tất cả các loại thuốc theo toa và thuốc không kê toa (OTC) được chương trình của chúng tôi bao trả.

Dịch vụ được bao trả: Thuật ngữ chung mà chúng tôi sử dụng để nói đến tất cả dịch vụ chăm sóc sức khỏe, các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, vật tư, thuốc theo toa và thuốc không kê toa, thiết bị và các dịch vụ khác được chương trình của chúng tôi bao trả.

Đào tạo năng lực văn hóa: Đào tạo cung cấp hướng dẫn bổ sung cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của chúng tôi giúp họ hiểu rõ hơn về tiểu sử, giá trị và tín ngưỡng của quý vị để điều chỉnh các dịch vụ nhằm đáp ứng nhu cầu về xã hội, văn hóa và ngôn ngữ của quý vị.

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 kê toa lượng 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 cho lượng cấp thuốc trong một tháng.

Ví dụ như sau: Giả sử khoản đồng thanh toán cho lượng thuốc đủ dùng cho cả tháng (lượng đủ dùng trong 30 ngày) của quý vị là $1.65. Điều này có nghĩa là số tiền quý vị trả cho thuốc của mình là dưới $0.06 mỗi ngày. Nếu quý vị nhận được lượng thuốc đủ dùng trong bảy ngày,

khoản thanh toán của quý vị sẽ là ít hơn $0.06 mỗi ngày nhân với bảy ngày, được tổng số tiền thanh toán là ít hơn $0.39.

Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe (DHCS): Cơ quan tiểu bang California quản lý Chương Trình Medicaid (còn gọi là Medi-Cal).

Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC): Cơ quan cấp tiểu bang ở California phụ trách quản lý hầu hết các chương trình sức khỏe. DMHC hỗ trợ các cá nhân giải quyết các kháng cáo và khiếu nại về các dịch vụ Medi-Cal. DMHC cũng tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập (IMR).

Hủy ghi danh: Quy trình kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi. Hủy ghi danh có thể là tự nguyện (quý vị tự chọn) hoặc không tự nguyện (không phải là lựa chọn của quý vị).

Chương Trình Quản Lý Thuốc (DMP): Một chương trình giúp đảm bảo các thành viên sử dụng opioid theo toa và các thuốc thường bị lạm dụng khác một cách an toàn.

Bậc thuốc: Nhóm thuốc trong *Danh Sách Thuốc*. Thuốc gốc, thuốc chính hiệu hay thuốc không kê toa (OTC) là những ví dụ các bậc thuốc. Mọi loại thuốc có trong *Danh Sách Thuốc* đều thuộc một trong sáu bậc này.

Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt của Bệnh Nhân Đủ Điều Kiện Kép (D-SNP): Chương trình sức khỏe phục vụ cho những cá nhân đủ điều kiện tham gia cả Medicare và Medicaid. Chương trình của chúng tôi là D-SNP.

Thiết bị y tế lâu bền (DME): Một số vật dụng được bác sĩ chỉ định để quý vị sử dụng tại nhà riêng. Các ví dụ về những thiết bị này bao gồm xe lăn, nạng, hệ thống đệm điện, vật tư cho bệnh tiểu đường, giường bệnh viện theo đơn đặt hàng của nhà cung cấp để sử dụng tại nhà, bơm truyền tĩnh mạch, thiết bị phát âm, thiết bị và vật tư cấp oxy, ống phun khí dung và khung tập đi.

Cấp cứu: Trường hợp cấp cứu y tế là khi quý vị hoặc bất kỳ người nào khác có hiểu biết trung bình về sức khỏe và y khoa cho rằng quý vị có triệu chứng y tế cần được chăm sóc y tế ngay lập tức nhằm ngăn ngừa việc tử vong, mất bộ phận cơ thể hoặc mất hoặc suy giảm nghiêm trọng chức năng của bộ phận cơ thể (và nếu quý vị đang mang thai thì là khả năng mất thai nhi). 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 được cung cấp bởi nhà cung cấp đã được đào tạo để cung cấp các dịch vụ cấp cứu và cần thiết để điều trị trường hợp cấp cứu y tế hoặc sức khỏe hành vi.

Trường hợp ngoại lệ: Sự cho phép nhận bảo hiểm cho một loại thuốc mà thông thường không được bao trả hoặc cho phép sử dụng thuốc mà không có một số các quy tắc và giới hạn.

Dịch vụ bị loại trừ: Dịch vụ không được chương trình sức khỏe này bao trả.

Trợ Giúp Bổ Sung: Chương trình Medicare nhằm trợ giúp những người có thu nhập thấp và ít nguồn lực giảm bớt chi phí thuốc Medicare Part D, chẳng hạn như phí bảo hiểm, tiền khấu trừ và khoản đồng thanh toán. Trợ Giúp Bổ Sung còn được gọi là “Trợ Cấp Cho Người Có Thu Nhập Thấp” hay “LIS”.

Thuốc gốc: Thuốc được FDA phê duyệt để sử dụng thay thế thuốc chính hiệu. Thuốc gốc có cùng thành phần như thuốc chính hiệu. Thông thường thuốc gốc rẻ hơn và có hiệu quả giống như thuốc chính hiệu.

Khiếu nại: Một loại khiếu nại quý vị đưa ra về chúng tôi hoặc một trong các nhà cung cấp hoặc nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. Bao gồm khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc của quý vị hoặc chất lượng dịch vụ do chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị cung cấp.

Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Y Tế (HICAP): Một chương trình cung cấp thông tin và tư vấn khách quan và miễn phí về Medicare. **Chương 2** trong *Sổ Tay Thành Viên* này giải thích cách liên hệ với HICAP.

Chương trình sức khỏe: Một tổ chức bao gồm các bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe dài hạn và các nhà cung cấp khác. Chương trình cũng có các điều phối viên chăm sóc để giúp quản lý tất cả các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và dịch vụ của quý vị. Tất cả họ làm việc cùng nhau để cung cấp dịch vụ chăm sóc quý vị cần.

Đánh giá nguy cơ sức khỏe (HRA): 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: Một người cung cấp dịch vụ không cần kỹ năng của y tá hoặc nhà trị liệu được cấp phép, chẳng hạn như trợ giúp chăm sóc cá nhân (như tắm rửa, đi vệ sinh, thay quần áo hoặc thực hiện các bài tập được chỉ định). Nhân viên hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tại nhà không có giấy phép điều dưỡng hoặc cung cấp trị liệu.

Chăm sóc cuối đời: Chương trình chăm sóc và hỗ trợ cho những người có tiên lượng bệnh giai đoạn cuối nhằm giúp họ sống thoải mái. Tiên lượng bệnh giai đoạn cuối nghĩa là một người được chứng nhận về mặt y tế là bệnh giai đoạn cuối, có nghĩa là còn sống không quá sáu tháng.

- Người ghi danh có tiên lượng bệnh giai đoạn cuối có quyền chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời.
- Nhóm chuyên gia được đào tạo đặc biệt và những người chăm sóc cung cấp dịch vụ chăm sóc bao quát toàn diện cho một người, kể cả nhu cầu về thể chất, tình cảm, xã hội và tinh thần.
- Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị danh sách các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời trong khu vực địa lý của quý vị.

Lập hóa đơn không đúng quy định/không phù hợp: Một tình huống khi nhà cung cấp (chẳng hạn như bác sĩ hoặc bệnh viện) tính hóa đơn dịch vụ cho quý vị nhiều hơn khoản chia sẻ chi phí của chúng tôi. Hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên nếu quý vị nhận được bất cứ hóa đơn nào mà quý vị không hiểu.

Vì chúng tôi thanh toán toàn bộ chi phí cho các dịch vụ của quý vị, quý vị **không** phải trả bất kỳ khoản chia sẻ chi phí nào. Nhà cung cấp sẽ không tính hóa đơn cho quý vị cho bất kỳ chi phí nào đối với các dịch vụ này.

Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà (IHSS): Chương trình IHSS sẽ giúp thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc đã ghi danh đối với các dịch vụ được cung cấp để quý vị có thể tiếp tục sống an toàn tại nhà. IHSS là giải pháp thay thế cho dịch vụ chăm sóc ngoài nhà, chẳng hạn như viện hoặc ban điều dưỡng và cơ sở chăm sóc. Để nhận được dịch vụ, chúng tôi sẽ tiến hành đánh giá để xác định loại dịch vụ nào có thể được cho phép cho từng người tham gia dựa trên nhu cầu của họ. Các loại dịch vụ có thể được cho phép thông qua IHSS bao gồm dọn dẹp nhà cửa, chuẩn bị bữa ăn, giặt giũ, đi chợ, dịch vụ chăm sóc cá nhân (chẳng hạn như chăm sóc ruột và bàng quang, tắm rửa, chải chuốt và chăm sóc y tế), đi cùng đến các cuộc hẹn y tế và giám sát bảo vệ người bị sa sút trí tuệ. Phòng dịch vụ xã hội hạt quản lý IHSS.

Đánh Giá Y Tế Độc Lập (IMR): Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu về các dịch vụ hoặc điều trị y tế của quý vị, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi và vấn đề của quý vị liên quan đến dịch vụ Medi-Cal, bao gồm vật tư DME và thuốc, quý vị có thể yêu cầu Sở Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe California tiến hành IMR. IMR là một đánh giá trường hợp của quý vị do các chuyên gia không thuộc chương trình của chúng tôi thực hiện. Nếu quyết định IMR có lợi cho quý vị, chúng tôi phải cung cấp cho quý vị dịch vụ hoặc phương pháp điều trị quý vị yêu cầu. Quý vị không phải trả chi phí cho IMR.

Tổ chức đánh giá độc lập (IRO): Một tổ chức độc lập do Medicare thuê để đánh giá kháng cáo cấp 2. 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. Tên chính thức là **Cơ Quan Đánh Giá Độc Lập.**

Kế hoạch chăm sóc cá nhân hóa (ICP hay 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, các dịch vụ sức khỏe hành vi và các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn.

Nội trú: Thuật ngữ được sử dụng khi quý vị được nhập viện chính thức để nhận các dịch vụ y tế chuyên môn. Nếu quý vị không được nhập viện chính thức, quý vị có thể vẫn được coi là bệnh nhân ngoại trú thay vì là bệnh nhân nội trú ngay cả khi quý vị có ở lại bệnh viện qua đêm.

D-SNP tích hợp: Chương trình nhu cầu đặc biệt của bệnh nhân đủ điều kiện kép bao trả cho Medicare và hầu hết hoặc toàn bộ dịch vụ Medicaid theo một chương trình sức khỏe duy nhất hoặc các chương trình sức khỏe liên kết dành cho nhóm cá nhân nhất định đủ điều kiện đối với cả Medicare và Medicaid. Những cá nhân này được gọi là cá nhân đủ điều kiện kép để nhận toàn bộ phúc lợi.

Thuốc tương tự sinh học có thể hoán đổi: Thuốc tương tự sinh học có thể được thay thế 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.

Nhóm Chăm Sóc Liên Ngành (ICT hay 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.

***Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Sách Thuốc)*:** Danh sách các loại thuốc theo toa và thuốc không kê toa (OTC) mà chúng tôi bao trả. Chúng tôi chọn các thuốc trong danh sách này với sự giúp đỡ của các bác sĩ và dược sĩ. *Danh Sách Thuốc* cho quý vị biết nếu có bất cứ quy tắc nào mà quý vị cần tuân theo để nhận các thuốc của quý vị. *Danh Sách Thuốc* đôi khi còn được gọi là “danh mục thuốc”.

Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS): Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn giúp cải thiện bệnh ký kéo dài. Hầu hết các dịch vụ này giúp quý vị ở tại nhà của mình vì thế quý vị không phải đi đến cơ sở điều dưỡng hoặc bệnh viện. LTSS được bao trả trong chương trình của chúng tôi bao gồm Dịch Vụ Cho Người Lớn Tại Cộng Đồng (CBAS), còn được gọi là chăm sóc sức khỏe ban ngày dành cho người lớn, Cơ Sở Điều Dưỡng (NF) và Hỗ Trợ Cộng Đồng. Các chương

trình miễn trừ IHSS và 1915(c) là LTSS Medi-Cal được cung cấp ngoài chương trình của chúng tôi.

Trợ cấp cho người có thu nhập thấp (LIS): Xem "Trợ Giúp Bổ Sung"

Chương trình đặt mua qua bưu điện: Một số chương trình có thể cung cấp chương trình đặt mua qua bưu điện, cho phép quý vị mua thuốc theo toa được bao trả đủ dùng đến ba tháng được gửi thẳng đến nhà quý vị. Đây có thể là cách tiết kiệm chi phí và thuận tiện để mua thuốc theo toa mà quý vị thường xuyên sử dụng.

Medicaid (hay Medical Assistance): Một chương trình do chính quyền liên bang và tiểu bang điều hành, giúp người có thu nhập và nguồn lực hạn chế thanh toán cho các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn và chi phí y tế. Medi-Cal là chương trình Medicaid cho Tiểu bang California.

Medi-Cal: Đây là tên chương trình Medicaid của tiểu bang California. Medi-Cal được tiểu bang quản lý và được chính phủ tiểu bang và liên bang trợ cấp tài chính.

- Chương trình này giúp đỡ những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế thanh toán cho các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn cũng như các chi phí y tế.
- Chương trình bao trả các dịch vụ và một số thuốc ngoài mà không được Medicare bao trả.
- Các chương trình của Medicaid khác nhau tùy từng tiểu bang, nhưng phần lớn chi phí chăm sóc sức khỏe sẽ được bao trả nếu quý vị đủ điều kiện tham gia cả Medicare và Medi-Cal.

Các chương trình Medi-Cal: Các chương trình chỉ bao trả cho phúc lợi Medi-Cal chẳng hạn như các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, thiết bị y tế và vận chuyển. Các phúc lợi Medicare là riêng biệt.

Cần thiết về mặt y tế: Mô tả các dịch vụ, vật tư hoặc các thuốc mà quý vị cần để ngăn ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị một bệnh lý hoặc duy trì tình trạng sức khỏe hiện tại của quý vị. Điều này bao gồm cả chăm sóc giúp quý vị không phải đến bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng. Đồng thời cũng có nghĩa là các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp nhận trong y tế. Cần thiết về mặt y tế có nghĩa là tất cả các dịch vụ được bao trả hợp lý và cần thiết để bảo vệ tính mạng, ngăn ngừa bệnh nặng hay khuyết tật nghiêm trọng, hay làm giảm bớt cơn đau nặng thông qua việc chẩn đoán hoặc điều trị căn bệnh, chứng bệnh hay chấn thương.

Medicare: Là chương trình bảo hiểm y tế của chính quyền liên bang, dành cho những người từ 65 tuổi trở lên, những người dưới 65 tuổi bị vài khuyết tật và những người mắc bệnh thận giai đoạn cuối (thường là những người suy thận vĩnh viễn cần lọc máu hoặc ghép thận). Những người có Medicare có thể nhận bảo hiểm y tế Medicare thông qua Original Medicare hoặc chương trình chăm sóc có quản lý (tham khảo "Chương trình sức khỏe").

Medicare Advantage: Một chương trình Medicare, còn được gọi là "Medicare Part C" hay "MA", cung cấp các chương trình MA thông qua các công ty tư nhân. Medicare thanh toán cho các công ty này để bao trả các phúc lợi Medicare của quý vị.

Hội Đồng Kháng Cáo Medicare (Hội đồng): Hội đồng đánh giá kháng cáo cấp 4. Hội Đồng này thuộc chính quyền Liên Bang.

Dịch Vụ Được Medicare Bao Trả: Các dịch vụ được bao trả bởi Medicare Part A và Medicare Part B. Tất cả chương trình y tế Medicare, bao gồm cả chương trình của chúng tôi phải bao trả tất cả các dịch vụ được Medicare Part A và Medicare Part B bao trả.

Chương Trình Phòng Ngừa Bệnh Đái Tháo Đường Medicare (MDPP): Một chương trình thay đổi sức khỏe hành vi có cấu trúc, hỗ trợ đào tạo về thay đổi chế độ ăn uống dài hạn, tăng hoạt động thể chất và các chiến lược nhằm vượt qua những khó khăn để duy trì giảm cân và lối sống lành mạnh.

Người ghi danh Medicare-Medi-Cal: Người đủ điều kiện cho bảo hiểm Medicare và Medicaid. Người ghi danh Medicare-Medicaid còn được gọi là "cá nhân đủ điều kiện kép".

Medicare Part A: Chương trình Medicare bao trả cho hầu hết các dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện, cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chăm sóc sức khỏe tại nhà và chăm sóc cuối đời cần thiết về mặt y tế.

Medicare Part B: Chương trình Medicare bao trả các dịch vụ (như xét nghiệm, giải phẫu và thăm khám với bác sĩ) và các vật tư (như xe lăn và khung tập đi) cần thiết về mặt y tế để điều trị một căn bệnh hoặc bệnh lý. Medicare Part B cũng bao trả nhiều dịch vụ phòng ngừa và khám sàng lọc.

Medicare Part C: Chương trình Medicare, còn được gọi là "Medicare Advantage" hay "MA" cho phép các công ty bảo hiểm y tế tư nhân cung cấp các phúc lợi Medicare qua Chương trình MA.

Medicare Part D: Chương trình phúc lợi thuốc của Medicare. Chúng tôi gọi tắt chương trình này là "Phần D". Medicare Part D bao trả các loại thuốc dành cho bệnh nhân ngoại trú, vắc-xin và một số vật tư không được bao trả bởi Medicare Part A hoặc Medicare Part B hoặc Medicaid. Chương trình của chúng tôi bao gồm cả Medicare Part D.

Thuốc Medicare Part D: Thuốc được bao trả theo Medicare Part D. Quốc hội đặc biệt loại trừ một số loại thuốc nhất định khỏi phạm vi bao trả theo Medicare Part D. Medicaid có thể bao trả một số loại thuốc này.

Quản Lý Liệu Pháp Dược Phẩm (MTM): Một chương trình Medicare Part D cho những 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. Tham khảo **Chương 5** trong *Sổ Tay Thành Viên* này để biết thêm thông tin.

Chương Trình Medi-Medi: Chương trình Medi-Medi là một loại chương trình Medicare Advantage. Chương trình này dành cho những người có cả Medicare và Medi-Cal và kết hợp phúc lợi Medicare và Medi-Cal trong một chương trình. Các Chương Trình Medi-Medi phối hợp tất cả các phúc lợi và dịch vụ trong cả hai chương trình, bao gồm tất cả các dịch vụ được bao trả của Medicare và Medi-Cal.

Thành viên (thành viên của chương trình chúng tôi, hoặc thành viên chương trình): Người tham gia Medicare và Medi-Cal đủ điều kiện để nhận các dịch vụ được bao trả đã ghi danh tham gia chương trình của chúng tôi và được các Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) và tiểu bang xác nhận là có ghi danh.

***Sổ Tay Thành Viên* và tiết lộ thông tin:** Tài liệu này cùng với mẫu đơn ghi danh của quý vị và bất kỳ giấy tờ đính kèm khác hoặc phụ lục giải thích về bảo hiểm, điều chúng tôi phải làm, quyền của quý vị và điều quý vị phải làm với tư cách là thành viên chương trình của chúng tôi.

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, khiếu nại và kháng cáo. Tham khảo **Chương 2** trong *Sổ Tay Thành Viên* này để biết thêm thông tin về Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.

Nhà thuốc trong mạng lưới: Nhà thuốc (hiệu thuốc) đồng ý bán thuốc theo toa cho các thành viên trong chương trình của chúng tôi. Chúng tôi gọi các nhà thuốc này là “nhà thuốc trong mạng lưới” vì họ đã đồng ý làm việc với chương trình của chúng tôi. Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi bao trả cho các thuốc theo toa của quý vị chỉ khi các thuốc đó được mua tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.

Nhà cung cấp trong mạng lưới: là các nhà cung cấp làm việc với chương trình của chúng tôi. Các nhà cung cấp này đồng ý 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 quý vị. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới tính

hóa đơn trực tiếp cho chúng tôi đối với dịch vụ chăm sóc mà họ cung cấp cho quý vị. Khi quý vị đến khám với nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị thường không phải trả tiền cho các dịch vụ được bao trả. “Nhà cung cấp” là thuật ngữ chung chúng tôi sử dụng cho các bác sĩ, y tá và những người khác cung cấp các dịch vụ và dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Thuật ngữ này cũng bao gồm bệnh viện, các cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia, phòng khám và các địa điểm khác cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, các thiết bị y tế và các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn cho quý vị.

Cơ sở hoặc viện dưỡng lão: Nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người không thể nhận dịch vụ chăm sóc tại nhà nhưng không cần phải nằm viện.

Thanh Tra Viên: Một văn phòng ở tiểu bang của quý vị hoạt động với tư cách là người biện hộ thay mặt cho quý vị. Họ có thể trả lời các câu hỏi nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại và có thể giúp quý vị hiểu cần phải làm gì. Dịch vụ thanh tra viên là miễn phí. Quý vị có thể tìm thêm thông tin trong **Chương 2 và 9** của *Sổ Tay Thành Viên* này.

Quyết định cấp tổ chức: Chương trình của chúng tôi đưa ra quyết định cấp tổ chức khi chúng tôi hoặc một trong các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của chúng tôi quyết định về việc dịch vụ có được bao trả hay không hoặc số tiền quý vị thanh toán cho các dịch vụ được bao trả. Quyết định cấp tổ chức được gọi là “quyết định bao trả”. **Chương 9** trong *Sổ Tay Thành Viên* này giải thích về các quyết định bao trả.

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): Chính phủ cung cấp Original Medicare. Theo Original Medicare, các dịch vụ được bao trả bằng cách chi trả cho bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác các khoản tiền do Quốc hội quy 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. Original Medicare có hai phần: Medicare Part A (bảo hiểm bệnh viện) và Medicare Part B (bảo hiểm y tế).
- Original Medicare được cung cấp ở mọi nơi tại Hoa Kỳ.
- Nếu quý vị không muốn tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị có thể chọn Original Medicare.

Nhà thuốc ngoài mạng lưới: Nhà thuốc không đồng ý làm việc với chương trình của chúng tôi để điều phối hoặc cung cấp các thuốc được bao trả cho các thành viên trong chương trình của chúng tôi. Chương trình của chúng tôi không bao trả cho hầu hết các loại thuốc mà quý vị nhận được từ các nhà thuốc ngoài mạng lưới trừ khi có 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 do chương trình của chúng tôi sử dụng, sở hữu hoặc điều hành và không ký kết hợp đồng cung cấp dịch vụ được bao trả cho thành viên trong chương trình của chúng tôi. **Chương 3** trong *Sổ Tay Thành Viên* này giải thích về các nhà cung cấp hoặc cơ sở ngoài mạng lưới.

Thuốc không kê toa (OTC): Thuốc không kê toa là các loại thuốc mà một người có thể mua mà không cần toa thuốc của chuyên gia chăm sóc sức khỏe.

Phần A: Tham khảo “Medicare Part A”.

Phần B: Tham khảo “Medicare Part B”.

Phần C: Tham khảo “Medicare Part C”.

Phần D: Tham khảo “Medicare Part D”.

Thuốc Phần D: Tham khảo “Thuốc Medicare Part D”.

Thông tin sức khỏe cá nhân (còn được gọi là Thông tin sức khỏe được bảo vệ) (PHI): Thông tin về quý vị và sức khỏe của quý vị, như tên, địa chỉ, số an sinh xã hội, thăm khám bác sĩ và bệnh sử. Tham khảo Thông Báo về Thực Hành Quyền Riêng Tư của chúng tôi để biết thêm thông tin về cách thức chúng tôi bảo vệ, sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị, cũng như các quyền của quý vị liên quan đến PHI của mình.

Dịch vụ phòng ngừa: Dịch vụ chăm sóc sức khoẻ để ngăn ngừa bệnh tật hoặc phát hiện bệnh tật ở giai đoạn sớm khi điều trị có thể mang lại hiệu quả tốt nhất (ví dụ: các dịch vụ phòng ngừa bao gồm xét nghiệm Pap, chích ngừa cúm và chụp nhũ ảnh tầm soát).

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP): Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác mà quý vị sử dụng trước tiên đối với phần lớn các vấn đề về sức khỏe. Họ sẽ đảm bảo quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc cần thiết để giúp quý vị luôn khỏe mạnh.

- Họ cũng có thể trao đổi với các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác về dịch vụ chăm sóc cho quý vị và giới thiệu quý vị tới gặp họ.

- Trong rất nhiều chương trình y tế 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.
- Tham khảo **Chương 3** trong *Sổ Tay Thành Viên* này để biết thông tin về việc nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính.

Sự chấp thuận trước (PA): Phê duyệt mà quý vị phải có được từ chúng tôi trước khi nhận dịch vụ hoặc thuốc cụ thể hoặc thăm khám với một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Chương trình của chúng tôi có thể không bao trả cho dịch vụ hoặc thuốc nếu quý vị không được phê duyệt trước.

Chương trình của chúng tôi bao trả một số dịch vụ y tế trong mạng lưới chỉ khi bác sĩ của quý vị hay nhà cung cấp khác trong mạng lưới xin PA từ chúng tôi.

- Các dịch vụ được bao trả cần PA của chương trình chúng tôi được đánh dấu trong **Chương 4** của *Sổ Tay Thành Viên* này.

Chương trình chỉ bao trả một số loại thuốc nếu quý vị xin PA từ chúng tôi.

- Các loại thuốc được bao trả cần PA của chương trình chúng tôi được đánh dấu trong *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả* và các quy tắc được đăng trên trang web của chúng tôi.

Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện Cho Người Cao Tuổi (PACE): Một chương trình bao trả cả phúc lợi Medicare và Medicaid cho những người từ 55 tuổi trở lên, là đối tượng cần mức độ chăm sóc cao hơn để sống tại nhà.

Chân tay giả và dụng cụ chỉnh hình: Các thiết bị y tế do bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác yêu cầu bao gồm nhưng không giới hạn ở nẹp tay, lưng và cổ; chi giả; mắt giả; và các thiết bị cần thiết để thay thế một bộ phận cơ thể hoặc chức năng bên trong, bao gồm vật tư hậu môn nhân tạo và liệu pháp dinh dưỡng trong đường ruột và ngoài đường ruột.

Nhà cung cấp: Là các bác sĩ, y tá và những người khác cung cấp các dịch vụ và chăm sóc cho quý vị và được tiểu bang cấp phép. Nhà cung cấp cũng bao gồm các bệnh viện, cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà, phòng khám và những địa điểm khác cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi, thiết bị y tế và một số LTSS.

Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (QIO): Một nhóm các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác giúp cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc cho những người tham gia

Medicare. Chính quyền liên bang trả lương cho QIO để kiểm tra và cải thiện việc chăm sóc bệnh nhân. Tham khảo **Chương 2** trong *Sổ Tay Thành Viên* này để biết thông tin về QIO.

Giới hạn số lượng: Giới hạn về lượng thuốc quý vị có thể nhận được. Chúng tôi có thể giới hạn số lượng thuốc mà chúng tôi bao trả trên mỗi toa thuốc.

Công Cụ Phúc Lợi Theo Thời Gian Thực: Một cổng thông tin hoặc ứng dụng máy tính mà người ghi danh có thể tra cứu thông tin thuốc được bao trả cho người ghi danh đầy đủ, chính xác, kịp thời, thích hợp về mặt lâm sàng cùng các phúc lợi. Thông tin này bao gồm số tiền chia sẻ chi phí, các loại thuốc thay thế có thể sử dụng cho cùng bệnh lý tương tự như một loại thuốc nhất định và giới hạn bảo hiểm (sự chấp thuận trước, phương pháp trị liệu từng bước, giới hạn số lượng) áp dụng cho các loại thuốc thay thế.

Giới thiệu: Giới thiệu là sự chấp thuận của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) để sử dụng một nhà cung cấp khác không phải là PCP của quý vị. Nếu quý vị không nhận được sự chấp thuận trước thì chúng tôi có thể sẽ không chi trả cho dịch vụ đó. Quý vị không cần giấy giới thiệu đến khám một số bác sĩ chuyên khoa nhất định, chẳng hạn như bác sĩ chuyên khoa về sức khỏe phụ nữ. Quý vị có thể tìm thêm thông tin về việc giới thiệu trong **Chương 3 và 4** của *Sổ Tay Thành Viên* này.

Dịch vụ phục hồi chức năng: Phương pháp điều trị quý vị nhận được để giúp quý vị phục hồi sau khi bị bệnh, tai nạn hoặc đại phẫu. 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. Tham khảo **Chương 4** trong *Sổ Tay Thành Viên* này để tìm hiểu thêm về dịch vụ phục hồi chức năng.

Dịch vụ nhạy cảm: Các dịch vụ liên quan đến sức khỏe tâm thần hoặc hành vi, sức khỏe tình dục và sinh sản, kế hoạch hóa gia đình, bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI), HIV/AIDS, tấn công tình dục và phá thai, rối loạn sử dụng chất kích thích, dịch vụ xác định giới tính và bạo lực từ người thân.

Khu vực dịch vụ: Là khu vực địa lý nơi một chương trình sức khỏe tiếp nhận thành viên, nếu việc hạn chế thành viên căn cứ trên địa điểm họ cư trú. Đối với các chương trình có giới hạn về bác sĩ và bệnh viện mà quý vị có thể sử dụng, các chương trình này nói chung hạn chế các khu vực quý vị có thể nhận các dịch vụ định kỳ (không phải cấp cứu). Chỉ những người sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi mới có thể ghi danh vào chương trình của chúng tôi.

Cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF): Cơ sở điều dưỡng có các nhân viên và thiết bị để cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn và trong hầu hết các trường hợp là các dịch vụ phục hồi chức năng chuyên môn và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe có liên quan khác.

Chăm sóc tại Cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF): Là các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và dịch vụ phục hồi chức năng được cung cấp liên tục hàng ngày tại một cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Ví dụ về dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn bao gồm vật lý trị liệu hoặc tiêm truyền tĩnh mạch (IV) mà y tá đã đăng ký hoặc bác sĩ có thể cung cấp.

Bác Sĩ Chuyên Khoa: Bác sĩ điều trị một số loại bệnh nhất định. Ví dụ như bác sĩ phẫu thuật chấn thương chỉnh hình điều trị gãy xương; bác sĩ dị ứng điều trị dị ứng và bác sĩ nội tim mạch điều trị các vấn đề về tim. Trong hầu hết các trường hợp, thành viên sẽ cần được PCP giới thiệu để đến khám với bác sĩ chuyên khoa.

Nhà thuốc chuyên khoa: Tham khảo **Chương 5** trong *Sổ Tay Thành Viên* này để tìm hiểu thêm về nhà thuốc chuyên khoa.

Phiên điều trần cấp tiểu bang: Nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác yêu cầu dịch vụ Medi-Cal mà chúng tôi sẽ không phê duyệt hoặc chúng tôi sẽ không tiếp tục thanh toán cho dịch vụ Medi-Cal mà quý vị đã nhận, quý vị có thể yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Nếu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang ra quyết định có lợi cho quý vị, chúng tôi phải cung cấp cho quý vị dịch vụ quý vị yêu cầu.

Phương pháp trị liệu từng bước: Quy tắc bảo hiểm yêu cầu quý vị thử dùng một loại thuốc khác trước khi chúng tôi bao trả cho loại thuốc quý vị yêu cầu.

Trợ Cấp An Sinh Bổ Sung (SSI): Là phúc lợi hàng tháng từ văn phòng An Sinh Xã Hội, cho những ai có mức thu nhập thấp và các phương tiện hạn chế, bị khuyết tật, bị mù hoặc tuổi 65 trở lên. Các phúc lợi SSI không giống như các phúc lợi An Sinh Xã Hội.

Chăm sóc cần thiết khẩn cấp: Dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp là dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được đối với bệnh, chấn thương hoặc tình trạng bất ngờ mà không phải là trường hợp cấp cứu nhưng cần được chăm sóc ngay lập tức. Tuy nhiên, quý vị có thể được nhận dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới khi không thể đến gặp họ vì xét theo thời gian, địa điểm hoặc hoàn cảnh, việc nhận dịch vụ từ nhà cung cấp trong mạng lưới là điều không thể hoặc không hợp lý (ví dụ: khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi và cần dịch vụ y tế ngay lập tức cần thiết cho một bệnh trạng bất ngờ nhưng đó không phải là trường hợp cấp cứu y tế).

Trang này được cố ý để trống.

Trang này được cố ý để trống.

Trang này được cố ý để trống.

Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên của Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)

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 cũng có các dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến 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 Health Net Dual Align (HMO D-SNP) PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
TRANG WEB	go.wellcare.com/HealthNetCA

Tuyên Bố Về Tiết Lộ PRA:

Theo Đạo Luật Giảm Thủ Tục Giấy Tờ năm 1995, không ai phải trả lời việc thu thập thông tin trừ khi điện thoại hiển thị số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho tập hợp thông tin này là 0938-1444. 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.