



Ngày 1 tháng 1 – 31 tháng 12 năm 2025

Chứng Từ Bảo Hiểm:

Các Quyền Lợi, Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe và Bảo Hiểm Thuốc Kê Đơn Medicare của quý vị với tư cách là Hội Viên của Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP)

Tài liệu này trình bày chi tiết về bảo hiểm y tế và bảo hiểm thuốc kê đơn Medicare và Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii của quý vị từ ngày 1 tháng 1 đến 31 tháng 12 năm 2025. **Đây là một tài liệu pháp lý quan trọng. Vui lòng giữ tập thông tin này ở nơi an toàn.**

Nếu có câu hỏi về tài liệu này, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262. (Người dùng TTY nên gọi 711). Giờ làm việc: Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi này được miễn phí.

Chương trình này, Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP), được cung cấp bởi WellCare Health Insurance of Arizona, Inc. (Wellcare by 'Ohana Health Plan) (Khi *Chứng Từ Bảo Hiểm* này nói “chúng tôi” hoặc “của chúng tôi”, có nghĩa là WellCare Health Insurance of Arizona, Inc. (Wellcare by 'Ohana Health Plan) Khi đề cập đến “chương trình” hoặc “chương trình của chúng tôi”, có nghĩa là Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP).)

Tài liệu này được cung cấp miễn phí bằng tiếng Trung, tiếng Hàn, tiếng Việt, tiếng Tagalog, tiếng Ilocano, tiếng Samoa, tiếng Hawaii, tiếng Campuchia, tiếng Hmong, tiếng Nhật, tiếng Lào và tiếng Thái. Chúng tôi phải cung cấp thông tin cho quý vị bằng cách phù hợp với quý vị (bằng âm thanh, chữ nổi Braille, bản in cỡ chữ lớn hoặc các định dạng thay thế khác, v.v.). Vui lòng gọi bộ phận Dịch Vụ Hội Viên nếu quý vị cần thông tin chương trình ở định dạng khác.

Quyền lợi và/hoặc khoản đồng thanh toán/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 năm 2026.

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

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

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

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

'Ohana Health Plan, một chương trình do WellCare Health Insurance of Arizona, Inc. cung cấp.

Dựa trên đánh giá Mô Hình Chăm Sóc, Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) đã được Ủy Ban Bảo Đảm Chất Lượng Quốc Gia (NCQA) phê duyệt để thực hiện Chương trình Nhu cầu Đặc biệt (SNP) trong suốt năm 2026.

Mục Lục

Chứng Từ Bảo Hiểm 2025

Mục Lục

CHƯƠNG 1:	<i>Bắt đầu với tư cách hội viên</i>	8
PHẦN 1	Giới thiệu	8
PHẦN 2	Điều gì giúp quý vị hội đủ điều kiện là hội viên chương trình?	10
PHẦN 3	Tài liệu quan trọng dành cho hội viên mà quý vị sẽ nhận được	11
PHẦN 4	Chi phí hàng tháng quý vị trả cho Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP)	13
PHẦN 5	Thông tin bổ sung về phí bảo hiểm hàng tháng	16
PHẦN 6	Luôn cập nhật hồ sơ hội viên chương trình của quý vị	16
PHẦN 7	Cách thức các chương trình bảo hiểm khác kết hợp với chương trình chúng tôi	17
CHƯƠNG 2:	<i>Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng</i>	20
PHẦN 1	Thông tin liên hệ chương trình của chúng tôi (cách liên hệ với chúng tôi, bao gồm cách liên hệ Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên)	20
PHẦN 2	Medicare (cách nhận trợ giúp và thông tin trực tiếp từ chương trình Medicare thuộc Liên Bang)	25
PHẦN 3	Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (trợ giúp miễn phí, cung cấp thông tin và giải đáp thắc mắc của quý vị về Medicare)	27
PHẦN 4	Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng	28
PHẦN 5	An Sinh Xã Hội	28
PHẦN 6	Medicaid	29
PHẦN 7	Thông tin về các chương trình giúp mọi người chi trả tiền thuốc theo toa	31
PHẦN 8	Cách liên lạc với Ủy Ban Hưu Trí Đường Sắt	34
PHẦN 9	Quý vị có bảo hiểm theo nhóm hoặc bảo hiểm y tế nào khác từ hãng sở không?	34
CHƯƠNG 3:	<i>Sử dụng chương trình cho dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị</i>	37
PHẦN 1	Những điều quý vị cần biết để được nhận dịch vụ chăm sóc y tế và các dịch vụ khác với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi	37
PHẦN 2	Sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình để nhận dịch vụ chăm sóc y tế và các dịch vụ khác	39
PHẦN 3	Cách nhận dịch vụ khi quý vị trong tình trạng cấp cứu hoặc cần được	

Mục Lục

	chăm sóc khẩn cấp hoặc trong trường hợp có thảm họa	44
PHẦN 4	Nếu quý vị bị tính hóa đơn trực tiếp cho toàn bộ chi phí của các dịch vụ thì sao?	47
PHẦN 5	Các dịch vụ y tế của quý vị sẽ được bao trả như thế nào khi quý vị tham gia nghiên cứu khảo sát lâm sàng?	47
PHẦN 6	Các quy tắc về việc nhận dịch vụ chăm sóc tại cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế.....	49
PHẦN 7	Quy tắc về việc sở hữu các thiết bị y tế lâu bền	50
CHƯƠNG 4:	<i>Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)</i>	53
PHẦN 1	Hiểu rõ về những dịch vụ được bao trả	53
PHẦN 2	Sử dụng <i>Bảng Quyền Lợi Y Tế</i> để tìm hiểu những gì được bao trả	53
PHẦN 3	Những dịch vụ nào được bao trả bên ngoài chương trình?.....	116
PHẦN 4	Dịch vụ nào không được chương trình bao trả?	116
CHƯƠNG 5:	<i>Sử dụng quyền lợi bảo hiểm của chương trình cho thuốc theo toa Phần D</i>	121
PHẦN 1	Giới thiệu.....	121
PHẦN 2	Lấy thuốc theo toa tại nhà thuốc trong mạng lưới hoặc qua dịch vụ đặt hàng thuốc qua đường bưu điện của chương trình.....	122
PHẦN 3	Thuốc của quý vị cần nằm trong Danh Sách Thuốc của chương trình.....	126
PHẦN 4	Có giới hạn bảo hiểm cho một số loại thuốc	128
PHẦN 5	Nếu một trong các loại thuốc của quý vị không được bao trả theo đúng cách quý vị mong muốn thì sao?	129
PHẦN 6	Nếu bảo hiểm thay đổi liên quan đến một trong các loại thuốc của quý vị thì sao?	131
PHẦN 7	Những loại thuốc nào <i>không</i> được chương trình bao trả?.....	134
PHẦN 8	Lấy thuốc theo toa.....	135
PHẦN 9	Bảo hiểm thuốc Phần D trong một số trường hợp đặc biệt	135
PHẦN 10	Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc	137
PHẦN 11	Chúng tôi sẽ gửi báo cáo cho quý vị để giải thích các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị và giai đoạn chi trả tiền thuốc hiện tại của quý vị....	139
CHƯƠNG 6:	<i>Số tiền quý vị phải trả cho thuốc theo toa Phần D</i>	143
CHƯƠNG 7:	<i>Yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho</i>	

Mục Lục

	<i>các loại thuốc hoặc dịch vụ y tế được bao trả</i>	145
PHẦN 1	Những trường hợp nào quý vị nên yêu cầu chúng tôi thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc được bao trả của quý vị.....	145
PHẦN 2	Cách yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị hoặc trả tiền cho hóa đơn quý vị đã nhận.....	148
PHẦN 3	Chúng tôi sẽ cân nhắc yêu cầu thanh toán của quý vị và tuyên bố đồng ý hay không	149
CHƯƠNG 8:	<i>Quyền và trách nhiệm của quý vị</i>	151
PHẦN 1	Chương trình của chúng tôi phải tôn trọng các quyền và sự khác biệt về văn hóa của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình	151
PHẦN 2	Quý vị có một số trách nhiệm khi là hội viên của chương trình	167
CHƯƠNG 9:	<i>Những gì quý vị cần làm khi gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)</i>	170
PHẦN 1	Giới thiệu.....	170
PHẦN 2	Nơi lấy thêm thông tin và trợ giúp cá nhân	170
PHẦN 3	Hiểu rõ về các khiếu nại và kháng cáo của Medicare và Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii trong chương trình của chúng tôi	171
PHẦN 4	Quyết định bảo hiểm và kháng cáo.....	172
PHẦN 5	Hướng dẫn thông tin cơ bản đối với các quyết định về bảo hiểm và kháng cáo	172
PHẦN 6	Dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc nộp đơn kháng cáo một quyết định bảo hiểm	176
PHẦN 7	Thuốc theo toa Phần D của quý vị: Cách yêu cầu một quyết định mức bảo hiểm hoặc nộp đơn kháng cáo.....	186
PHẦN 8	Cách yêu cầu chúng tôi bao trả cho thời gian nằm viện điều trị nội trú kéo dài nếu quý vị cho rằng quý vị được cho xuất viện quá sớm.....	196
PHẦN 9	Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả một số dịch vụ y tế nếu quý vị cho rằng bảo hiểm của quý vị kết thúc quá sớm	201
PHẦN 10	Tiếp tục chuyển đơn kháng cáo của quý vị lên Cấp 3 và các mức cao hơn.....	205
PHẦN 11	Cách nộp đơn khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ, dịch vụ khách hàng hoặc các quan tâm khác.....	208
CHƯƠNG 10:	<i>Chăm dứt tham gia chương trình với tư cách hội viên</i>	214

Mục Lục

PHẦN 1	Giới thiệu về chấm dứt tham gia chương trình của chúng tôi với tư cách hội viên.....	214
PHẦN 2	Khi nào quý vị có thể chấm dứt tham gia chương trình của chúng tôi với tư cách hội viên?.....	214
PHẦN 3	Quý vị có thể chấm dứt tham gia chương trình của chúng tôi với tư cách hội viên bằng cách nào?	217
PHẦN 4	Cho tới khi ngưng là hội viên, quý vị phải tiếp tục nhận các vật phẩm y tế, dịch vụ và thuốc qua chương trình của chúng tôi	219
PHẦN 5	Chúng tôi phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình trong một số trường hợp nhất định	219
CHƯƠNG 11:	<i>Thông báo pháp lý</i>	223
PHẦN 1	Thông báo về luật quy định	223
PHẦN 2	Thông báo về việc không phân biệt đối xử	223
PHẦN 3	Thông báo về quyền thay thế của Người Phụ Trả Tiền cho Medicare	223
PHẦN 4	Thu hồi quyền lợi chương trình của chúng tôi đã thanh toán theo chương trình Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) của quý vị	224
PHẦN 5	Thẻ hội viên.....	226
PHẦN 6	Cộng sự viên làm việc độc lập	226
PHẦN 7	Gian lận trong chương trình chăm sóc sức khỏe	227
PHẦN 8	Các trường hợp nằm ngoài kiểm soát của chương trình	227
CHƯƠNG 12:	<i>Định nghĩa các từ quan trọng</i>	229

CHƯƠNG 1:

Bắt đầu với tư cách hội viên

PHẦN 1 Giới thiệu

Phần 1.1 Quý vị đã ghi danh vào chương trình Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP), đây là một Điểm Dịch Vụ của Chương Trình Medicare Advantage chuyên biệt (Chương trình Nhu cầu Đặc biệt)

Quý vị được bao trả bởi cả Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Medicare và Hawaii:

- **Medicare** là một chương trình bảo hiểm y tế Liên Bang dành cho những người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi bị khuyết tật và những người mắc bệnh thận giai đoạn cuối (chứng suy thận).
- **Medicaid** là chương trình kết hợp của chính phủ Liên Bang và tiểu bang để giúp hỗ trợ chi phí y tế cho một số người nhất định có thu nhập và nguồn lực hạn chế. Bảo hiểm Medicaid khác nhau tùy theo mỗi tiểu bang và loại bảo hiểm Medicaid mà quý vị có. Một số người có bảo hiểm Medicaid có thể được giúp trả phí bảo hiểm của Medicare và những chi phí khác. Những người khác cũng được nhận bảo hiểm cho các dịch vụ và thuốc bổ sung không được Medicare bao trả.

Quý vị đã lựa chọn nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của Medicare và Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii và bảo hiểm thuốc kê đơn của mình thông qua chương trình của chúng tôi, Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP). Chúng tôi bắt buộc phải bao trả tất cả các dịch vụ của Phần A và Phần B. Tuy nhiên, việc chia sẻ chi phí và tiếp cận nhà cung cấp trong chương trình này khác với Original Medicare.

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) là một Chương Trình Medicare Advantage chuyên biệt (Chương trình Nhu cầu Đặc biệt của Medicare), nghĩa là các quyền lợi của chương trình này được thiết kế cho những người có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt. Chương trình của chúng tôi được thiết kế cho những người có Medicare đồng thời là những người có quyền nhận hỗ trợ từ Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii.

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

Chương trình của chúng tôi được điều hành bởi một công ty tư nhân. Giống như tất cả các Chương Trình Medicare Advantage, Chương trình Nhu cầu Đặc biệt của Medicare này do Medicare phê duyệt. Chương trình cũng có hợp đồng với chương trình Hawaii Medicaid để điều phối các quyền lợi của Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) Hawaii của quý vị. Chúng tôi rất hân hạnh cung cấp bảo hiểm chăm sóc sức khỏe Medicare và Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii cho quý vị, bao gồm cả bảo hiểm thuốc kê đơn.

Bảo hiểm theo Chương Trình này đạt tiêu chuẩn là Bảo Hiểm Y Tế Đủ Điều Kiện (QHC) và đáp ứng

Chương 1 Bắt đầu với tư cách hội viên

yêu cầu về chia sẻ trách nhiệm của cá nhân theo Đạo Luật Bảo Vệ Bệnh Nhân và Chăm Sóc Sức Khỏe Hợp Tái Tiền (ACA). Vui lòng truy cập trang web của Sở Thuế Vụ (IRS) tại www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families để biết thêm thông tin.

Phần 1.2 Tài liệu Chứng Từ Bảo Hiểm này trình bày những gì?

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

Từ *bao trả* và *dịch vụ được bao trả* nói đến các dịch vụ chăm sóc y tế, dịch vụ và các loại thuốc theo toa sẽ được cung cấp cho quý vị nếu là hội viên của Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP).

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

Nếu quý vị chưa rõ, lo ngại hoặc chỉ là có thắc mắc, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên.

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

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

Hợp đồng này có hiệu lực cho những tháng mà quý vị ghi danh tham gia chương trình của chúng tôi từ ngày 1 tháng 1 năm 2025 đến ngày 31 tháng 12 năm 2025.

Mỗi năm dương lịch, Medicare cho phép chúng tôi sửa đổi điều khoản trong chương trình bảo hiểm mà chúng tôi cung cấp cho hội viên. Điều này có nghĩa là chúng tôi có thể sửa đổi chi phí và quyền lợi của Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) sau ngày 31 tháng 12 năm 2025. Chúng tôi cũng có thể quyết định ngừng cung cấp chương trình này trong khu vực dịch vụ của quý vị, hoặc cung cấp chương trình này tại một khu vực dịch vụ khác sau ngày 31 tháng 12 năm 2025.

Mỗi năm, Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) phải được sự chấp thuận của Medicare (Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid). Mỗi năm, quý vị có thể tiếp tục được hưởng bảo hiểm Medicare với tư cách là hội viên chương trình bảo hiểm của chúng tôi cho đến khi nào chúng tôi còn cung cấp chương trình này và Medicare tiếp tục chấp thuận cho phép chương trình của chúng tôi hoạt động.

Chương 1 Bắt đầu với tư cách hội viên

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

Phần 2.1 Các yêu cầu về tình trạng đủ điều kiện

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

- Quý vị có cả Medicare Part A và Medicare Part B
- -- và -- Quý vị sống trong khu vực dịch vụ địa lý của chúng tôi (Phần 2.3 dưới đây mô tả các khu vực dịch vụ của chúng tôi). Các cá nhân bị giam giữ không được xem là sống trong khu vực dịch vụ địa lý ngay cả khi họ đang ở trong khu vực đó.
- -- và -- quý vị là công dân Hoa Kỳ hoặc sinh sống hợp pháp tại Hoa Kỳ
- -- và -- Quý vị đáp ứng các yêu cầu đủ điều kiện đặc biệt được mô tả dưới đây.

Các yêu cầu về khả năng hội đủ điều kiện đặc biệt cho chương trình của chúng tôi

Chương trình của chúng tôi được thiết kế để đáp ứng các nhu cầu của những người nhận các quyền lợi Medicaid nhất định. (Medicaid là chương trình kết hợp của chính phủ Liên Bang và tiểu bang để giúp hỗ trợ chi phí y tế cho một số người nhất định có thu nhập và nguồn lực hạn chế.) Để hội đủ tiêu chuẩn tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị phải đủ tiêu chuẩn nhận hỗ trợ phần chia sẻ chi phí của Medicare và Toàn Bộ Quyền Lợi Medicaid theo Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii. Ngoài ra, quý vị phải ghi danh vào chương trình Quest Integration thông qua 'Ohana Health Plan.

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

Phần 2.2 Medicaid là gì?

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

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

- **Người thụ hưởng Medicare Hội đủ Điều kiện Plus (QMB+):** Giúp trả phí bảo hiểm Medicare Part A và Part B và các khoản chia sẻ chi phí khác (như tiền khấu trừ, tiền đồng bảo hiểm và khoản đồng thanh toán). Những người thụ hưởng đủ điều kiện cũng nhận toàn bộ quyền lợi Medicaid.

Chương 1 Bắt đầu với tư cách hội viên

- **Người Thụ Hưởng Medicare Có Thu Nhập Thấp Đã Định Rõ Plus (SLMB+):** Giúp trả phí bảo hiểm chương trình Phần B. Những người thụ hưởng đủ điều kiện cũng nhận toàn bộ quyền lợi Medicaid.
- **Hội Đủ Điều Kiện Kép Nhận Toàn Bộ Quyền Lợi Bảo Hiểm (FBDE):** Giúp trả phí bảo hiểm Medicare Part A và Part B và các chia sẻ chi phí khác (như tiền khấu trừ, tiền đồng bảo hiểm và khoản đồng thanh toán). Những người thụ hưởng đủ điều kiện cũng nhận toàn bộ quyền lợi Medicaid.

Phần 2.3 Đây là khu vực dịch vụ của Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP)

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) chỉ được cung cấp cho những cá nhân sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi. Để giữ tình trạng hội viên trong chương trình chúng tôi, quý vị phải tiếp tục sống trong khu vực dịch vụ này. Khu vực dịch vụ này được trình bày dưới đây.

Khu vực dịch vụ của chúng tôi bao gồm những quận sau đây tại Hawaii: Hawaii, Honolulu, Kauai và Maui. Nếu quý vị dự định chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ, quý vị không thể tiếp tục là hội viên của chương trình này. Vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên để xem liệu chúng tôi có cung cấp chương trình trong khu vực mới của quý vị không. Khi chuyển chỗ ở, quý vị sẽ có một Thời Gian Ghi Danh Đặc Biệt, và trong thời gian này quý vị được phép chuyển sang chương trình Original Medicare hoặc ghi danh một chương trình bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm thuốc thuộc Medicare tại nơi cư ngụ mới của quý vị.

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

Phần 2.4 Công dân Hoa Kỳ hoặc Cư trú Hợp pháp tại Hoa Kỳ

Hội viên của chương trình bảo hiểm y tế Medicare phải là công dân Hoa Kỳ hoặc cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ.

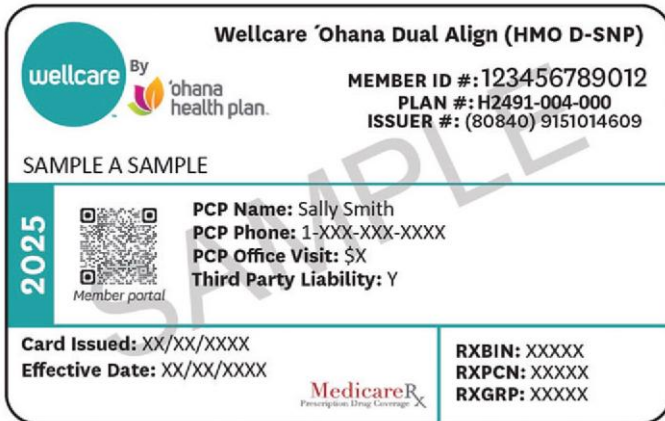
Medicare (Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid) sẽ thông báo cho Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) nếu quý vị không hội đủ điều kiện duy trì tư cách hội viên trên cơ sở này. Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) phải hủy ghi danh quý vị nếu quý vị không đáp ứng yêu cầu này.

PHẦN 3 Tài liệu quan trọng dành cho hội viên mà quý vị sẽ nhận được

Phần 3.1 Thẻ hội viên chương trình của quý vị

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

Chương 1 Bắt đầu với tư cách hội viên



KHÔNG sử dụng thẻ Medicare đỏ, trắng và xanh của quý vị cho các dịch vụ y tế được bao trả khi quý vị đang là hội viên của chương trình này. Nếu quý vị sử dụng thẻ hội viên Medicare thay cho thẻ hội viên Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) của quý vị, quý vị có thể phải tự thanh toán toàn bộ chi phí cho các dịch vụ y tế. Lưu giữ thẻ Medicare của quý vị ở nơi an toàn. Quý vị có thể được yêu cầu cung cấp thẻ nếu quý vị cần dịch vụ bệnh viện, dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc tham gia các nghiên cứu lâm sàng hay còn gọi là thử nghiệm lâm sàng được Medicare phê duyệt.

Nếu thẻ hội viên của quý vị bị hư, bị mất hoặc bị đánh cắp, vui lòng gọi bộ phận Dịch Vụ Hội Viên ngay lập tức và chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thẻ mới.

Phần 3.2 Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc

Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc liệt kê các nhà cung cấp trong mạng lưới và các nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. **Các nhà cung cấp trong mạng lưới** là các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, các nhóm y khoa, nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền, bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác có thỏa thuận với chúng tôi chấp nhận khoản thanh toán của chúng tôi và bất cứ khoản chia sẻ chi phí nào thuộc chương trình là khoản thanh toán đầy đủ.

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

Quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới để được nhận dịch vụ và chăm sóc y tế. Nếu quý vị chuyển đi nơi khác mà không có sự ủy quyền thích hợp, quý vị sẽ phải thanh toán đầy đủ. Trường hợp ngoại lệ duy nhất là những tình huống cấp cứu, các dịch vụ cần thiết khẩn cấp khi mạng lưới không cung cấp được dịch vụ (nghĩa là trong tình huống bất thường hoặc không thể sử dụng dịch vụ trong mạng lưới), các dịch vụ thăm tách ngoài khu vực và các trường hợp mà Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) cho phép sử dụng các nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Hầu hết các dịch vụ và quyền lợi sức khỏe của quý vị đều được Medicare bao trả và vì quý vị có Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii, quý vị sẽ nhận được một số dịch vụ bổ sung từ chương trình của chúng tôi. Những dịch vụ này phải cần thiết về mặt y tế và trong một số trường hợp, quý vị có thể cần giấy giới thiệu từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của mình. Quý vị phải nhận các dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị không thể tìm thấy một nhà cung cấp trong chương trình của chúng tôi có thể cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc quý vị cần, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc quý vị cần từ một nhà cung cấp bên ngoài chương trình của chúng tôi. Trong những trường hợp đó, nhà

Chương 1 Bắt đầu với tư cách hội viên

cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) của quý vị có thể gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên để yêu cầu phê duyệt cho quý vị đến khám với nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Danh sách mới nhất của các nhà cung cấp có trên trang web của chúng tôi tại www.2025wellcaredirectories.com.

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

Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc www.2025wellcaredirectories.com liệt kê các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. **Nhà thuốc trong mạng lưới** là tất cả các nhà thuốc đồng ý bán thuốc theo toa cho hội viên của chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể sử dụng *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* để tìm kiếm nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị muốn sử dụng. Xem Chương 5, Phần 2.5 để biết thông tin về thời điểm quý vị có thể sử dụng các nhà thuốc không có trong mạng lưới của chương trình.

Nếu quý vị không có *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*, quý vị có thể lấy bản sao từ bộ phận Dịch Vụ Hội Viên. Ngoài ra, quý vị còn có thể tìm thấy thông tin này trên trang web của chúng tôi tại www.2025wellcaredirectories.com.

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

Chương trình này có một *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Mục Thuốc)*. Chúng tôi gọi tắt là “Danh Sách Thuốc”. Danh sách này cho biết loại thuốc theo toa Phần D nào được bao trả theo quyền lợi Phần D trong Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP). Các loại thuốc trong danh sách này được chương trình tuyển chọn sau khi tham khảo ý kiến của một nhóm bác sĩ và dược sĩ. Danh sách phải đáp ứng các yêu cầu của Medicare. Medicare đã phê duyệt *Danh Sách Thuốc* của Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP).

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

Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản *Danh Sách Thuốc* này. Để có thông tin đầy đủ và cập nhật nhất về loại thuốc được bao trả, quý vị có thể vào trang web của chương trình (www.wellcare.com/ohana) hoặc gọi Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên.

PHẦN 4 Chi phí hàng tháng quý vị trả cho Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP)

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

- Phí Bảo Hiểm Chương Trình (Phần 4.1)
- Phí Bảo Hiểm Hàng Tháng Medicare Part B (Phần 4.2)

Chương 1 Bắt đầu với tư cách hội viên

- Tiền Phạt Ghi Danh Trễ Phần D (Phần 4.3)
- Số Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập (Phần 4.4)

Phần 4.1 Phí bảo hiểm chương trình

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

Phần 4.2 Phí Bảo Hiểm Hàng Tháng Medicare Part B

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

Nhiều hội viên bị buộc phải trả phí bảo hiểm Medicare khác. Như đã giải thích trong Phần 2 ở trên, để đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị phải duy trì tình trạng hội đủ điều kiện tham gia Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii cũng như có cả Medicare Part A và Medicare Part B. Đối với hầu hết các hội viên Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) sẽ thanh toán phí bảo hiểm Phần A (nếu quý vị không tự động hội đủ điều kiện) và phí bảo hiểm Phần B của quý vị.

Nếu Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii không trả phí bảo hiểm Medicare cho quý vị, quý vị phải tiếp tục trả phí bảo hiểm Medicare để duy trì tư cách hội viên của chương trình. Chi phí này bao gồm phí bảo hiểm của quý vị cho Phần B. Chi phí này cũng có thể bao gồm phí bảo hiểm cho Phần A, đối với các hội viên không đủ điều kiện miễn phí bảo hiểm Phần A.

Phần 4.3 Tiền Phạt Ghi Danh Trễ Phần D

Vì quý vị đủ điều kiện kép, LEP không áp dụng cho quý vị miễn là quý vị duy trì trạng thái đủ điều kiện kép, nhưng nếu quý vị mất trạng thái đủ điều kiện kép, quý vị có thể phải chịu LEP. Tiền phạt ghi danh trễ Phần D là phí bảo hiểm bổ sung phải trả cho bảo hiểm Phần D nếu vào bất cứ lúc nào sau khi giai đoạn ghi danh ban đầu đã hết, quý vị không có bảo hiểm Phần D hoặc một loại bảo hiểm thuốc kê đơn tiêu chuẩn khác trong 63 ngày liên tục trở lên. Bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín là chương trình bảo hiểm mà theo dự kiến sẽ bao trả trung bình ít nhất là tương đương với bảo hiểm thuốc kê đơn tiêu chuẩn của Medicare và vì thế đáp ứng các tiêu chuẩn tối thiểu của Medicare. Tiền phạt ghi danh trễ phụ thuộc vào thời gian quý vị không có bảo hiểm thuốc kê đơn Phần D hoặc bảo hiểm thuốc kê đơn tiêu chuẩn khác. Quý vị sẽ phải trả tiền phạt này trong suốt thời gian tham gia bảo hiểm Phần D.

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

- Quý vị được nhận “Trợ Giúp Bổ Sung” từ Medicare để trả tiền thuốc theo toa.
- Quý vị không có bảo hiểm tiêu chuẩn dưới 63 ngày liên tiếp.
- Quý vị đã có bảo hiểm thuốc có tiêu chuẩn thông qua một nguồn khác như hãng sở cũ, công đoàn, TRICARE hoặc Bộ Cựu Chiến Binh (VA). Công ty bảo hiểm hay phòng nhân sự của quý vị sẽ thông báo hàng năm để cho biết bảo hiểm thuốc của quý vị có phải là bảo hiểm có tiêu chuẩn hay không. Họ có thể gửi thông tin này cho quý vị qua thư hoặc trong bản tin từ chương trình bảo hiểm. Hãy lưu giữ thông tin này, vì nó có thể cần thiết nếu quý vị ghi danh vào một chương trình bảo hiểm thuốc của Medicare sau này.

Chương 1 Bắt đầu với tư cách hội viên

- **Lưu ý:** Mọi loại thông báo phải khẳng định rõ rằng bảo hiểm thuốc kê đơn của quý vị là có uy tín, tức là dự kiến chi trả tương đương với mức bảo hiểm thuốc kê đơn tiêu chuẩn của Medicare.
- **Lưu ý:** Các hình thức sau đây *không* phải là bảo hiểm thuốc kê đơn tiêu chuẩn: thẻ giảm giá thuốc theo toa, thuốc lấy tại phòng khám miễn phí, và các trang mạng mua thuốc hạ giá.

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

- Trước hết, hãy đếm số tháng mà quý vị trì hoãn việc ghi danh vào một chương trình bảo hiểm thuốc của Medicare sau khi quý vị đã hội đủ điều kiện ghi danh. Hoặc đếm số tháng mà quý vị không có bảo hiểm thuốc kê đơn tiêu chuẩn, nếu thời gian đó từ 63 ngày trở lên. Tiền phạt là 1% mỗi tháng quý vị không có bảo hiểm tiêu chuẩn. Thí dụ, nếu quý vị không có bảo hiểm trong 14 tháng thì phí phạt sẽ là 14%.
- Sau đó Medicare xác định phí bảo hiểm trung bình hàng tháng của các chương trình bảo hiểm thuốc của Medicare trên toàn quốc vào năm trước. Trong năm 2025, phí bảo hiểm trung bình là \$36.78.
- Để tính phí phạt hàng tháng của quý vị, quý vị cần lấy tỷ lệ phần trăm phạt và nhân với phí bảo hiểm trung bình hàng tháng, sau đó làm tròn đến con số 10 xu gần nhất. Trong ví dụ này là 14% nhân với \$36.78, cho kết quả là \$5.15. Được làm tròn lên \$5.20. Số tiền này sẽ được cộng **vào phí bảo hiểm hàng tháng của người phải trả tiền phạt ghi danh trễ Phần D.**

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

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

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định về tiền phạt ghi danh trễ Phần D, quý vị hoặc người đại diện cho quý vị có thể yêu cầu xem xét lại. Nhìn chung, quý vị phải yêu cầu xem xét lại khoản phạt này **trong vòng 60 ngày** từ ngày ghi trên bức thư đầu tiên được gửi để thông báo quý vị phải trả tiền phạt ghi danh trễ. Tuy nhiên, nếu quý vị đã trả tiền phạt trước khi tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ không còn cơ hội để yêu cầu xem xét lại việc phạt ghi danh trễ đó.

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

Một số hội viên có thể phải trả thêm phí, được gọi là Số Tiền Điều Chính Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập Phần D, còn được gọi là IRMAA. Phí bổ sung được tính bằng cách sử dụng tổng thu nhập đã điều chỉnh được sửa đổi của quý vị như được báo cáo trên hồ sơ hoàn thuế IRS của quý vị từ hai năm trước. Nếu số tiền này lớn hơn một con số nhất định, quý vị sẽ thanh toán số tiền phí bảo hiểm tiêu chuẩn và IRMAA bổ sung. Để biết thêm thông tin về khoản tiền đóng thêm mà quý vị có thể phải trả dựa trên mức

Chương 1 Bắt đầu với tư cách hội viên

thu nhập, vui lòng truy cập <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

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

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

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

Phân 5.1 Chúng tôi có thể thay đổi phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị trong năm không?

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

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

- Nếu quý vị đang trả tiền phạt vì ghi danh trễ Phần D và trong năm quý vị trở nên đủ điều kiện hưởng “Trợ Giúp Bổ Sung”, quý vị sẽ có thể ngừng trả tiền phạt.
- Nếu quý vị mất Trợ Giúp Bổ Sung, quý vị có thể bị phạt ghi danh trễ nếu quý vị không có bảo hiểm thuốc kê đơn Phần D hoặc bảo hiểm thuốc kê đơn tiêu chuẩn khác từ 63 ngày trở lên liên tiếp.

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

PHẦN 6 Luôn cập nhật hồ sơ hội viên chương trình của quý vị

Hồ sơ hội viên của quý vị có thông tin từ đơn ghi danh của quý vị, trong đó có địa chỉ và số điện thoại của quý vị. Hồ sơ này cho biết rõ chương trình bảo hiểm riêng biệt của quý vị, kể cả Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính/Hiệp Hội Bác Sĩ Hành Nghề Độc Lập (IPA). IPA là hiệp hội các bác sĩ, bao gồm các PCP, bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, kể cả bệnh viện, ký hợp đồng với chương trình để cung cấp các dịch vụ cho hội viên.

Chương 1 Bắt đầu với tư cách hội viên

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

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

- Thay đổi tên, địa chỉ, hoặc số điện thoại của quý vị
- Thay đổi trong bất cứ bảo hiểm y tế khác mà quý vị có (chẳng hạn như từ hãng sở của quý vị, từ hãng sở của vợ/chồng hoặc bạn đời của quý vị, bồi thường lao động hoặc Chương Trình Bộ Phận Hawaii Med-QUEST (Medicaid))
- Nếu quý vị có nộp đơn yêu cầu bồi thường, thí dụ như đơn yêu cầu bồi thường vì tai nạn xe hơi
- Nếu quý vị đã được đưa vào viện dưỡng lão
- Nếu quý vị được chăm sóc tại một bệnh viện hay phòng cấp cứu ngoài khu vực dịch vụ hoặc ngoài mạng lưới
- Thành phần được chỉ định có trách nhiệm đối với quý vị (thí dụ như người chăm sóc cho quý vị) thay đổi
- Nếu quý vị đang tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng (**Lưu ý:** Quý vị không bắt buộc phải thông báo cho chương trình của mình về các nghiên cứu lâm sàng mà quý vị dự định tham gia, nhưng chúng tôi khuyến khích quý vị làm như vậy)

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

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

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

Bảo hiểm khác

Medicare bắt buộc chúng tôi phải thu thập thông tin từ quý vị về những chương trình bảo hiểm y tế hay bảo hiểm thuốc nào khác mà quý vị có. Lý do là chúng tôi phải phối hợp tất cả những chương trình bảo hiểm mà quý vị có với quyền lợi của quý vị trong chương trình của chúng tôi. Điều này được gọi là **Phối Hợp Quyền Lợi**.

Mỗi năm một lần, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư liệt kê bất cứ chương trình bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm thuốc khác mà chúng tôi biết. Vui lòng đọc thông tin này cẩn thận. Nếu thông tin này chính xác, quý vị không cần phải làm gì cả. Nếu thông tin không chính xác hoặc nếu quý vị có bảo hiểm khác không được liệt kê, vui lòng gọi bộ phận Dịch Vụ Hội Viên.

Chương 1 Bắt đầu với tư cách hội viên

Quý vị có thể cần cho những công ty bảo hiểm khác biết số hội viên của quý vị trong chương trình này (một khi quý vị đã biết rõ những công ty này là công ty nào) để hóa đơn chi phí của quý vị được thanh toán và được thanh toán đúng hạn.

Khi quý vị có một chương trình bảo hiểm khác (như chương trình bảo hiểm y tế nhóm của hãng sở), có những quy định do Medicare đưa ra sẽ quyết định chương trình của chúng tôi hay chương trình bảo hiểm khác của quý vị là chương trình phải trả tiền đầu tiên. Chương trình bảo hiểm phải trả tiền đầu tiên được gọi là chương trình trả tiền chính và trả cho đến giới hạn của phạm vi bảo hiểm của chương trình đó. Chương trình bảo hiểm trả tiền thứ hai, gọi là chương trình trả tiền phụ, chỉ trả phần chi phí còn lại mà chương trình bảo hiểm chính chưa trả hết. Chương trình bảo hiểm trả tiền thứ hai có thể sẽ không trả hết tất cả các chi phí không được bao trả. Nếu quý vị có bảo hiểm y tế nào khác, xin cho bác sĩ, bệnh viện và nhà thuốc của quý vị biết.

Những quy định này áp dụng cho chương trình bảo hiểm y tế nhóm của hãng sở hoặc nghiệp đoàn:

- Nếu quý vị có bảo hiểm hưu trí, Medicare trả tiền đầu tiên.
- Nếu chương trình bảo hiểm y tế nhóm của quý vị là dựa trên việc làm hiện tại của quý vị hoặc việc làm của một thành viên trong gia đình, chương trình nào trả tiền đầu tiên tùy thuộc vào tuổi của quý vị, số nhân viên trong hãng sở và tùy thuộc vào việc quý vị có Medicare vì lý do tuổi tác, khuyết tật, hoặc Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (ESRD) không:
 - Nếu quý vị dưới 65 tuổi, bị khuyết tật và quý vị hoặc một thân nhân trong gia đình của quý vị vẫn còn làm việc, chương trình bảo hiểm y tế nhóm của quý vị sẽ trả trước nếu nhà tuyển dụng có từ 100 nhân viên trở lên hoặc ít nhất một nhà tuyển dụng trong chương trình nhiều nhà tuyển dụng có nhiều hơn 100 nhân viên.
 - Nếu quý vị trên 65 tuổi và quý vị hoặc vợ/chồng hay bạn đời của quý vị vẫn còn làm việc, chương trình bảo hiểm y tế nhóm của quý vị trả tiền đầu tiên nếu hãng sở có 20 nhân viên trở lên hoặc ít nhất một hãng sở trong chương trình bảo hiểm nhóm của nhiều hãng sở có 20 nhân viên trở lên.
- Nếu quý vị có Medicare vì bị ESRD, chương trình bảo hiểm y tế nhóm của quý vị sẽ trả tiền đầu tiên trong 30 tháng đầu tiên sau khi quý vị đủ điều kiện tham gia Medicare.

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

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

Medicaid và TRICARE không bao giờ trả trước cho các dịch vụ được Medicare bao trả. Các chương trình này chỉ trả sau khi Medicare và/hoặc chương trình bảo hiểm y tế nhóm từ hãng sở đã trả.

CHƯƠNG 2:

*Các số điện thoại
và nguồn lực quan trọng*

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

Cách liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên của chương trình

Để được trợ giúp khi có câu hỏi về việc yêu cầu bồi thường, thanh toán, hoặc thẻ hội viên, vui lòng gọi điện hoặc viết thư về Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên của Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP). Chúng tôi rất hân hạnh giúp đỡ quý vị.

Phương thức	Bộ phận Dịch Vụ Hội Viên – Thông Tin Liên Hệ
GỌI ĐIỆN	1-888-846-4262 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Tuy nhiên, xin lưu ý trong các ngày cuối tuần và ngày lễ từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, hệ thống điện thoại tự động của chúng tôi có thể trả lời cuộc gọi của quý vị. Vui lòng để lại tên và số điện thoại, chúng tôi sẽ gọi lại cho quý vị trong một (1) ngày làm việc. Bộ phận Dịch Vụ Hội 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 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối.
VIẾT THƯ	Wellcare By 'Ohana Health Plan PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370
TRANG WEB	www.wellcare.com/ohana

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

Quyết định bảo hiểm là quyết định mà chúng tôi đưa ra về các quyền lợi và mức bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền chúng tôi sẽ trả cho thuốc theo toa Phần D hoặc các dịch vụ y tế của quý vị. Kháng cáo là cách chính thức yêu cầu chúng tôi đánh giá và thay đổi quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra. Để biết thêm thông tin về yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo liên quan đến dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc theo toa Phần D, quý vị hãy xem Chương 9 (*Việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)*).

Phương thức	Quyết Định Bảo Trả cho Chăm Sóc Y Tế – Thông Tin Liên Hệ
GỌI ĐIỆN	1-888-846-4262 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối.
VIẾT THƯ	Wellcare Coverage Determinations Department - Medical PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370

Phương thức	Quyết Định Bảo Trả cho Thuốc Theo Toa Phần D – Thông Tin Liên Hệ
GỌI ĐIỆN	1-888-846-4262 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối.

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

Phương thức	Quyết Định Bảo Trả cho Thuốc Theo Toa Phần D – Thông Tin Liên Hệ
FAX	1-866-388-1767
VIẾT THU'	Wellcare Pharmacy - Coverage Determinations P.O. Box 31397 Tampa, FL 33631-3397
TRANG WEB	www.wellcare.com/drug-coverage-determination-request

Phương thức	Kháng Cáo về Chăm Sóc Y Tế – Thông Tin Liên Hệ
GỌI ĐIỆN	1-888-846-4262 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối.
FAX	1-866-201-0657
VIẾT THU'	Wellcare Appeals Department - Medical P.O. Box 31368 Tampa, FL 33631-3368

Phương thức	Kháng Cáo về Thuốc Theo Toa Phần D – Thông Tin Liên Hệ
GỌI ĐIỆN	1-888-846-4262 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối.

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

Phương thức	Kháng Cáo về Thuốc Theo Toa Phần D – Thông Tin Liên Hệ
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối.
FAX	1-866-388-1766
VIẾT THU	Attn: Medicare Pharmacy Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383
TRANG WEB	www.wellcare.com/ohana

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

Quý vị có thể nộp đơn nêu khiếu nại về chúng tôi hoặc về một trong các nhà thuốc hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi, kể cả việc khiếu nại về chất lượng của dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Loại khiếu nại này không liên quan đến các tranh chấp về bảo hiểm hoặc thanh toán. Để biết thêm thông tin về việc nộp đơn khiếu nại liên quan đến dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, xin xem Chương 9 (*Việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)*).

Phương thức	Khiếu Nại về Chăm Sóc Y Tế – Thông Tin Liên Hệ
GỌI ĐIỆN	1-888-846-4262 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối.
FAX	1-866-388-1769
VIẾT THU	Wellcare Grievance Department P.O. Box 31384 Tampa, FL 33631-3384

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

Phương thức	Khiếu Nại về Chăm Sóc Y Tế – Thông Tin Liên Hệ
TRANG WEB MEDICARE	Quý vị có thể gửi khiếu nại về Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) trực tiếp tới Medicare. Để nộp đơn khiếu nại trực tuyến cho Medicare, xin truy cập www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Phương thức	Khiếu nại về thuốc theo toa Phần D – Thông Tin Liên Hệ
GỌI ĐIỆN	1-888-846-4262 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối.
FAX	1-866-388-1769
VIẾT THƯ	Wellcare Grievance Department P.O. Box 31384 Tampa, FL 33631-3384
TRANG WEB MEDICARE	Quý vị có thể gửi khiếu nại về Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) trực tiếp tới Medicare. Để nộp đơn khiếu nại trực tuyến cho Medicare, xin truy cập www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

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

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

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

Phương thức	Yêu Cầu Chi Trả – Thông Tin Liên Hệ
VIẾT THU	Các Yêu Cầu Thanh Toán Medical: Wellcare Medical Reimbursement Department PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370 Các Yêu Cầu Thanh Toán Phần D: Wellcare Medicare Part D Claims Attn: Member Reimbursement Department P.O. Box 31577 Tampa, FL 33631-3577
TRANG WEB	www.wellcare.com/ohana

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

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

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

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

Phương thức	Medicare – Thông Tin Liên Hệ
TRANG WEB	www.Medicare.gov Đây là trang mạng chính thức của chính phủ dành cho chương trình Medicare. Trang mạng này cung cấp thông tin cập nhật về Medicare và các vấn đề hiện tại của Medicare. Trang mạng này cũng cung cấp cho quý vị thông tin về bệnh viện, viện dưỡng lão, bác sĩ, cơ quan chăm sóc tại gia và các cơ sở lọc thận. Trang web này có những tài liệu để quý vị có thể in ra trực tiếp bằng máy vi tính. Quý vị cũng có thể tìm được thông tin liên hệ của văn phòng Medicare trong tiểu bang của quý vị. Trang mạng của Medicare cũng có thông tin chi tiết về việc hội đủ điều kiện để được hưởng Medicare và các chọn lựa để ghi danh với các phương tiện sau đây: • Công Cụ Kiểm Tra Khả Năng Hội Đủ Điều Kiện Medicare: Cung cấp thông tin về tình trạng hội đủ điều kiện cho Medicare. • Tìm chương trình bảo hiểm thuộc Medicare: Cung cấp thông tin cho từng cá nhân về các chương trình thuốc theo toa Medicare, các chương trình bảo hiểm y tế Medicare và chương trình bảo hiểm Medigap (Bảo Hiểm Medicare Bổ Sung) có trong vùng quý vị cư ngụ. Các công cụ này đưa ra <i>ước tính</i> số tiền tự trả của quý vị đối với nhiều chương trình bảo hiểm Medicare khác nhau. Quý vị cũng có thể dùng trang mạng này để cho Medicare biết nếu quý vị có điều gì khiếu nại về chương trình chúng tôi: • Cho Medicare biết khi quý vị muốn khiếu nại: Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại về chương trình của chúng tôi trực tiếp lên Medicare. Để nộp đơn khiếu nại lên Medicare, hãy truy cập www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare sẽ xem xét nghiêm túc khiếu nại của quý vị và sẽ sử dụng thông tin này để giúp cải thiện chất lượng chương trình Medicare. Nếu quý vị không có máy tính, thư viện địa phương hoặc trung tâm người cao tuổi có thể giúp quý vị truy cập vào trang mạng này bằng cách sử dụng máy tính của các trung tâm này. Hoặc, quý vị có thể gọi cho chương trình Medicare và cho nhân viên biết những thông tin quý vị đang cần tìm. Họ sẽ tìm thông tin trên trang web và đọc lại thông tin cho quý vị. (Quý vị có thể gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.)

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

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. Tại Hawaii, SHIP được gọi là Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang Hawaii (SHIP).

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

Các cố vấn của Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (SHIP) Hawaii có thể giúp quý vị nắm được các quyền lợi Medicare, giúp quý vị khiếu nại về điều trị hoặc chăm sóc y tế và giải quyết các vấn đề với hóa đơn Medicare. Các cố vấn của Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (SHIP) Hawaii còn có thể giúp trả lời các câu hỏi hoặc các vấn đề về Medicare và giúp quý vị hiểu rõ về những chương trình bảo hiểm Medicare mà quý vị có thể chọn, đồng thời trả lời những thắc mắc về việc chuyển đổi chương trình.

PHƯƠNG PHÁP TIẾP CẬN SHIP và CÁC NGUỒN LỰC KHÁC:

- Truy cập <https://www.shiphelp.org> (Nhấp vào SHIP LOCATOR (CÔNG CỤ TÌM SHIP) ở giữa trang)
- Chọn **TIỂU BANG** của quý vị từ danh sách. Thao tác này sẽ chuyển quý vị đến trang có số điện thoại và nguồn tài nguyên cụ thể cho tiểu bang của quý vị.

Phương thức	Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (SHIP) Hawaii.
GỌI ĐIỆN	1-888-875-9229
TTY	1-866-810-4379 Số điện thoại này đòi hỏi phải có thiết bị điện thoại đặc biệt, và chỉ dành cho những ai gặp khó khăn về khả năng nghe hoặc nói.
VIẾT THƯ	Hawaii SHIP, Executive Office on Aging, No. 1 Capitol District 250 South Hotel Street, Suite 406 Honolulu, Hawaii 96813-2831
TRANG WEB	http://www.hawaiiiship.org/

PHẦN 4 Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng

Mỗi tiểu bang có một Tổ chức Cải tiến Chất lượng (QIO) được chỉ định để phục vụ người thụ hưởng Medicare. Tại Hawaii, Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng được gọi là Livanta - Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng của Hawaii.

Livanta - Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng của Hawaii có một nhóm bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác mà Medicare trả tiền để kiểm tra và giúp cải tiến chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare. Livanta - Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng của Hawaii là một tổ chức độc lập. QIO không có liên kết với chương trình của chúng tôi.

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

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

Phương thức	Livanta – Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng của Hawaii – Thông Tin Liên Hệ
GỌI ĐIỆN	1-877-588-1123 9 giờ sáng – 5 giờ chiều giờ địa phương, Thứ Hai – Thứ Sáu; 10 giờ sáng – 4 giờ chiều giờ địa phương, Thứ Bảy đến Chủ Nhật
TTY	711
VIẾT THƯ	Livanta LLC/BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
TRANG WEB	https://www.livantaqio.cms.gov/en

PHẦN 5 An Sinh Xã Hội

Sở An sinh Xã hội có trách nhiệm xác định tình trạng hội đủ điều kiện và phụ trách việc ghi danh cho chương trình Medicare. Công dân và thường trú nhân hợp pháp của Hoa Kỳ từ 65 tuổi trở lên, hoặc những người có khuyết tật hoặc bệnh thận giai đoạn cuối và đáp ứng được một số tiêu chuẩn nào đó, sẽ đủ điều kiện được hưởng chương trình Medicare. Nếu quý vị đã bắt đầu hưởng quyền lợi An sinh xã hội,

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

việc ghi danh vào Medicare là tự động. Nếu quý vị chưa hưởng quyền lợi An sinh xã hội, quý vị phải ghi danh vào chương trình Medicare. Để nộp đơn xin Medicare, quý vị có thể gọi cho Sở An Sinh Xã Hội hoặc đến văn phòng Sở An Sinh Xã Hội địa phương.

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

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

Phương thức	An Sinh Xã Hội – Thông Tin Liên Hệ
GỌI ĐIỆN	1-800-772-1213 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Nhân viên thường trực từ 8 giờ sáng đến 7 giờ tối, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu. Quý vị có thể dùng dịch vụ điện thoại tự động của sở An sinh Xã hội để nghe thông tin ghi âm và thực hiện một số giao dịch 24 giờ mỗi ngày.
TTY	1-800-325-0778 Số điện thoại này đòi hỏi phải có thiết bị điện thoại đặc biệt, và chỉ dành cho những ai gặp khó khăn về khả năng nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Nhân viên thường trực từ 8 giờ sáng đến 7 giờ tối, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu.
TRANG WEB	www.ssa.gov

PHẦN 6 Medicaid

Là hội viên chương trình của chúng tôi, quý vị đủ điều kiện hưởng Medicare và Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii. Medicaid là chương trình kết hợp của chính phủ Liên Bang và tiểu bang để giúp hỗ trợ chi phí y tế cho một số người nhất định có thu nhập và nguồn lực hạn chế.

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

- **Người thụ hưởng Medicare Hội đủ Điều kiện Plus (QMB+):** Giúp trả phí bảo hiểm Medicare Part A và Part B và các khoản chia sẻ chi phí khác (như tiền khấu trừ, tiền đồng bảo hiểm và khoản đồng thanh toán). Những người thụ hưởng đủ điều kiện cũng nhận toàn bộ quyền lợi

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

Medicaid.

- **Người Thụ Hưởng Medicare Có Thu Nhập Thấp Đã Định Rõ Plus (SLMB+):** Giúp trả phí bảo hiểm chương trình Phần B. Những người thụ hưởng đủ điều kiện cũng nhận toàn bộ quyền lợi Medicaid.
- **Hội Đủ Điều Kiện Kép Nhận Toàn Bộ Quyền Lợi Bảo Hiểm (FBDE):** Giúp trả phí bảo hiểm Medicare Part A và Part B và các chia sẻ chi phí khác (như tiền khấu trừ, tiền đồng bảo hiểm và khoản đồng thanh toán). Những người thụ hưởng đủ điều kiện cũng nhận toàn bộ quyền lợi Medicaid.

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

Phương thức	Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) Hawaii – Thông Tin Liên Hệ
GỌI ĐIỆN	1-800-316-8005 7:45 sáng đến 4:30 chiều giờ Hawaii, Thứ Hai - Thứ Sáu
TTY	711 1-800-603-1201 Số điện thoại này đòi hỏi phải có thiết bị điện thoại đặc biệt, và chỉ dành cho những ai gặp khó khăn về khả năng nghe hoặc nói.
VIẾT THU	Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) 1350 S. King Street, Suite 200 Honolulu, HI 96814
TRANG WEB	https://medquest.hawaii.gov/en.html

Văn Phòng Thanh Tra Tiểu Bang Hawaii trợ giúp những người đã ghi danh vào Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii gặp vấn đề về dịch vụ hoặc thanh toán. Họ có thể giúp quý vị nộp đơn khiếu nại hoặc kháng cáo với chương trình của chúng tôi.

Phương thức	Văn Phòng Thanh Tra Tiểu Bang Hawaii - Thông Tin Liên Hệ
GỌI ĐIỆN	1-808-587-0770 Kauai: 808-274-3141 số máy lẻ 7-0770 Molokai/Lanai: 1-800-468-4644 số máy lẻ 7-0770 7:45 sáng – 4:30 chiều giờ địa phương, Thứ Hai đến Thứ Sáu
TTY	1-808-587-0774 Số điện thoại này đòi hỏi phải có thiết bị điện thoại đặc biệt, và chỉ dành cho những ai gặp khó khăn về khả năng nghe hoặc nói.

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

Phương thức	Văn Phòng Thanh Tra Tiểu Bang Hawaii - Thông Tin Liên Hệ
VIẾT THƯ	Office of the Ombudsman 465 South King Street, 4th Floor Honolulu, Hawaii 96813
TRANG WEB	https://www.ombudsman.hawaii.gov/

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

Phương thức	Chương Trình Thanh Tra Dịch Vụ Chăm Sóc Lâu Dài Hawaii – Thông Tin Liên Hệ
GỌI ĐIỆN	1-808-586-7268 7:45 sáng – 4:30 chiều giờ địa phương, Thứ Hai đến Thứ Sáu
TTY	711
VIẾT THƯ	Executive Office on Aging Hawaii State Department of Health 250 South Hotel Street , Suite 406 Honolulu, HI 96813
TRANG WEB	https://www.hi-ltc-ombudsman.org/

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

Trang web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) cung cấp thông tin về cách giảm chi phí thuốc theo toa 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.

Chương trình “Trợ Giúp Bổ Sung” của Medicare

Vì quý vị đủ điều kiện tham gia Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii, quý vị đủ điều kiện và đang nhận “Trợ Giúp Bổ Sung” từ Medicare để thanh toán cho các chi phí thuộc chương trình thuốc theo toa của quý vị. Quý vị sẽ không cần làm gì thêm để được nhận “Trợ Giúp Bổ Sung”.

Nếu quý vị có câu hỏi về “Trợ Giúp Bổ Sung”, vui lòng gọi:

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

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

- Văn phòng Sở An Sinh Xã Hội theo số 1-800-772-1213, từ 8 giờ sáng đến 7 giờ tối, Thứ Hai - Thứ Sáu. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-800-325-0778; hoặc
- Văn Phòng Medicaid Tiểu Bang của quý vị (Xem Phần 6 của chương này để biết thông tin liên hệ).

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

- Hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên và nói với nhân viên đại diện rằng quý vị cho rằng mình đủ điều kiện để nhận “Trợ Giúp Bổ Sung”. Quý vị có thể cần cung cấp một trong những loại giấy tờ sau (Bằng Chứng Có Sẵn Tốt Nhất):
 - Một bản sao thẻ Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii có tên của người thụ hưởng và ngày đủ điều kiện trong tháng sau tháng 6 của năm dương lịch trước đó
 - Bản sao giấy tờ của Tiểu bang xác nhận tình trạng đang hưởng Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii trong suốt một tháng sau tháng 6 của năm theo lịch trước đó
 - Bản in từ hồ sơ ghi danh điện tử của Tiểu Bang cho thấy tình trạng Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii trong một tháng sau Tháng Sáu của năm lịch trước đó
 - Ảnh chụp màn hình từ hệ thống Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii cho biết tình trạng Medicaid trong suốt một tháng sau tháng 6 của năm dương lịch trước đó
 - Tài liệu khác do Tiểu bang cung cấp cho biết tình trạng Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii trong suốt một tháng sau tháng 6 của năm dương lịch trước đó
 - Thư từ Cơ Quan An Sinh Xã Hội (SSA) cho biết cá nhân đó đã nhận Trợ Cấp An Sinh Bổ Sung (SSI)
 - Đơn Đã Nộp Được Coi Là Đủ Điều Kiện xác nhận rằng người thụ hưởng là “...tự động đủ điều kiện nhận trợ giúp bổ sung...” (Ấn bản SSA HI 03094.605)

Nếu quý vị đang nằm điều trị tại một cơ sở chăm sóc và cho rằng mình đủ điều kiện để không phải trả phần chia sẻ chi phí, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội 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 dương lịch trong suốt một tháng sau tháng 6 của năm dương lịch trước đó;
- Bản sao giấy tờ của tiểu bang xác nhận khoản thanh toán cho cơ sở của Medicaid thay

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

mặt quý vị cho cả một tháng dương lịch sau tháng 6 của năm dương lịch trước đó; hoặc

- Ảnh chụp màn hình từ hệ thống Medicaid của Tiểu Bang thể hiện tình trạng tại cơ sở của quý vị dựa trên ít nhất một tháng dương lịch nằm tại cơ sở cho các mục đích thanh toán của Medicaid trong suốt một tháng sau tháng 6 của năm dương lịch trước đó.
- Nếu quý vị không thể cung cấp giấy tờ như mô tả ở trên và quý vị cho rằng mình có thể đủ điều kiện nhận “Trợ Giúp Bổ Sung”, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên và nhân viên đại diện sẽ hỗ trợ quý vị.
- Khi chúng tôi nhận được bằng chứng thể hiện khoản đồng thanh toán của quý vị, chúng tôi sẽ cập nhật hệ thống của mình để quý vị có thể trả khoản đồng thanh toán chính xác khi quý vị mua toa thuốc kế tiếp tại nhà thuốc. Nếu quý vị trả nhiều hơn khoản đồng thanh toán, chúng tôi sẽ hoàn tiền lại cho quý vị. Chúng tôi có thể gửi ngân phiếu có giá trị bằng số tiền vượt quá của quý vị hoặc chúng tôi sẽ bù trừ vào các khoản đồng thanh toán trong tương lai. Nếu nhà thuốc chưa thu khoản đồng thanh toán của quý vị, và đang cho quý vị nợ lại khoản đồng thanh toán đó, chúng tôi có thể trả tiền trực tiếp cho nhà thuốc. Nếu tiểu bang trả tiền đồng trả thay cho quý vị, chúng tôi có thể trả tiền trực tiếp cho tiểu bang. Vui lòng liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên nếu quý vị có thắc mắc.

Nếu quý vị có “Trợ Giúp Bổ Sung” và được Chương Trình Trợ Giúp Thuốc AIDS (ADAP) bao trả thì sao? Chương Trình Trợ Giúp Thuốc AIDS (ADAP) là chương trình gì?

Chương Trình Trợ Giúp Thuốc AIDS (ADAP) giúp cho những người đủ tiêu chuẩn hưởng chương trình ADAP đang mắc bệnh HIV/AIDS được cung cấp các loại thuốc HIV có thể cứu sống mạng người. Thuốc theo toa Medicare Part D cũng thuộc danh mục thuốc ADAP sẽ đủ điều kiện được hỗ trợ phân chia sẻ chi phí thông qua Chương Trình Trợ Giúp Thuốc AIDS (HDAP) Hawaii.

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

Phương thức	Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc HIV Hawaii (HDAP) — Thông Tin Liên Hệ
GỌI ĐIỆN	1-808-733-9360 8 giờ sáng – 5 giờ chiều giờ địa phương, Thứ Hai đến Thứ Sáu
TTY	711
VIẾT THƯ	Harm Reduction Services 3627 Kilauea Ave, Suite 306 Honolulu, HI 96816
TRANG WEB	https://health.hawaii.gov/harmreduction/about-us/hiv-programs/hiv-medical-management-services

Lưu ý: Để đủ tiêu chuẩn được trợ giúp qua chương trình ADAP hoạt động trong tiểu bang của quý vị, quý

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

vị phải đáp ứng được một số yếu tố, như bằng chứng hiện đang sống trong tiểu bang và tình trạng mắc bệnh HIV, thu nhập thấp theo định nghĩa của tiểu bang và tình trạng không có bảo hiểm/bảo hiểm không đủ mức. Nếu quý vị thay đổi chương trình, vui lòng thông báo cho nhân viên đăng ký ADAP tại địa phương để có thể tiếp tục nhận hỗ trợ. Để biết thông tin về các tiêu chuẩn đủ điều kiện, các loại thuốc được bao trả, hoặc cách ghi danh vào chương trình, vui lòng gọi Chương Trình Trợ Giúp Thuốc AIDS (HDAP) Hawaii .

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

Ủy Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt là một cơ quan độc lập của chính quyền Liên Bang có trách nhiệm quản lý các chương trình quyền lợi toàn diện cho nhân viên đường sắt và gia đình của họ trên toàn quốc. Nếu quý vị hưởng quyền lợi Medicare qua Ủy ban Hưu trí ngành Hỏa xa, điều quan trọng quý vị cần làm là báo cho ủy ban này biết mỗi khi quý vị đổi chỗ ở hoặc đổi địa chỉ gửi thư. Nếu quý vị có thắc mắc gì liên quan đến quyền lợi của quý vị từ Ủy Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt, vui lòng liên hệ với cơ quan này.

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

PHẦN 9 Quý vị có bảo hiểm theo nhóm hoặc bảo hiểm y tế nào khác từ hãng sở không?

Nếu quý vị (hoặc vợ/chồng hay bạn đời của quý vị) có bảo hiểm từ hãng sở 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 quyền lợi của hãng sở/nghịệp đoàn, hoặc gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên nếu quý vị có điều gì thắc mắc. Quý vị có thể hỏi về quyền lợi sức khỏe của hãng sở hoặc quyền lợi sức khỏe cho người về hưu của quý vị (hoặc của vợ/chồng hay bạn đời quý vị), phí bảo hiểm hoặc thời gian ghi danh. (Số điện thoại bộ phận Dịch Vụ Hội Viên được ghi ở bìa sau của tài liệu này). Quý vị cũng

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) nếu có thắc mắc liên quan đến bảo hiểm Medicare của quý vị trong chương trình này.

Nếu quý vị có bảo hiểm thuốc kê đơn khác qua hãng sở hoặc nhóm hưu trí của quý vị (hoặc của vợ/chồng hay bạn đời của quý vị), vui lòng liên hệ với **nhân viên quản trị quyền lợi của nhóm đó**. Nhân viên quản trị về quyền lợi này có thể giúp quý vị biết chương trình bảo hiểm thuốc kê đơn hiện tại của quý vị sẽ làm việc với chương trình của chúng tôi như thế nào.

CHƯƠNG 3:

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

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

PHẦN 1 Những điều quý vị cần biết để được nhận dịch vụ chăm sóc y tế và các dịch vụ khác với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi

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

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

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

- **Nhà cung cấp** là các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác có giấy phép của tiểu bang để cung cấp các dịch vụ y tế và chăm sóc. Từ nhà cung cấp cũng có nghĩa là bệnh viện và những cơ sở chăm sóc sức khỏe khác.
- **Nhà cung cấp trong mạng lưới** là các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, các nhóm y tế, bệnh viện và các cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác đang có hợp đồng với chúng tôi để chấp nhận khoản thanh toán của chúng tôi là khoản thanh toán đầy đủ. Chúng tôi đã thu xếp với những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe này để họ cung cấp các dịch vụ được bao trả cho hội viên của chương trình chúng tôi. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới của chúng tôi thông thường sẽ gửi hóa đơn trực tiếp đến chúng tôi cho những dịch vụ chăm sóc họ cung cấp cho quý vị. Khi quý vị đến khám tại nhà cung cấp trong mạng lưới, quý không phải thanh toán cho các dịch vụ được bao trả.
- **Dịch vụ được bao trả** gồm tất cả các dịch vụ y tế, dịch vụ chăm sóc sức khỏe, tiếp liệu, thiết bị và Thuốc Theo Toa được chương trình của chúng tôi bao trả. Các dịch vụ được bao trả trong việc chăm sóc y tế cho quý vị được trình bày trong bảng phúc lợi trong Chương 4. Dịch vụ được bao trả cho thuốc theo toa của quý vị được đề cập trong Chương 5.

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

Là một chương trình bảo hiểm y tế của Medicare và Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii, chương trình của chúng tôi phải bao trả tất cả các dịch vụ được bao trả của Original Medicare và có thể cung cấp các dịch vụ khác ngoài những dịch vụ được bao trả theo Original Medicare. Vui lòng tham khảo Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những khoản được bao trả) để biết các dịch vụ được bao trả trong chương trình.

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

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

- **Dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được có trong Bảng Quyền Lợi Y Tế của chương trình** (bảng này nằm trong Chương 4 của tài liệu này).
- **Dịch vụ chăm sóc mà quý vị được cung cấp được xem là cần thiết về mặt y tế.** Cần thiết về mặt y tế có nghĩa là các dịch vụ, tiếp liệu, thiết bị hoặc thuốc cần thiết để phòng bệnh, chẩn đoán, hoặc chữa trị cho bệnh lý của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp thuận về thực hành y khoa.
- **Quý vị có một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) trong mạng lưới cung cấp và giám sát dịch vụ chăm sóc của quý vị.** Là hội viên của chương trình chúng tôi, quý vị phải chọn PCP trong mạng lưới (để biết thêm chi tiết về điều này, vui lòng xem Phần 2.1 trong chương này).
 - Thảo luận trước về kế hoạch điều trị của quý vị với PCP để điều phối dịch vụ chăm sóc của quý vị trước khi quý vị sử dụng các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình, chẳng hạn như bác sĩ chuyên khoa, bệnh viện, cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc các cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà. Cần có sự ủy quyền trước đối với một số dịch vụ. Để biết thêm thông tin về các dịch vụ này, vui lòng xem Bảng Quyền Lợi Y Tế trong Chương 4, Phần 2.1.
- **Quý vị phải được chăm sóc thông qua nhà cung cấp trong mạng lưới** (để biết thêm thông tin về điều này, vui lòng xem Phần 2 trong chương này). Trong hầu hết các trường hợp, dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được từ nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới (nhà cung cấp không nằm trong mạng lưới chương trình của chúng tôi) sẽ không được bao trả; ngoại trừ những trường hợp được đề cập dưới đây. Điều này có nghĩa là quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí cho nhà cung cấp đó đối với dịch vụ được cung cấp. *Sau đây là ba trường hợp ngoại lệ:*
 - Chương trình sẽ bao trả cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc dịch vụ cần thiết khẩn cấp mà quý vị nhận được từ nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới. Để biết thêm thông tin về điều này và để biết dịch vụ chăm sóc cấp cứu và dịch vụ cần thiết khẩn cấp là gì, vui lòng xem Phần 3 trong chương này.
 - Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc y tế mà Medicare hoặc Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii bắt buộc chương trình của chúng tôi phải bao trả nhưng không có bác sĩ chuyên khoa nào trong mạng lưới của chúng tôi cung cấp dịch vụ chăm sóc này, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc này từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới (phải được sự ủy quyền trước) với mức chia sẻ chi phí mà quý vị thường trả trong mạng lưới. Xin quý vị gọi cho chúng tôi để tìm hiểu về những quy định về những dịch vụ cần được chấp thuận quý vị phải tuân theo trước khi nhận sự chăm sóc. Trong trường hợp này, chúng tôi sẽ bao trả những dịch vụ này giống như khi quý vị được chăm sóc qua các nhà cung cấp trong mạng lưới. Để biết thêm thông tin về việc xin phép được khám với bác sĩ ngoài mạng lưới, xin xem Phần 2.4 trong chương này.
 - Chương trình này bao trả cho các dịch vụ thăm tách mà quý vị nhận được tại một cơ sở thăm tách được Medicare chứng nhận khi quý vị đang tạm thời ra khỏi khu vực dịch vụ của chương trình hoặc khi nhà cung cấp dịch vụ này cho quý vị tạm thời không có sẵn hoặc không thể tiếp cận được. Mức chia sẻ chi phí mà quý vị trả cho chương trình cho việc thăm tách không bao giờ vượt quá mức chia sẻ chi phí trong Original Medicare. Nếu quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình và được điều trị thăm tách từ một nhà cung cấp nằm ngoài mạng lưới của chương trình, mức chia sẻ chi phí của quý vị không thể vượt quá mức chia sẻ chi phí mà quý vị trả trong

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

mạng lưới. Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp dịch vụ thăm tách thông thường của quý vị trong mạng lưới tạm thời không có sẵn và quý vị chọn sử dụng dịch vụ bên trong khu vực dịch vụ từ nhà cung cấp bên ngoài mạng lưới của chương trình thì mức chia sẻ chi phí cho điều trị thăm tách có thể cao hơn.

- **Quyền lợi Điểm Dịch Vụ (POS) cho phép quý vị tiếp cận các dịch vụ nhất định từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới.** Không phải tất cả các dịch vụ đều được bao trả ngoài mạng lưới theo tùy chọn Điểm Dịch Vụ (POS) của quý vị. Đối với các dịch vụ được bao trả ngoài mạng lưới, vui lòng tham khảo Bảng Quyền Lợi Y Tế trong Chương 4, Phần 2.1 để biết thêm thông tin. Quý vị sẽ trả nhiều tiền hơn để tiếp cận các dịch vụ này khi quý vị sử dụng quyền lợi POS của mình. Xem Phần 2.4 của chương này để biết thêm thông tin.

Quý vị không cần phải có giấy giới thiệu khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới đối với những dịch vụ này. Tuy nhiên, trước khi nhận các dịch vụ, quý vị có thể muốn xác nhận rằng các dịch vụ đó được chúng tôi bao trả. Nếu sau đó chúng tôi xác định rằng các dịch vụ không được bao trả, chúng tôi có thể từ chối bao trả và quý vị sẽ chịu trách nhiệm thanh toán chi phí. Có thể cần có sự ủy quyền trước đối với một số dịch vụ.

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

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

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

Khi trở thành hội viên của chương trình chúng tôi, đầu tiên quý vị phải chọn một nhà cung cấp của chương trình làm PCP của quý vị. PCP của quý vị là đối tác sức khỏe của quý vị, cung cấp hoặc điều phối chăm sóc cho quý vị. PCP của quý vị là một chuyên gia y tế đáp ứng được các yêu cầu của tiểu bang và được đào tạo để cung cấp cho quý vị những dịch vụ chăm sóc y tế cơ bản. Những người này bao gồm các bác sĩ chuyên trách y tế gia đình, bác sĩ đa khoa, nội khoa và lão khoa. Điều dưỡng điều trị (NP), y tá đã đăng ký được Tiểu Bang cấp phép được đào tạo đặc biệt, cung cấp mức độ chăm sóc sức khỏe cơ bản hoặc Trợ Lý Bác Sĩ (PA), được chứng nhận là PCP, cung cấp dịch vụ trong cơ sở chăm sóc chính cũng có thể đóng vai trò là PCP của quý vị.

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

- Chụp hình quang tuyến,
- Các xét nghiệm phòng thí nghiệm,

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

- Vật Lý Trị Liệu, Trị Liệu Về Chức Năng Hoạt Động và/hoặc Trị Liệu Âm Ngữ,
- Sự chăm sóc của các bác sĩ chuyên khoa,
- Nhập viện và
- Chăm sóc theo dõi

“Phối hợp” các dịch vụ được bao trả của quý vị bao gồm việc kiểm tra hoặc tham khảo ý kiến các nhà cung cấp khác trong chương trình về dịch vụ chăm sóc của quý vị và diễn tiến của dịch vụ chăm sóc. Đối với một số loại dịch vụ hoặc tiếp liệu nhất định, PCP của quý vị sẽ cần được sự ủy quyền trước (sự ủy quyền trước). Nếu dịch vụ quý vị cần yêu cầu sự ủy quyền trước, PCP của quý vị sẽ yêu cầu sự chấp thuận từ chương trình của chúng tôi. Vì PCP của quý vị sẽ cung cấp và phối hợp dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, tất cả các hồ sơ y tế trước đây của quý vị phải được gửi đến văn phòng của PCP. Thường thì quý vị sẽ đến gặp PCP trước tiên cho hầu hết các nhu cầu chăm sóc sức khỏe thông thường của mình. Chúng tôi khuyên quý vị nên có PCP điều phối tất cả dịch vụ chăm sóc của quý vị. Vui lòng xem Phần 2.2 trong chương này để biết thêm thông tin.

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

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

Quý vị chọn PCP cho mình như thế nào?

Để chọn PCP của quý vị, hãy truy cập trang web của chúng tôi tại www.2025wellcaredirectories.com và chọn một PCP từ mạng lưới chương trình của chúng tôi. Bộ phận Dịch Vụ Hội 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 Hội Viên để thông báo về lựa chọn của quý vị. PCP của quý vị phải có trong mạng lưới của chúng tôi.

Nếu có một bác sĩ chuyên khoa hoặc bệnh viện cụ thể nào của chương trình mà quý vị muốn sử dụng, đầu tiên hãy kiểm tra để chắc chắn rằng bác sĩ chuyên khoa và/hoặc bệnh viện đó ở trong mạng lưới của PCP.

Nếu quý vị không chọn PCP hoặc nếu quý vị chọn PCP không thuộc chương trình này, chúng tôi sẽ tự động chỉ định PCP cho quý vị.

Thay Đổi PCP của quý vị

Quý vị có thể đổi PCP vì bất cứ lý do gì bất cứ lúc nào. Ngoài ra, có thể PCP của quý vị đã rời khỏi mạng lưới các nhà cung cấp trong chương trình của chúng tôi và quý vị sẽ phải tìm PCP mới. Trong một số trường hợp nhất định, các nhà cung cấp của chúng tôi phải tiếp tục chăm sóc quý vị sau khi rời khỏi mạng lưới của chúng tôi. Để biết thông tin chi tiết cụ thể, hãy liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên.

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

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

Bộ phận Dịch Vụ Hội Viên có thể hỗ trợ quý vị chọn PCP mới. Quý vị nên chờ một thời gian để thay đổi lựa chọn PCP có hiệu lực. Nếu quý vị yêu cầu đổi PCP vào hoặc trước ngày mùng 10 của tháng, thay đổi này sẽ có hiệu lực kể từ ngày đầu tiên của tháng quý vị yêu cầu (có hiệu lực trở về trước). Nếu quý vị yêu cầu sau ngày mùng 10 của tháng, việc đổi PCP sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo. Ví dụ: Nếu yêu cầu đổi PCP của quý vị được đưa ra vào hoặc trước ngày 10 tháng 1, thay đổi này có thể có hiệu lực vào ngày 1 tháng 1. Nếu yêu cầu của quý vị được đưa ra vào hoặc sau ngày 11 tháng 1 thì thay đổi sẽ có hiệu lực vào ngày 1 tháng 2. Để Các Dịch Vụ Được Bao Trả theo chương trình của chúng tôi vẫn được bao trả, quý vị phải tiếp tục nhận Các Dịch Vụ Được Bao Trả được cung cấp, đặt hàng hoặc sắp xếp thông qua PCP hiện tại cho đến khi thay đổi có hiệu lực. Hãy nhớ hỏi bộ phận Dịch Vụ Hội Viên về vấn đề này khi chọn một PCP mới. Khi quý vị gọi điện, phải thông báo cho Ban Dịch Vụ Hội Viên nếu quý vị đang thăm khám với bác sĩ chuyên khoa hoặc nhận dịch vụ được bao trả khác cần có sự chấp thuận của PCP (chẳng hạn như dịch vụ y tế gia đình và Thiết Bị Y Tế Lâu Bền).

Phần 2.2 Quý vị có thể nhận được loại chăm sóc y tế và dịch vụ khác nào mà không cần sự giới thiệu của PCP?

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

- Chăm sóc sức khỏe phụ nữ định kỳ gồm có khám vú, chụp quang tuyến vú để kiểm tra (chụp quang tuyến vú), làm xét nghiệm Pap và khám vùng chậu khi quý vị dùng những nhà cung cấp trong mạng lưới
- Chích ngừa bệnh cúm (hoặc vắc-xin), vắc-xin COVID-19 và bệnh viêm phổi khi quý vị dùng những nhà cung cấp trong mạng lưới
- Các dịch vụ chăm sóc cấp cứu do những nhà cung cấp dịch vụ trong hoặc ngoài mạng lưới cung cấp
- Các dịch vụ được chương trình bao trả cần thiết khẩn cấp, là các dịch vụ yêu cầu chăm sóc y tế ngay lập tức không phải là trường hợp cấp cứu, miễn là quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc việc nhận dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới mà chương trình ký hợp đồng là không hợp lý. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp là các bệnh và thương tích y tế không lường trước được hoặc các đợt bùng phát bất ngờ của các bệnh lý hiện tại. Tuy nhiên, các lần thăm khám định kỳ với nhà cung cấp cần thiết về mặt y tế, chẳng hạn như khám sức khỏe hàng năm, không được coi là cần thiết khẩn cấp ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc mạng lưới chương trình tạm thời không hoạt động.
- Dịch vụ thẩm tách thận quý vị được cung cấp tại một trung tâm thẩm tách được Medicare chứng nhận khi quý vị đang tạm thời ra khỏi khu vực dịch vụ của chương trình bảo hiểm của chúng tôi.

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

Nếu có thể, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên trước khi quý vị rời khu vực dịch vụ để chúng tôi có thể thu xếp cho quý vị được duy trì thăm tách trong lúc quý vị đi xa.

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

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

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

Hãy thảo luận về nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị với PCP để được giới thiệu gặp bác sĩ chuyên khoa để hỗ trợ nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị. Không cần giới thiệu để gặp bác sĩ chuyên khoa. Tuy nhiên, 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 ủy quyền trước. Vui lòng xem Chương 4, Phần 2.1 để biết thông tin về các dịch vụ nào cần sự ủy quyền trước.

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

Trong năm, chúng tôi có thể thay đổi các bệnh viện, các bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa (nhà cung cấp dịch vụ) là một phần trong chương trình của quý vị. Nếu bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa của quý vị rời chương trình, quý vị có một số quyền và biện pháp bảo vệ được tóm tắt dưới đây:

- Mặc dù mạng lưới của nhà cung cấp của chúng tôi có thể thay đổi trong năm, Medicare yêu cầu chúng tôi phải luôn có bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa có trình độ để cung cấp dịch vụ cho quý vị.
- Chúng tôi sẽ 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 ban đầu của quý vị rời chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị nếu quý vị khám với nhà cung cấp đó trong vòng ba năm qua.
 - Nếu có bất kỳ nhà cung cấp nào khác của quý vị rời chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ thông báo nếu quý vị được chỉ định nhà cung cấp đó, hiện đang được họ chăm sóc hoặc đã khám với họ trong vòng ba tháng qua.
- Chúng tôi sẽ hỗ trợ quý vị lựa chọn một nhà cung cấp mới trong mạng lưới đủ điều kiện mà quý vị có thể tiếp cận để tiếp tục được chăm sóc.
- Nếu quý vị hiện đang được điều trị y tế hoặc trị liệu với nhà cung cấp hiện tại, quý vị có quyền yêu

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

cầu và chúng tôi sẽ làm việc với quý vị để đảm bảo rằng việc điều trị hoặc trị liệu cần thiết về mặt y tế mà quý vị đang nhận được tiếp tục.

- Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về các giai đoạn ghi danh khác nhau có sẵn và các lựa chọn để quý vị thay đổi chương trình.
- Chúng tôi sẽ sắp xếp mọi quyền lợi được bao trả cần thiết về mặt y tế ngoài mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi, nhưng ở mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới, khi nhà cung cấp hoặc quyền lợi trong mạng lưới không có sẵn hoặc không đủ để đáp ứng nhu cầu y tế của quý vị. Chương trình của chúng tôi phải xác nhận là không có nhà cung cấp trong mạng lưới và nhà cung cấp ngoài mạng lưới phải liên hệ với chương trình để xin phép cho quý vị được nhận dịch vụ. Nếu được phê duyệt, nhà cung cấp ngoài mạng lưới sẽ được chấp thuận để cung cấp (những) dịch vụ này. Quý vị được quyền nhận các dịch vụ từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới đối với trường hợp khẩn cấp hoặc các dịch vụ cần thiết khẩn cấp. Ngoài ra, chương trình của chúng tôi phải bao trả cho các dịch vụ lọc máu cho các hội viên mắc Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (ESRD) đã đi ra khỏi khu vực dịch vụ của chương trình và không thể tiếp cận các nhà cung cấp trong mạng lưới. Các dịch vụ ESRD phải được nhận tại cơ sở lọc máu được Medicare chứng nhận.
- Nếu quý vị biết được bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa của quý vị sẽ rời chương trình, hãy liên hệ chúng tôi để chúng tôi có thể hỗ trợ quý vị tìm một nhà cung cấp mới để quản lý dịch vụ chăm sóc cho quý vị.
- Nếu quý vị tin rằng chúng tôi không cung cấp cho quý vị một nhà cung cấp có trình độ để thay thế nhà cung cấp dịch vụ trước đó hoặc dịch vụ chăm sóc của quý vị không được quản lý một cách thích hợp, quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại về chất lượng chăm sóc cho QIO, đơn than phiền về chất lượng chăm sóc tới chương trình, hoặc cả hai. Vui lòng xem Chương 9.

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

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

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

Thông qua quyền lợi Điểm Dịch Vụ (POS), quý vị có thể sử dụng các nhà cung cấp ngoài hệ thống để nhận một số dịch vụ nhất định. Đối với các dịch vụ được bao trả ngoài mạng lưới, vui lòng tham khảo Bảng Quyền Lợi Y Tế trong Chương 4, Phần 2.1 để biết thêm thông tin. Quý vị sẽ trả nhiều tiền hơn để

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

tiếp cận các dịch vụ này khi quý vị sử dụng quyền lợi POS của mình. Số tiền tự trả của quý vị có thể cao hơn khi quý vị sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới thông qua quyền lợi POS của quý vị. Quý vị không cần phải có giấy giới thiệu khi quý vị ra khỏi mạng lưới để nhận những dịch vụ này. Tuy nhiên, trước khi nhận các dịch vụ, quý vị nên xác nhận với chúng tôi rằng các dịch vụ đó được bao trả. Nếu sau đó chúng tôi xác định rằng các dịch vụ không được bao trả, chúng tôi có thể từ chối bao trả và quý vị sẽ chịu trách nhiệm thanh toán chi phí. Có thể cần có sự ủy quyền trước đối với một số dịch vụ.

Nếu một nhà cung cấp ngoài mạng lưới gửi cho quý vị một hóa đơn mà quý vị cho rằng chúng tôi phải thanh toán, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên hoặc gửi hóa đơn đó cho chúng tôi để thanh toán. Chúng tôi sẽ thanh toán cho nhà cung cấp của quý vị phần hóa đơn của chúng tôi và nhà cung cấp của quý vị có thể lập hóa đơn cho quý vị cho số tiền quý vị nợ, nếu có.

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

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

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

Trường hợp **cấp cứu y tế** là khi quý vị hay một người không hành nghề y có trí tuệ minh mẫn nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và thuốc cho rằng quý vị có các triệu chứng y khoa cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để ngăn ngừa tử vong (và thai nhi tử vong nếu quý vị là phụ nữ mang thai), mất chân tay, hay chân tay không hoạt động được, hoặc mất hoặc suy giảm nghiêm trọng chức năng cơ thể. Các triệu chứng y khoa có thể là bệnh tật, thương tích, đau nặng hoặc tình trạng bệnh trạng nhanh chóng trở nên tồi tệ hơn.

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

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

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

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

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

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

Các bác sĩ chăm sóc cấp cứu cho quý vị sẽ quyết định khi nào tình trạng của quý vị ổn định và tình trạng cấp cứu y khoa không còn nữa.

Sau khi tình trạng cấp cứu y khoa chấm dứt, quý vị có quyền được tiếp tục chăm sóc để biết bảo đảm là tình trạng của quý vị vẫn luôn ổn định. Quý vị cần khám theo dõi với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của mình trong vòng 5 đến 7 ngày sau khi được chăm sóc cấp cứu. Quý vị sẽ nhận được một cuộc gọi từ đội ngũ chăm sóc của chúng tôi để giúp quý vị sắp xếp lịch khám theo dõi cần thiết và nhận được những quyền lợi hữu ích khác cho quá trình phục hồi. Bác sĩ sẽ tiếp tục điều trị cho quý vị cho đến khi bác sĩ của quý vị liên hệ với chúng tôi và lên kế hoạch chăm sóc thêm. Sự chăm sóc theo dõi của quý vị sẽ được chương trình chúng tôi bao trả. Nếu việc chăm sóc cấp cứu của quý vị do các nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới cung cấp, chúng tôi sẽ cố gắng thu xếp cho các nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới bắt đầu chăm sóc cho quý vị ngay khi bệnh trạng của quý vị và hoàn cảnh cho phép.

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

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

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

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

Phần 3.2 Được chăm sóc khi quý vị cần được chăm sóc khẩn cấp

Các dịch vụ cần thiết khẩn cấp là gì?

Dịch vụ được chương trình bao trả yêu cầu chăm sóc y tế ngay lập tức mà không phải là trường hợp cấp cứu là dịch vụ cần thiết khẩn cấp nếu quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc việc nhận dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới mà chương trình ký hợp đồng là không hợp lý. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp là các bệnh và thương tích y tế không lường trước được hoặc các đợt bùng phát bất ngờ của các bệnh lý hiện tại. Tuy nhiên, các lần thăm khám định kỳ với nhà cung cấp cần thiết về mặt y tế, chẳng hạn như khám sức khỏe hàng năm, không được coi là cần thiết khẩn cấp ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc mạng lưới chương trình tạm thời không hoạt

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

động.

Vui lòng liên lạc với văn phòng của PCP 24 giờ một ngày nếu quý vị cần chăm sóc khẩn cấp. Quý vị có thể được hướng dẫn để nhận được chăm sóc khẩn cấp ở trung tâm chăm sóc khẩn cấp trong mạng lưới. Quý vị có thể tìm thấy các trung tâm chăm sóc khẩn cấp trong *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* hoặc trên trang web của chúng tôi tại www.2025wellcaredirectories.com. Nếu dịch vụ chăm sóc khẩn cấp được cung cấp tại văn phòng của bác sĩ, quý vị sẽ trả khoản đồng thanh toán cho văn phòng; tuy nhiên, nếu dịch vụ chăm sóc khẩn cấp được cung cấp ở trung tâm chăm sóc khẩn cấp trong mạng lưới hoặc phòng khám không cần hẹn trước, quý vị sẽ trả khoản đồng thanh toán cho trung tâm chăm sóc khẩn cấp, khoản tiền này có thể khác khoản tiền ở trên. Xem Chương 4, *Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)* để biết khoản đồng thanh toán áp dụng cho các dịch vụ được cung cấp tại phòng khám của bác sĩ hoặc tại trung tâm chăm sóc khẩn cấp hoặc phòng khám không cần hẹn trước trong mạng lưới.

Quý vị cũng có thể liên hệ Đường Dây Y Tá Tư Vấn bất kỳ lúc nào. Một y tá chuyên nghiệp trực đường dây sẽ giải đáp thắc mắc của quý vị 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần. Để biết thêm thông tin về Đường Dây Y Tá Tư Vấn, hãy xem hạng mục quyền lợi Chương Trình Giáo Dục Về Sức Khỏe tại Chương 4 (*Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)*), hoặc gọi bộ phận Dịch Vụ Hội Viên.

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

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

Để biết thêm thông tin, xem phần “Chăm Sóc Cấp Cứu” và “Các Dịch Vụ Cần Thiết Khẩn Cấp” trong Bảng Quyền Lợi Y Tế trong Chương 4 của tài liệu này hoặc gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên.

Phần 3.3 Được chăm sóc trong trường hợp có thảm họa

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

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

Nếu quý vị không thể sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới trong trường hợp có thảm họa, chương trình của quý vị sẽ cho phép quý vị nhận được sự chăm sóc từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới

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

theo mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu quý vị không thể sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới trong trường hợp có thảm họa, quý vị có thể mua thuốc theo toa tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới. Xin hãy xem Chương 5, Phần 2.5 để biết thêm thông tin.

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

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

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

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

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

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

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

Phần 5.1 Nghiên cứu khảo sát lâm sàng là gì?

Nghiên cứu lâm sàng (còn gọi là *thử nghiệm lâm sàng*) là cách bác sĩ và các nhà khoa học thí nghiệm những cách thức chăm sóc y tế mới, chẳng hạn như thí nghiệm xem thuốc trị ung thư mới công hiệu như thế nào. Một số nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt. Nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt thường yêu cầu các tình nguyện viên tham gia nghiên cứu.

Một khi Medicare chấp thuận nghiên cứu, và quý vị thể hiện sự quan tâm đến việc tham gia nghiên cứu, nhân viên trong ban nghiên cứu sẽ liên hệ với quý vị để giải thích rõ ràng hơn về nghiên cứu và để xem

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

quý vị có đủ các điều kiện mà các nhà khoa học thực hiện nghiên cứu đã đề ra hay không. Quý vị có thể tham gia nghiên cứu này nếu quý vị đáp ứng các yêu cầu của nghiên cứu và hiểu rõ cũng như chấp nhận những gì sẽ xảy ra khi quý vị tham gia nghiên cứu.

Nếu quý vị tham gia một nghiên cứu đã được Medicare chấp thuận, Original Medicare sẽ trả hầu hết các chi phí đối với những dịch vụ được bao trả mà quý vị được cung cấp trong tiến trình của cuộc nghiên cứu. Nếu quý vị cho chúng tôi biết rằng quý vị đang tham gia một thử nghiệm lâm sàng đủ điều kiện, thì quý vị chỉ phải chi trả phần chia sẻ chi phí trong mạng lưới cho các dịch vụ trong thử nghiệm đó. Nếu quý vị trả nhiều tiền hơn, ví dụ như quý vị đã thanh toán số tiền chia sẻ chi phí của Original Medicare, chúng tôi sẽ hoàn trả phần chênh lệch giữa số tiền quý vị đã thanh toán và khoản chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị cần cung cấp giấy tờ để cho chúng tôi biết quý vị đã thanh toán bao nhiêu tiền. Khi quý vị tham gia nghiên cứu khảo sát lâm sàng, quý vị có thể vẫn ghi danh trong chương trình của chúng tôi và tiếp tục được chăm sóc cho những tình trạng sức khỏe khác (chăm sóc sức khỏe không liên quan đến công trình nghiên cứu) qua chương trình của chúng tôi.

Nếu quý vị muốn tham gia bất kỳ nghiên cứu lâm sàng nào được Medicare chấp thuận, quý vị *không* cần cho chúng tôi biết hoặc xin phép chương trình chúng tôi hay PCP của quý vị. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị trong quá trình nghiên cứu lâm sàng *không* cần phải là các nhà cung cấp trong mạng lưới chương trình của chúng tôi. Xin lưu ý rằng điều này không bao gồm những quyền lợi mà chương trình của chúng tôi chịu trách nhiệm bao gồm thử nghiệm lâm sàng hoặc đăng ký để đánh giá quyền lợi. Những quyền lợi này bao gồm một số quyền lợi được xác định theo quy định quyết định bảo hiểm quốc gia yêu cầu bảo hiểm với các nghiên cứu phát triển bằng chứng (NCD-CED) và miễn trừ thiết bị nghiên cứu (IDE) và có thể yêu cầu sự ủy quyền trước cũng như tuân theo các quy tắc khác của chương trình.

Mặc dù quý vị không cần xin phép chương trình của chúng tôi để tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng, được Original Medicare bao trả cho những hội viên Medicare Advantage, chúng tôi khuyến khích quý vị thông báo trước cho chúng tôi khi quý vị chọn tham gia vào các thử nghiệm lâm sàng đủ điều kiện của Medicare.

Nếu quý vị tham gia một nghiên cứu *chưa* được Medicare chấp thuận, *quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm trả toàn bộ chi phí khi tham gia trong nghiên cứu này.*

Phần 5.2 Khi quý vị tham gia nghiên cứu khảo sát lâm sàng, ai sẽ là người thanh toán và thanh toán cho những dịch vụ gì?

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

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

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

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

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

- Thường thì Medicare sẽ *không* trả cho những vật phẩm hoặc dịch vụ mới mà công trình nghiên cứu đang thử nghiệm trừ khi Medicare sẽ bao trả cho những vật phẩm hoặc dịch vụ này ngay cả khi quý vị *không* tham gia nghiên cứu.
- Vật phẩm hoặc dịch vụ cung cấp chỉ để thu thập dữ liệu chứ không phải dùng để trực tiếp chăm sóc sức khỏe cho quý vị. Thí dụ, Medicare sẽ không trả tiền cho thủ tục chụp CT hàng tháng trong tiến trình của cuộc nghiên cứu nếu bệnh trạng của quý vị thường chỉ đòi hỏi chụp CT một lần.
- Các vật tư và dịch vụ thường do nhà tài trợ nghiên cứu cung cấp miễn phí cho bất kỳ người ghi danh nào trong thử nghiệm.

Quý vị có muốn tìm hiểu thêm không?

Quý vị có thể nhận thêm thông tin về việc tham gia một nghiên cứu lâm sàng bằng cách truy cập trang web của Medicare để đọc hoặc tải xuống ấn bản *Medicare và Nghiên Cứu Lâm Sàng*. (Ấn phẩm có sẵn tại: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.) Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

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

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

Cơ sở chăm sóc sức khỏe thuộc về tôn giáo và không phục vụ về y tế là một cơ sở chăm sóc cho một bệnh trạng mà thông thường sẽ được điều trị tại bệnh viện hoặc cơ sở chăm sóc điều dưỡng chuyên môn. Nếu việc nhận được chăm sóc tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn đi ngược lại tín ngưỡng tôn giáo của hội viên, thay vào đó chúng tôi sẽ bao trả cho dịch vụ chăm sóc tại cơ sở chăm sóc sức khỏe thuộc về tôn giáo và không phục vụ về y tế. Quyền lợi này chỉ được cung cấp cho những dịch vụ điều trị nội trú thuộc Phần A (dịch vụ chăm sóc sức khỏe không thuộc về y khoa).

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

Để nhận dịch vụ chăm sóc từ cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế, quý vị phải ký vào một tài liệu pháp lý cho biết là quý vị phản đối một cách sáng suốt việc nhận được điều trị y tế **không ngoại lệ**.

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

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

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

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

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

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

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

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

Theo chương trình Original Medicare, những người thuê một số loại DME sẽ được giữ những dụng cụ này luôn sau khi đã cùng trả cho dụng cụ này trong 13 tháng. Tuy nhiên, trong tư cách hội viên của chương trình của chúng tôi, quý vị thường sẽ không được giữ làm sở hữu những DME mà quý vị thuê dù cho quý

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

vị có trả bao nhiêu khoản đồng thanh toán đi nữa. Trong một số trường hợp hạn chế, chúng tôi sẽ trao quyền sở hữu của DME cho quý vị. Gọi bộ phận Dịch Vụ Hội Viên để tìm hiểu về các yêu cầu mà quý vị phải đáp ứng và các tài liệu quý vị cần cung cấp.

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

Nếu quý vị chưa có quyền sở hữu DME trong thời gian quý vị tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ phải trả 13 khoản tiền liên tiếp mới sau khi quý vị chuyển sang tham gia chương trình Original Medicare để được sở hữu dụng cụ này. Các khoản thanh toán được thực hiện khi ghi danh trong chương trình của quý vị sẽ không được tính.

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

Ví dụ 2: Quý vị đã thực hiện 12 khoản thanh toán liên tiếp trở xuống cho thiết bị đó khi đang tham gia Original Medicare rồi sau đó mới tham gia chương trình của chúng tôi. Quý vị đã tham gia chương trình của chúng tôi nhưng không có quyền sở hữu trong khi tham gia chương trình của chúng tôi. Sau đó, quý vị quay lại Original Medicare. Quý vị sẽ phải thực hiện 13 khoản thanh toán mới liên tiếp để sở hữu thiết bị đó sau khi quý vị tham gia lại Original Medicare. Tất cả các khoản thanh toán trước đó (cho dù là trong chương trình của chúng tôi hay với Original Medicare) đều không được tính.

Phần 7.2 Quy định về thiết bị oxy, tiếp liệu và bảo trì

Quý vị được hưởng những quyền lợi gì về oxy?

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

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

Nếu quý vị rời chương trình Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) hoặc không còn cần thiết bị oxy nữa thì quý vị phải trả lại thiết bị oxy.

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

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

CHƯƠNG 4:

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

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

PHẦN 1 Hiểu rõ về những dịch vụ được bao trả

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

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

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

Phần 1.2 Mức phí cao nhất mà quý vị sẽ phải trả cho các dịch vụ y tế được Medicare Part A và Part B bao trả là bao nhiêu?

Lưu ý: Vì hội viên chương trình của chúng tôi cũng được chương trình Medicaid hỗ trợ nên chỉ một số rất ít hội viên phải thanh toán số tiền tự trả đến mức tối đa này. Quý vị không có trách nhiệm thanh toán bất kỳ số tiền tự trả nào vượt quá số tiền tự trả tối đa cho các dịch vụ được bao trả theo Phần A và Phần B

Vì quý vị đã ghi danh vào Chương Trình Medicare Advantage, có một giới hạn về số tiền quý vị phải thanh toán số tiền tự trả mỗi năm cho các dịch vụ y tế được Medicare Part A và Part B bao trả. Mức giới hạn này được gọi là số tiền tự trả tối đa (MOOP) cho các dịch vụ y tế. Đối với năm theo lịch 2025, số tiền này là \$9,350.

Số tiền quý vị trả cho các khoản đồng thanh toán và đồng bảo hiểm cho các dịch vụ được bao trả được tính vào số tiền tự trả tối đa này. Số tiền mà quý vị trả cho thuốc theo toa Phần D thì không được tính vào số tiền tự trả tối đa của quý vị. Ngoài ra, những khoản tiền quý vị trả cho một số dịch vụ thì không được tính vào số tiền tự trả tối đa của quý vị. Các dịch vụ này được đánh dấu hoa thị (*) trong Bảng Quyền Lợi Y Tế. Nếu quý vị đạt đến số tiền tự trả tối đa là \$9,350, quý vị sẽ không phải thanh toán bất kỳ chi phí tự trả nào nữa cho đến cuối năm cho các dịch vụ được Phần A và Phần B bao trả. Tuy nhiên, quý vị phải tiếp tục trả phí phí bảo hiểm Medicare Part B (trừ khi phí bảo hiểm Phần B được trả bởi Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii hay một bên thứ ba khác).

PHẦN 2 Sử dụng *Bảng Quyền Lợi Y Tế* để tìm hiểu những gì được bao trả

Phần 2.1 Quyền lợi y tế đối với hội viên của chương trình

Bảng Quyền Lợi Y Tế ở các trang kế tiếp, liệt kê các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả. Bảo hiểm thuốc kê đơn Phần D nằm trong Chương 5. Các dịch vụ liệt kê trong Bảng Quyền Lợi Y Tế chỉ được chi trả khi nào đáp ứng các yêu cầu về bảo hiểm sau đây:

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

- Các dịch vụ được bao trả bởi Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Medicare và Hawaii phải được cung cấp theo các hướng dẫn bảo hiểm do Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Medicare và Hawaii thiết lập.
- Dịch vụ của quý vị (bao gồm dịch vụ chăm sóc y tế, dịch vụ, tiếp liệu, thiết bị và thuốc theo toa Phần B) *phải* cần thiết về mặt y tế. Cần thiết về mặt y tế có nghĩa là các dịch vụ, tiếp liệu, hoặc thuốc cần thiết để phòng bệnh, chẩn đoán, hoặc chữa trị cho bệnh lý của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp thuận về thực hành y khoa.
- Đối với những người ghi danh mới, chương trình chăm sóc phối hợp MA của quý vị phải cung cấp giai đoạn chuyển tiếp tối thiểu 90 ngày, trong thời gian đó chương trình MA mới không thể yêu cầu sự ủy quyền trước cho bất kỳ quá trình điều trị nào đang diễn ra, ngay cả khi quá trình điều trị là cho một dịch vụ bắt đầu với một nhà cung cấp ngoài mạng lưới.
- Quý vị có một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) cung cấp và giám sát dịch vụ chăm sóc của quý vị.
- Một số dịch vụ trong Bảng Quyền Lợi Y Tế *chỉ* được bao trả khi bác sĩ của quý vị hay nhà cung cấp dịch vụ khác trong mạng lưới có được sự ủy quyền trước từ chúng tôi. Các dịch vụ được bao trả, cần sự đồng ý chấp thuận trước, được in nghiêng trong Bảng Quyền Lợi Y Tế.
- Nếu chương trình chăm sóc phối hợp của quý vị phê duyệt yêu cầu sự ủy quyền trước cho một quá trình điều trị, quyết định phê duyệt phải có hiệu lực miễn là hợp lý về mặt y tế và cần thiết để tránh gián đoạn việc chăm sóc theo tiêu chí bảo hiểm hiện hành, bệnh sử của quý vị và khuyến cáo của nhà cung cấp dịch vụ điều trị.

Những thứ quan trọng khác để hiểu biết về mức bảo hiểm của chúng tôi:

- Quý vị được bao trả bởi cả Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Medicare và Hawaii. Medicare bao trả dịch vụ chăm sóc sức khỏe và thuốc theo toa. Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii bao trả phần chia sẻ chi phí của quý vị cho các dịch vụ Medicare, bao gồm các khoản tiền khấu trừ và đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm của Medicare cho các dịch vụ nội trú và ngoại trú trong bệnh viện và các lần thăm khám tại phòng khám bác sĩ. Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii cũng bao trả các dịch vụ mà Medicare không bao trả như chăm sóc dài hạn, một số loại thuốc không kê toa, và các dịch vụ tại nhà và trong cộng đồng.
- Cũng như tất cả các chương trình bảo hiểm y tế Medicare, chúng tôi bao trả cho mọi thứ mà Original Medicare bao trả. (Nếu quý vị muốn biết thêm về bảo hiểm và chi phí của Original Medicare, hãy xem trong sổ tay *Medicare & Quý Vị năm 2025*. Xem trực tuyến tại www.medicare.gov hoặc yêu cầu bản sao bằng cách gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.)
- Mọi dịch vụ phòng bệnh được bao trả miễn phí trong Original Medicare, chúng tôi cũng bao trả dịch vụ miễn phí cho quý vị.
- Nếu Medicare bổ sung bảo hiểm cho bất cứ các dịch vụ mới nào trong năm 2025, thì Medicare hoặc chương trình của chúng tôi sẽ bao trả cho các dịch vụ đó.
- Theo chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ cung cấp bảo hiểm cho một số quyền lợi của Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii theo yêu cầu trong thỏa thuận của chương trình

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

chúng tôi với Cơ Quan Medicaid Tiểu Bang của quý vị. Bảng Quyền Lợi Y Tế trong Chương 4 nêu rõ những quyền lợi nào được chương trình bao trả. Bảng Quyền Lợi Y Tế cũng sẽ nêu rõ bất kỳ giới hạn quyền lợi hoặc sự ủy quyền nào áp dụng. Để biết các dịch vụ được Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii bao trả, vui lòng tham khảo Bảng Quyền Lợi để biết danh sách đầy đủ các quyền lợi Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii bao trả. Nếu quý vị không nhận được Bản Tóm Tắt Quyền Lợi, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên và yêu cầu họ gửi cho quý vị một bản sao. Khoản chia sẻ chi phí của quý vị cho các dịch vụ được bao trả theo Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii nếu có, dựa trên mức độ hội đủ điều kiện tham gia Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii.

- Nếu quý vị đang ở trong giai đoạn sáu 6 tháng được coi là tiếp tục đủ điều kiện trong chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp tất cả các quyền lợi Medicare được chương trình Medicare Advantage bao trả. Tuy nhiên, trong giai đoạn này, chương trình Medicare Advantage không chịu trách nhiệm bao trả mọi quyền lợi Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii nằm trong Chương Trình Medicaid của Tiểu Bang của quý vị.

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

Thông Tin Quyền Lợi Quan Trọng cho Người Ghi Danh Đủ Điều Kiện Để Nhận “Trợ Giúp Bổ Sung”:

- Nếu quý vị được nhận “Trợ Giúp Bổ Sung” để thanh toán chi phí chương trình thuốc theo toa Medicare, chẳng hạn như phí bảo hiểm, khoản tiền khấu trừ và đồng bảo hiểm, quý vị có thể đủ điều kiện nhận các quyền lợi bổ sung có mục tiêu khác và/hoặc chia sẻ chi phí giảm có mục tiêu.
- Để biết thêm chi tiết, vui lòng chuyển đến hàng Thiết Kế Bảo Hiểm Dựa Trên Giá Trị (VBID) trong Bảng Quyền Lợi Y Tế bên dưới.
- Các hội viên đủ điều kiện để được miễn chia sẻ chi phí cho thuốc Phần D. Xem Chương 6 để biết thêm chi tiết.

Medicare chấp thuận cho WellCare Health Insurance of Arizona, Inc. cung cấp các quyền lợi này trong chương trình Thiết Kế Bảo Hiểm Dựa Trên Giá Trị. Chương trình này cho phép Medicare thử những cách mới để cải thiện các chương trình Medicare Advantage.



Quý vị sẽ nhìn thấy hình quả táo này cạnh các dịch vụ phòng bệnh trong bảng quyền lợi.

Bảng Quyền Lợi Y Tế

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Để biết các dịch vụ được Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii bao trả, vui lòng tham khảo Bảng Quyền Lợi để biết danh sách đầy đủ các quyền lợi Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii bao trả. Nếu quý vị không nhận được Bản Tóm Tắt Quyền Lợi, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên và yêu cầu họ gửi cho quý vị một bản sao. Khoản chia sẻ chi phí của quý vị cho các dịch vụ được bao trả theo Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii nếu có, dựa trên mức độ hội đủ điều kiện tham gia Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii. Vui lòng liên hệ với cơ quan Medicaid tiểu bang để xác định mức chia sẻ chi phí của quý vị.	
 Khám sàng lọc bệnh phình động mạch chủ ở bụng dưới Siêu âm một lần truy tầm bệnh, cho những ai có rủi ro mắc bệnh. Chương trình này chỉ đài thọ việc khám dò tìm này nếu quý vị có các yếu tố nguy cơ nhất định và nếu quý vị được giới thiệu của bác sĩ, phụ tá bác sĩ, y tá, hoặc chuyên viên y tá lâm sàng.	Không có đồng thanh toán, tiền đồng bảo hiểm hoặc tiền khấu trừ cho những người đủ điều kiện được khám sàng lọc phòng ngừa bệnh.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Châm cứu điều trị đau thắt lưng mãn tính Các dịch vụ được bao trả gồm có: Bao trả tối đa 12 lần thăm khám trong 90 ngày cho người thụ hưởng Medicare trong các trường hợp sau: Đối với mục đích của quyền lợi này, chứng đau thắt lưng mãn tính được xác định là: • kéo dài 12 tuần hoặc lâu hơn; • không cụ thể, vì không có nguyên nhân hệ thống có thể xác định được (tức là không liên quan đến bệnh di căn, viêm, truyền nhiễm v.v.); • không liên quan đến phẫu thuật; và • không liên quan đến thai kỳ. Tám buổi châm cứu bổ sung sẽ được bao trả cho những bệnh nhân có sự cải thiện. Mỗi năm không được thực hiện quá 20 đợt châm cứu. Phải ngừng điều trị nếu bệnh nhân không cải thiện hoặc không hồi phục. Các Yêu Cầu Đối Với Nhà Cung Cấp: Các bác sĩ (như định nghĩa trong 1861(r)(1) của Đạo Luật An Sinh Xã Hội (Đạo Luật)) có thể cung cấp dịch vụ châm cứu phù hợp với các yêu cầu hiện hành của tiểu bang. Các trợ lý bác sĩ (PA), chuyên viên điều dưỡng (NP)/chuyên gia điều dưỡng lâm sàng (CNS) (như quy định trong 1861(aa) (5) của Đạo Luật) và nhân viên phụ trợ có thể cung cấp dịch vụ châm cứu nếu họ đáp ứng được tất cả các yêu cầu hiện hành của tiểu bang và có: • bằng thạc sĩ hoặc tiến sĩ về châm cứu hoặc Đông Y từ một trường được Ủy Ban Chứng Nhận Chất Lượng Châm Cứu và Đông Y Học (ACAOM) chứng nhận; và,	Đồng thanh toán \$0 cho dịch vụ châm cứu được Medicare bao trả thực hiện tại phòng mạch PCP. Khoản đồng thanh toán \$0 cho dịch vụ châm cứu được Medicare bao trả thực hiện tại phòng mạch Bác Sĩ Chuyên Khoa. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho dịch vụ châm cứu được Medicare bao trả thực hiện tại phòng mạch của Bác sĩ trị liệu thần kinh cột sống. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
- hiện có giấy phép còn hiệu lực đầy đủ và không bị hạn chế để hành nghề châm cứu trong Tiểu Bang, Vùng Lãnh Thổ hoặc Khối Thịnh Vượng Chung (ví dụ như Puerto Rico) của Hoa Kỳ, hoặc District Columbia. Nhân viên phụ trợ cung cấp dịch vụ châm cứu phải được giám sát thích hợp bởi một bác sĩ, PA, hoặc NP/CNS theo quy định của chúng tôi tại điều 42 CFR §§ 410.26 và 410.27. Châm cứu cho các bệnh lý khác 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 khách có thắc mắc về cách sử dụng quyền 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 chuyến thăm khám theo dõi tại phòng mạch — có thể cần đến châm cứu hoặc khám lại - Ý kiến thứ nhì từ một nhà cung cấp khác trong mạng lưới - Dịch vụ khẩn cấp và cấp cứu Để được hỗ trợ tìm nhà nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới, quý vị có thể gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên.	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám châm cứu bổ sung (Không được Medicare bao trả).* <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i>

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

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ xe cứu thương Các dịch vụ cứu thương được bao trả, cho dù trong tình huống cấp cứu hay không cấp cứu, bao gồm dịch vụ máy bay cấp cứu, trực thăng cấp cứu và cứu thương đường bộ, tới cơ sở thích hợp gần nhất có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc chỉ trong trường hợp cơ sở đó được trang bị phương tiện vận chuyển thích hợp cho hội viên có tình trạng y tế không thể vận chuyển bằng các phương tiện khác hoặc nếu được chương trình cho phép. Nếu dịch vụ xe cứu thương được bao trả không phải cho trường hợp cấp cứu, cần ghi nhận rằng tình trạng sức khỏe của hội viên đang nguy kịch, nếu được vận chuyển cách khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe người đó và việc vận chuyển bằng xe cứu thương là việc cần thiết về mặt y tế.	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi chuyến đi một chiều cho các dịch vụ cứu thương đường bộ được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu sự ủy quyền trước đối với vận chuyển bằng máy bay không khẩn cấp.</i> Đồng thanh toán \$0 cho mỗi chuyến đi một chiều cho các dịch vụ cứu thương đường hàng không được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu sự ủy quyền trước đối với vận chuyển bằng máy bay không khẩn cấp.</i> Khoản chia sẻ chi phí sẽ không được miễn nếu quý vị nhập viện để chăm sóc Nội Trú.
Khám sức khỏe định kỳ hàng năm Khám sức khỏe hàng năm gồm có khám tim, phổi, bụng và hệ thần kinh cũng như khám cơ thể (ở đầu, cổ và tứ chi) và tiền sử chi tiết về y tế/tiền sử của gia đình, ngoài những dịch vụ được cung cấp trong buổi Khám Sức Khỏe Hàng Năm.	Đồng thanh toán \$0 cho một lần khám sức khỏe định kỳ hàng năm.*

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
 Khám sức khỏe hàng năm Nếu quý vị đã có bảo hiểm Phần B lâu hơn 12 tháng, quý vị có thể lấy hẹn cho chuyến thăm khám sức khỏe hàng năm để phát triển hoặc cập nhật chương trình phòng bệnh cá nhân dựa trên sức khỏe hiện tại của quý vị và các yếu tố rủi ro. Chương trình của chúng tôi sẽ bao trả cho lần khám sức khỏe hàng năm một lần mỗi năm theo lịch . Lưu ý: Lần Khám sức khỏe hàng năm đầu tiên của quý vị không được diễn ra trong vòng 12 tháng kể từ lần thăm khám vào dịp <i>Chào mừng đến với Medicare</i> để ngừa bệnh của quý vị. Tuy nhiên, quý vị không cần phải thăm khám vào dịp <i>Chào mừng đến với Medicare</i> để được bao trả cho các lần khám sức khỏe hàng năm sau khi quý vị đã có Phần B lâu hơn 12 tháng.	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho thăm khám sức khỏe hàng năm.
 Đo mật độ xương Đối với những người đủ điều kiện (nói chung điều này nghĩa là những người có nguy cơ bị giảm khối lượng xương hoặc có nguy cơ bị loãng xương), các dịch vụ sau đây được bao trả mỗi 24 tháng hoặc thường xuyên hơn nếu cần thiết về mặt y tế: các thủ thuật xác định mật độ xương, phát hiện giảm khối lượng xương hoặc xác định chất lượng xương, bao gồm giải thích kết quả của bác sĩ.	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ đối với biện pháp đo khối lượng xương được Medicare bao trả.
 Khám sàng lọc ung thư vú (chụp X-quang vú) Các dịch vụ được bao trả gồm có: • Một lần chụp quang tuyến vú căn bản cho vú cho phụ nữ giữa độ tuổi 35 và 39 • Một lần chụp quang tuyến vú để khám nghiệm sàng lọc, một lần mỗi 12 tháng, cho phụ nữ từ 40 tuổi trở lên • Khám vú lâm sàng, 24 tháng một lần	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ đối với chụp X quang vú sàng lọc được bao trả.

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

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ phục hồi tim mạch Các chương trình toàn diện cho các dịch vụ phục hồi chức năng tim mạch bao gồm thể dục, giáo dục và khuyên giải được hãng bảo hiểm chi trả phí tổn, cho các hội viên đáp ứng một số điều kiện, với giấy yêu cầu của bác sĩ. Chương trình bảo hiểm này cũng chi trả phí tổn cho các chương trình phục hồi chức năng chức năng tim chuyên sâu tập luyện nặng hơn các chương trình phục hồi chức năng tim khác.	Đồng thanh toán \$0 cho dịch vụ phục hồi chức năng tim được Medicare bao trả. Đồng thanh toán \$0 cho dịch vụ phục hồi chức năng tim chuyên sâu được Medicare bao trả.
 Khám giảm thiểu rủi ro bệnh tim mạch (trị liệu cho bệnh tim mạch) Chúng tôi chi trả một chuyến khám bác sĩ chăm sóc ban đầu hàng năm, để giúp giảm rủi ro bệnh tim mạch cho quý vị. Trong lần thăm khám này, bác sĩ có thể thảo luận về việc sử dụng aspirin (nếu thích hợp), kiểm tra huyết áp và tư vấn để đảm bảo quý vị ăn uống lành mạnh.	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay khấu trừ cho quyền lợi phòng ngừa bệnh tim mạch bằng trị liệu hành vi chuyên sâu.
 Kiểm tra bệnh tim mạch Xét nghiệm máu để phát hiện bệnh tim mạch (hoặc các chỉ số bất thường, liên quan tới nguy cơ gia tăng về bệnh tim mạch), mỗi 5 năm (60 tháng) một lần.	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay khấu trừ cho kiểm tra bệnh tim mạch được bao trả 5 năm một lần.
 Khám sàng lọc bệnh ung thư cổ tử cung và âm đạo Các dịch vụ được bao trả gồm có: • Cho mọi phụ nữ: Có bảo hiểm khi khám cổ tử cung và khám phụ khoa, một lần mỗi 24 tháng • Nếu quý vị có rủi ro bị ung thư cổ tử cung hoặc âm đạo cao hoặc đang ở độ tuổi sinh con và từng có kết quả bất thường khi xét nghiệm Pap trong vòng 3 năm trở lại đây: một lần xét nghiệm Pap mỗi 12 tháng	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay khấu trừ cho xét nghiệm phết tế bào cổ tử cung (Pap) và kiểm tra khung xương chậu phòng ngừa được Medicare bao trả.
Dịch vụ trị liệu thần kinh cột sống Các dịch vụ được bao trả gồm có: • Dịch vụ nắn chỉnh cột sống bằng tay để chữa sai khớp	Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ chỉnh trị liệu thần kinh cột sống được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Chương trình của chúng tôi cũng bao trả cho lần khám trị liệu thần kinh cột sống bổ sung (Không được Medicare bao trả) tối đa tổng cộng 12 lần mỗi năm. Các dịch vụ trị liệu thần kinh cột sống bổ sung (Không được Medicare bao trả) để hỗ trợ lưng, cổ hoặc khớp tay và chân chỉ khi cần thiết về mặt y tế. Các dịch vụ trị liệu thần kinh cột sống được bao trả gồm có: • Một lần khám đầu tiên (khám cho bệnh nhân mới hoặc khám cho bệnh nhân chính thức để đánh giá lần đầu tiên một vấn đề sức khỏe mới phát sinh hoặc một cơn bùng phát bệnh mới). • Các lần khám lại (Khám bệnh nhân chính thức, khi cần thiết để đánh giá tiến triển hoặc điều chỉnh điều trị), Nắn cột sống hoặc khớp và/hoặc các dịch vụ khác (những dịch vụ này có thể được cung cấp trong cùng một lần khám như một lần kiểm tra) • X-quang và các dịch vụ xét nghiệm khi được cung cấp bởi hoặc giới thiệu bởi một bác sĩ trị liệu thần kinh cột sống có hợp đồng. X-quang và các dịch vụ xét nghiệm được thực hiện bên ngoài lần khám của một bệnh nhân chính thức sẽ quyết định khoản đồng thanh toán của bệnh nhân đó. Để được hỗ trợ tìm nhà nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới, quý vị có thể gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên. Lưu ý: Bảo hiểm cho các dịch vụ trị liệu thần kinh cột sống định kỳ là một quyền lợi bổ sung do chương trình cung cấp. Cả Medicare và Hawaii Med-QUEST Chương Trình Bộ Phận (Medicaid) của Hawaii sẽ thanh toán phần chia sẻ chi phí của quý vị cho các dịch vụ này.	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám bác sĩ trị liệu thần kinh cột sống bổ sung (Không được Medicare bao trả).* <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
 Khám sàng lọc ung thư đại tràng Các kiểm tra tầm soát sau được bao trả: - Nội soi đại tràng không có giới hạn độ tuổi tối thiểu hoặc tối đa và được bao trả mỗi 120 tháng (10 năm) một lần đối với bệnh nhân không có nguy cơ cao, hoặc 48 tháng sau khi nội soi đại tràng sigma bằng ống soi mềm trước đó đối với bệnh nhân không có nguy cơ cao bị ung thư đại trực tràng, và 24 tháng một lần đối với các bệnh nhân có nguy cơ cao sau khi sàng lọc nội soi đại tràng hoặc thực bari chụp X-quang đại tràng trước đó. - Nội soi đại tràng sigma bằng ống soi mềm cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. 120 tháng một lần đối với bệnh nhân không có nguy cơ cao sau khi bệnh nhân đã được sàng lọc nội soi đại tràng. 48 tháng một lần đối với các bệnh nhân có nguy cơ cao từ lần cuối cùng nội soi đại tràng sigma bằng ống soi mềm hoặc thực bari chụp X-quang đại tràng. - Xét nghiệm máu ẩn trong phân sàng lọc cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. 12 tháng một lần. - Xét nghiệm DNA trong phân nhiều mục tiêu cho bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng các tiêu chí nguy cơ cao. 3 năm một lần. - Xét nghiệm dấu ấn sinh học trong máu cho bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng các tiêu chí nguy cơ cao. 3 năm một lần.	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ cho dịch vụ khám tầm soát ung thư đại trực tràng được Medicare bao trả, ngoại trừ thực bari chụp X-quang đại tràng sẽ áp dụng khoản đồng bảo hiểm. Nếu bác sĩ tìm thấy và cắt polyp hoặc mô khác trong quá trình nội soi đại tràng hoặc nội soi đại tràng sigma bằng ống soi mềm, khám sàng lọc sẽ trở thành khám chẩn đoán và chịu \$0 đồng thanh toán cho dịch vụ bác sĩ của quý vị. Đối với dịch vụ nội soi đại tràng chẩn đoán được Medicare bao trả, xin xem thêm phần “Phẫu Thuật Ngoại Trú” ở phần trước của bảng này để biết các khoản chia sẻ chi phí áp dụng cho các lần thăm khám tại trung tâm giải phẫu cấp cứu hoặc trong một bệnh viện ngoại trú.

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

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
- Thụt bari chụp X-quang đại tràng như một biện pháp thay thế nội soi đại tràng cho bệnh nhân có nguy cơ cao và vào 24 tháng kể từ lần thụt bari chụp X-quang đại tràng sàng lọc cuối cùng hoặc lần nội soi đại tràng sàng lọc cuối cùng. - Thụt bari chụp X-quang đại tràng như một biện pháp thay thế cho nội soi đại tràng sigma bằng ống soi mềm cho bệnh nhân không có nguy cơ cao và từ 45 tuổi trở lên. Một lần sau ít nhất 48 tháng kể từ lần thụt bari chụp X-quang đại tràng sàng lọc cuối cùng hoặc lần nội soi đại tràng sigma bằng ống soi mềm sàng lọc cuối cùng. Các xét nghiệm tầm soát ung thư đại trực tràng bao gồm nội soi đại tràng sàng lọc tiếp theo sau khi xét nghiệm phân tầm soát ung thư đại trực tràng không xâm lấn được Medicare bao trả có kết quả dương tính.	Đồng thanh toán \$0 cho các Dịch Vụ Thụt Bari được Medicare bao trả.
Dịch vụ nha khoa Nói chung, các dịch vụ nha khoa phòng ngừa (như vệ sinh, khám răng định kỳ, và chụp hình X-quang nha khoa) thì không được Original Medicare chi trả phí tổn. Tuy nhiên, Medicare hiện trả tiền dịch vụ nha khoa trong một số ít trường hợp, cụ thể là khi dịch vụ đó là một phần không thể tách rời của việc điều trị cụ thể cho bệnh lý chính của người thụ hưởng. Một số ví dụ bao gồm tái tạo hàm sau chấn thương hoặc gãy xương, nhổ răng để chuẩn bị xạ trị điều trị ung thư liên quan đến hàm hoặc khám miệng trước khi ghép thận. Ngoài ra, chúng tôi còn bao trả: <u>Các dịch vụ khám răng bổ sung (ví dụ: khám định kỳ)</u> Số tiền tự trả của quý vị có thể cao hơn khi quý vị sử dụng nha sĩ ngoài mạng lưới. Các nhà cung cấp dịch vụ nha khoa ngoài mạng lưới không được ký hợp đồng chấp nhận thanh toán của chương trình dưới dạng thanh toán đầy đủ. Nếu họ tính phí cho quý vị nhiều hơn số tiền Chương trình chi trả, quý vị phải chịu trách nhiệm về khoản chênh lệch, ngay cả đối với các dịch vụ có khoản đồng thanh toán \$0. Chương trình có khoản trợ cấp quyền lợi \$3,000 mỗi năm cho tất cả các dịch vụ Nha Khoa Toàn Diện trong và ngoài mạng lưới được bao trả. Quý vị chịu trách nhiệm cho những khoản vượt quá giới hạn quyền lợi.*	Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ nha khoa được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i> <u>Khám răng bổ sung (ví dụ: khám định kỳ)</u>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Chăm Sóc Nha Khoa Chẩn Đoán và Phòng Ngừa (các dịch vụ được bao trả bao gồm như sau.) - Các dịch vụ nha khoa Chẩn Đoán khác - 1 dịch vụ nha khoa khác mỗi ngày đến 1 năm tùy thuộc vào loại dịch vụ - Các dịch vụ Nha Khoa Phòng Ngừa khác - 1 dịch vụ mỗi ngày đến 1 năm tùy thuộc vào loại dịch vụ. Chăm Sóc Răng Toàn Diện (Các dịch vụ được bao trả bao gồm như sau.)	Nha Khoa Chẩn Đoán và Phòng Ngừa Trong mạng lưới Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ nha khoa chẩn đoán khác mỗi lần thăm khám.* <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i> Ngoài mạng lưới Đồng bảo hiểm 25% cho các dịch vụ nha khoa chẩn đoán khác mỗi lần thăm khám.* <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i> Trong mạng lưới Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ nha khoa phòng ngừa khác mỗi lần thăm khám.* <i>Quý vị có thể phải có Sự Ủy Quyền Trước.</i> Ngoài mạng lưới Đồng bảo hiểm 25% cho các dịch vụ nha khoa phòng ngừa khác mỗi lần thăm khám.* <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i> Nha Khoa Toàn Diện

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ phục hồi - 12 đến 84 tháng 1 lần, tùy thuộc vào loại dịch vụ	Trong mạng lưới Đồng thanh toán \$0 cho mỗi dịch vụ phục hồi.* <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i> Ngoài mạng lưới Đồng bảo hiểm 25% cho mỗi dịch vụ phục hồi.* <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i>
Nội Khoa Răng Miệng - 1 lần mỗi chiếc răng	Trong mạng lưới Đồng thanh toán \$0 cho mỗi dịch vụ nội khoa răng miệng.* <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i> Ngoài mạng lưới Đồng bảo hiểm 25% cho mỗi dịch vụ nội khoa răng miệng.* <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i>
Dịch vụ nha chu - mỗi 6 đến 36 tháng, tùy thuộc vào loại dịch vụ	Trong mạng lưới Đồng thanh toán \$0 cho mỗi dịch vụ nha chu.* <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i> Ngoài mạng lưới Đồng bảo hiểm 25% cho mỗi dịch vụ nha chu.* <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
- Phục hình răng miệng - tháo lắp - 1 răng giả mỗi 6 đến 5 năm tùy thuộc vào loại dịch vụ - Phục Hình Răng Miệng - cố định - 1 mỗi 7 năm - Phẫu Thuật Răng/Hàm Mặt - một lần trong đời	Trong mạng lưới Đồng thanh toán \$0 cho mỗi dịch vụ răng giả tháo lắp.* * Có thể yêu cầu <i>Sự Ủy Quyền Trước</i>. Ngoài mạng lưới Đồng bảo hiểm 25% cho mỗi dịch vụ răng giả tháo lắp.* <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước</i>. Trong mạng lưới Đồng thanh toán \$0 cho mỗi dịch vụ răng giả cố định.* <i>Quý vị có thể phải có Sự Ủy Quyền Trước</i>. Ngoài mạng lưới Đồng bảo hiểm 25% cho mỗi dịch vụ răng giả cố định.* <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước</i>. Trong mạng lưới Đồng thanh toán \$0 cho mỗi dịch vụ răng hàm mặt.* <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước</i>. Ngoài mạng lưới Đồng bảo hiểm 25% cho mỗi dịch vụ răng hàm mặt.* <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước</i>.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
(Các) dịch vụ phụ thuộc chung - không giới hạn mỗi năm Trước khi nhận các dịch vụ, hội viên nên thảo luận về các chọn lựa cách điều trị với một nha sĩ tham gia cung cấp dịch vụ chăm sóc răng định kỳ. Phải bắt đầu và hoàn thành điều trị trong khi được chương trình đài thọ trong suốt năm chương trình. Hội viên phải chịu trách nhiệm thanh toán chi phí của các dịch vụ nha khoa không 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, xin gọi Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên. Thông tin về bảo hiểm nha khoa bổ sung bao gồm một danh sách chi tiết các thủ thuật được bao trả cũng có trên trang web của chúng tôi. Truy cập www.wellcare.com/ohana, mở rộng menu “Members” (Hội Viên) ở đầu trang web và chọn Find my plan (Tìm chương trình của tôi) trong “Medicare”. Chọn chương trình Medicare, nhập mã zip của quý vị và nhấn search (tìm kiếm). Tìm Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) trong danh sách và nhấp vào Go to my plan details (Đi đến chi tiết chương trình của tôi). Xem bên dưới phần Tài Liệu Cụ Thể Của Chương Trình để tìm Chi Tiết Quyền Lợi Nha Khoa cho chương trình này. Lưu ý: Bảo hiểm cho các dịch vụ khám răng định kỳ là một quyền lợi bổ sung do chương trình cung cấp. Cả Medicare hoặc Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii sẽ không thanh toán phần chia sẻ chi phí của quý vị cho những dịch vụ này. Các hội viên cũng đăng ký Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii có thể đủ điều kiện hưởng bảo hiểm phụ của Tiểu Bang cho các dịch vụ nha khoa phụ trội này. Trước khi	Trong mạng lưới Đồng thanh toán \$0 cho mỗi dịch vụ phụ thuộc chung. * <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i> Ngoài mạng lưới Đồng đồng bảo hiểm 25% cho mỗi dịch vụ phụ thuộc chung.* <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
nhận dịch vụ nha khoa, hãy hỏi nhà cung cấp xem họ có thể gửi hóa đơn cho Medicaid với tư cách là chương trình trả tiền phụ hay không. Hãy nhớ cung cấp cho nhà cung cấp Thẻ nhận dạng Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii của quý vị.	
Khám sàng lọc trầm cảm Mỗi năm, chúng tôi chi trả phí tổn cho một cuộc khám nghiệm truy tầm bệnh trầm cảm. Lần khám sàng lọc này phải được thực hiện tại một cơ sở chăm sóc chính có thể cung cấp việc điều trị tiếp theo và/hoặc đưa giấy giới thiệu.	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay khấu trừ cho thăm khám sàng lọc trầm cảm hàng năm.
Khám sàng lọc bệnh tiểu đường Chúng tôi bao trả cho loại khám sàng lọc này (kể cả xét nghiệm glucose khi nhịn đói), nếu quý vị có bất cứ yếu tố rủi ro gì sau đây: cao huyết áp (tăng huyết áp), có tiền sử về mức cholesterol và triglyceride bất thường (rối loạn lipid máu), béo phì hoặc có tiền sử đường huyết cao (glucose). Các thử nghiệm có thể được chi trả, nếu quý vị đáp ứng các điều kiện đòi hỏi khác, như tình trạng nặng ký và quá trình của một gia đình có bệnh tiểu đường. Quý vị có thể đủ điều kiện được khám sàng lọc bệnh tiểu đường tối đa hai lần mỗi 12 tháng sau ngày xét nghiệm sàng lọc bệnh tiểu đường gần đây nhất.	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay khấu trừ cho các xét nghiệm sàng lọc bệnh tiểu đường được Medicare bao trả.
Chương trình đào tạo giúp tự kiểm soát bệnh tiểu đường, các dịch vụ và vật dụng y tế cho bệnh nhân tiểu đường Cho tất cả những người có bệnh tiểu đường (dùng insulin và không dùng insulin). Các dịch vụ được bao trả gồm có: Các tiếp liệu y tế để theo dõi mức glucose trong máu quý vị: Máy theo dõi đường glucose trong máu, các que giấy thử đường glucose trong máu, dụng cụ bắn kim và kim chích, và các dung dịch kiểm soát glucose để kiểm tra mức độ chính xác của các que giấy thử đường trong máu và các máy theo dõi đường trong máu.	Đồng thanh toán \$0 cho vật dụng theo dõi bệnh tiểu đường được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
- Đối với những ai có bệnh tiểu đường, bị bệnh bàn chân trầm trọng do bệnh tiểu đường: Một đôi giày mỗi năm, chế tạo riêng biệt cho trị liệu (gồm các miếng lót trong giày cung cấp chung) và thêm hai cặp miếng lót trong giày hoặc một cặp giày có chiều sâu và ba cặp miếng lót trong giày (không gồm các miếng lót chưa được điều chỉnh riêng biệt cho trị liệu, cung cấp kèm theo loại giày như vậy). Mức bảo hiểm bao gồm dịch vụ điều chỉnh vừa vặn. - Được bao trả cho huấn luyện tự kiểm soát bệnh tiểu đường, trong một số điều kiện nhất định. Các sản phẩm OneTouch® của Lifescan là vật dụng xét nghiệm bệnh tiểu đường ưu tiên của chúng tôi (máy đo đường và giấy thử). Để có thêm thông tin về các vật dụng trong danh sách vật dụng xét nghiệm bệnh tiểu đường ưu tiên của chúng tôi, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên. Nếu quý vị dùng các vật dụng kiểm tra bệnh tiểu đường không được ưu tiên trong chương trình thì nên yêu cầu nhà cung cấp cho toa thuốc mới, hoặc để yêu cầu sự ủy quyền trước để có một máy đo đường huyết và que thử không được chương trình ưu tiên.	\$0 đồng thanh toán cho giày trị liệu hoặc miếng lót cho những người bị bệnh ở chân nghiêm trọng do tiểu đường được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho chương trình tập huấn về tự quản lý bệnh tiểu đường được Medicare bao trả.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Thiết bị y tế lâu bền (DME) và tiếp liệu liên quan (Để biết định nghĩa về thiết bị y tế lâu bền, xem Chương 12 cũng như Chương 3, Phần 7 của tài liệu này). Các mục được hãng bảo hiểm bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn: xe lăn, nạng, hệ thống chặn đệm chạy điện, tiếp liệu cho bệnh tiểu đường, giường bệnh viện do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe yêu cầu chương trình cung cấp cho quý vị để sử dụng tại nhà, máy bơm thuốc vào tĩnh mạch được truyền qua nước biển IV, thiết bị phát âm, thiết bị cung cấp oxy, máy xông khí dung, và khung tập đi. Chúng tôi bao trả cho tất cả DME, cần thiết về mặt y tế, được bao trả qua Original Medicare. Nếu nhà cung cấp của chúng tôi trong vùng quý vị không có bán thương hiệu hay công ty sản xuất đặc biệt nào đó, thì quý vị có thể yêu cầu họ đặt mua máy này riêng cho mình. Danh sách mới nhất của các nhà cung cấp có trên trang web của chúng tôi tại www.2025wellcaredirectorries.com.	<i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho thiết bị y tế lâu bền được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho các vật dụng y tế được Medicare bao trả. Phần chia sẻ chi phí của quý vị đối với bảo hiểm thiết bị oxy Medicare là \$0 đồng thanh toán mỗi 36 tháng. Phần chia sẻ chi phí của quý vị sẽ không thay đổi sau khi ghi danh trong 36 tháng. Nếu trước khi ghi danh vào chương trình của chúng tôi, quý vị đã thanh toán tiền thuê thiết bị oxy được bảo hiểm cho 36 tháng thì phần chia sẻ chi phí của quý vị trong chương trình của chúng tôi là \$0 đồng thanh toán.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc cấp cứu Cấp cứu là nói tới các dịch vụ: - Được cung cấp bởi một y sĩ hay y viện (bác sĩ, chuyên gia y tế, cơ sở y tế, nhà thuốc, nhà cung cấp dịch vụ) hợp lệ cung cấp các dịch vụ cấp cứu, và - Cần thiết để thăm định hoặc ổn định một tình trạng y tế khẩn cấp. Trường hợp cấp cứu y tế là khi quý vị, hay một người không hành nghề y có trí tuệ minh mẫn nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và thuốc men, cho rằng quý vị có các triệu chứng y khoa cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để ngăn ngừa tử vong (và thai nhi tử vong nếu quý vị là phụ nữ mang thai), mất chân tay, hay chân tay không hoạt động được. Các triệu chứng y khoa có thể là bệnh tật, thương tích, đau nặng hoặc tình trạng bệnh trạng nhanh chóng trở nên tồi tệ hơn. Chia sẻ chi phí cho các dịch vụ cấp cứu cần thiết được cung cấp ngoài mạng lưới bằng với các dịch vụ được cung cấp trong mạng lưới. Các dịch vụ cấp cứu bên ngoài Hoa Kỳ được đài thọ.	Đồng thanh toán \$0 cho các lần thăm khám tại phòng cấp cứu được Medicare bao trả. Nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu từ một bệnh viện ngoài mạng lưới và cần chăm sóc nội trú sau khi tình trạng cấp cứu của mình đã ổn định, quý vị phải quay lại một bệnh viện trong mạng lưới để tiếp tục được bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị hoặc quý vị phải được chăm sóc nội trú tại bệnh viện ngoài mạng lưới được chương trình chấp thuận và chi phí của quý vị là phần chia sẻ chi phí mà quý vị sẽ phải trả cho một bệnh viện trong mạng lưới. Khoản đồng thanh toán \$110 cho các dịch vụ cấp cứu bên ngoài Hoa Kỳ.* Quý vị thanh toán số tiền này kể cả khi quý vị nhập viện trong vòng 24 giờ cho cùng một căn bệnh. Quý vị được bao trả tối đa \$50,000 mỗi năm cho các dịch vụ cấp cứu hoặc các dịch vụ cần thiết khẩn cấp bên ngoài Hoa Kỳ.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
 Các chương trình giáo dục về sức khỏe và sự khỏe mạnh Đường dây y tá tư vấn Huấn luyện qua điện thoại và tư vấn điều dưỡng từ các bác sĩ được huấn luyện. Đường dây y tá tư vấn thường trực 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần để giải đáp các thắc mắc liên quan đến sức khỏe. Quý vị có thể gọi đến đường dây y tá tư vấn bằng cách gọi đến bộ phận Dịch Vụ Hội Viên để được chuyển tiếp đến đường dây y tá tư vấn. Quyền lợi về thể dục Chương trình của chúng tôi cung cấp một chương trình thể dục cho phép tiếp cận các địa điểm thể dục trên toàn quốc. Để giúp hỗ trợ lối sống năng động và lành mạnh, quý vị được tiếp cận miễn phí các chức năng sau: - Thẻ Hội viên Trung tâm Thể dục: Chọn trong số một số trung tâm thể dục trực tiếp tham gia vào mạng lưới thể dục - Bộ Dụng Cụ Tập Thể Dục Tại Nhà: Quý vị có thể chọn từ nhiều Bộ Dụng Cụ Tập Thể Dục Tại Nhà, bao gồm thiết bị đeo tay theo dõi sức khỏe. Quý vị có thể nhận tối đa 1 bộ dụng cụ mỗi năm quyền lợi - Chương Trình Thể Dục Kỹ Thuật Số: Chọn trong số hàng nghìn video tập luyện theo yêu cầu thông qua thư viện kỹ thuật số - Chương trình Huấn Luyện Sức Khỏe 1:1 - Câu Lạc Bộ Sức Khỏe: Khám phá các tài nguyên phù hợp với sở thích và mục tiêu của quý vị bao gồm bài viết, video và các lớp học và sự kiện phát trực tiếp Để biết thêm thông tin về quyền lợi thể dục, vui lòng gọi bộ phận Dịch Vụ Hội Viên.	Đồng thanh toán \$0 cho đường dây y tá tư vấn.* Đồng thanh toán \$0 cho quyền lợi tập luyện thể chất.*

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ thính giác Nhà cung cấp của quý vị thực hiện khám tai chẩn đoán và đánh giá thính bằng để xem quý vị có cần điều trị y tế hay không, được bao trả dưới hình thức chăm sóc ngoại trú, khi do một bác sĩ, chuyên gia thính giác, hoặc nhà cung cấp đủ điều kiện khác thực hiện. Chương trình bảo hiểm của chúng tôi cũng bao trả cho các dịch vụ phụ trợ khám tai (ví dụ,định kỳ) sau đây: • 1 lần khám tai định kỳ mỗi năm. • 1 dụng cụ trợ thính hàng năm, thăm định và gắn vừa vặn. • 1 thiết bị trợ thính không cần cấy ghép mỗi tai tối đa \$500 mỗi năm. Giới hạn ở 2 thiết bị trợ thính không cần cấy ghép mỗi năm. Quyền lợi bao gồm bảo hành 3 năm, bao gồm trường hợp mất mát và hư hỏng với lượng pin đủ dùng trong 1 năm. Quý vị có trách nhiệm thanh toán mọi chi phí thiết bị trợ thính vượt quá quyền lợi tối đa ở trên. Thiết bị trợ thính bổ sung không được bao trả. Khám thính giác thường kỳ phải do một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới nhà cung cấp để nhận được toàn bộ quyền lợi thính lực do chương trình bao trả. Để biết thêm về thông tin liên hệ của nhà cung cấp dịch vụ thính giác và quyền lợi, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên. Lưu ý: Bảo hiểm cho các dịch vụ khám tai định kỳ là một quyền lợi bổ sung do chương trình cung cấp. Cả Medicare hoặc Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii sẽ không thanh toán phần chia sẻ chi phí của quý vị cho những dịch vụ này.	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần khám tai được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i> Khám tai bổ sung (ví dụ: khám định kỳ): Đồng thanh toán \$0 cho 1 lần khám tai định kỳ mỗi năm.* <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho 1 lần đánh giá và gắn thiết bị trợ thính mỗi năm.* <i>Có thể yêu cầu sự ủy quyền trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho 2 thiết bị trợ thính mỗi năm.* <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i>

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

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Liệu pháp truyền dịch tại nhà Liệu pháp truyền dịch tại nhà bao gồm sử dụng tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm dưới da thuốc hoặc sinh phẩm cho một cá nhân tại nhà. Các dụng cụ cần thiết để thực hiện truyền dịch tại nhà bao gồm thuốc (ví dụ: thuốc kháng vi-rút, globulin miễn dịch), thiết bị (ví dụ: ống bơm) và tiếp liệu y tế (ví dụ: ống dẫn và ống thông). Các dịch vụ được bao trả gồm có, mà không giới hạn: • Các dịch vụ chuyên môn, bao gồm dịch vụ chăm sóc được trang bị phù hợp với chương trình chăm sóc • Đào tạo và giáo dục cho bệnh nhân không được bao trả dưới quyền lợi thiết bị y tế lâu bền • Giám sát từ xa • Giám sát các dịch vụ cung cấp liệu pháp truyền dịch tại nhà và thuốc tiêm truyền tại nhà do nhà cung cấp liệu pháp truyền dịch tại nhà đủ điều kiện cung cấp	Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ chuyên môn từ Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (PCP), bao gồm đào tạo và giáo dục về dịch vụ chăm sóc điều dưỡng, các dịch vụ theo dõi và giám sát từ xa. Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ chuyên môn từ bác sĩ chuyên khoa, bao gồm dịch vụ chăm sóc điều dưỡng, đào tạo và giáo dục, các dịch vụ theo dõi và giám sát từ xa. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i> Thiết bị và tiếp liệu truyền dịch tại nhà được bao trả theo quyền lợi Thiết Bị Y Tế Lâu Bền (DME). Vui lòng tham khảo phần “Thiết bị y tế lâu bền (DME) và các tiếp liệu liên quan” để biết thông tin về khoản chia sẻ chi phí. Một số thuốc tiêm truyền tại nhà được đài thọ theo quyền lợi Thuốc Theo Toa Medicare Part B của quý vị. Vui lòng tham khảo phần “Thuốc Theo Toa Medicare Part B” để biết thông tin về khoản chia sẻ chi phí.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc cuối đời Quý vị đủ điều kiện nhận quyền lợi chăm sóc cuối đời khi bác sĩ của quý vị và giám đốc y khoa phụ trách dịch vụ chăm sóc cuối đời đưa ra cho quý vị dự đoán cuối cùng xác nhận rằng quý vị đang bị bệnh giai đoạn cuối và chỉ sống thêm được từ 6 tháng trở lại nếu bệnh lý phát triển bình thường. Quý vị có thể nhận sự chăm sóc y tế từ một chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận. Chương trình của quý vị có nghĩa vụ giúp quý vị tìm các chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận trong khu vực dịch vụ của chương trình, bao gồm các chương trình do tổ chức MA sở hữu, kiểm soát hoặc có lợi ích tài chính. Bác sĩ chăm sóc cuối đời cho quý vị có thể là một nhà cung cấp dịch vụ trong hay ngoài mạng lưới bảo hiểm. Các dịch vụ được bao trả gồm có: • Thuốc kiểm soát triệu chứng bệnh và giảm đau • Chăm sóc nghỉ ngơi ngắn-hạn • Chăm sóc tại nhà <u>Đối với các dịch vụ chăm sóc cuối đời và những dịch vụ được Medicare Part A hoặc Part B bao trả và liên quan đến tiền lương bệnh giai đoạn cuối của quý vị:</u> Original Medicare (không phải là chương trình chúng tôi) sẽ chi trả cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị và các dịch vụ chăm sóc cuối đời liên quan tới tình trạng bệnh nan y của quý vị. Trong khi quý vị ở trong chương trình chăm sóc cuối đời, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị sẽ gửi hóa đơn cho Original Medicare cho các dịch vụ mà Original Medicare chi trả. Quý vị sẽ được gửi hóa đơn cho phần chia sẻ chi phí Original Medicare.	Khi quý vị ghi danh vào một chương trình chăm sóc giai đoạn cuối đời được Medicare chứng nhận, thì các dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời và dịch vụ Phần A và Phần B liên quan đến tiền lương giai đoạn cuối dành cho quý vị, được Original Medicare chi trả, không phải chương trình của chúng tôi. Chia sẻ chi phí cho dịch vụ của bác sĩ có thể áp dụng cho các dịch vụ tư vấn chăm sóc cuối đời. Vui lòng xem phần “Dịch Vụ Của Bác Sĩ/Chuyên Viên” của bảng này để biết thông tin về chia sẻ chi phí.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<u>Đối với các dịch vụ chăm sóc cuối đời và những dịch vụ được bao trả theo chương trình Medicare Part A hoặc Part B và không có liên quan đến tình trạng bệnh nan y của quý vị:</u> Nếu quý vị cần các dịch vụ không cấp cứu, không phải là cần thiết khẩn cấp được Medicare Part A hoặc Part B bao trả mà không liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị, chi phí quý vị phải trả cho những dịch vụ này phụ thuộc vào việc quý vị có sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình và tuân theo các quy định của chương trình hay không (chẳng hạn như có yêu cầu xin chấp thuận trước). • Nếu quý vị nhận dịch vụ được bao trả từ nhà cung cấp trong mạng lưới và tuân theo các quy định của chương trình khi nhận dịch vụ, thì quý vị chỉ phải trả số tiền chia sẻ chi phí trong chương trình cho dịch vụ trong mạng lưới • Nếu quý vị nhận dịch vụ được bao trả từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, thì quý vị trả khoản chia sẻ chi phí theo chương trình Trả Phí Cho Dịch Vụ Của Medicare (Original Medicare) <u>Đối với các dịch vụ được chương trình của chúng tôi bao trả nhưng không được Medicare Part A hoặc Medicare Part B bao trả:</u> Chương trình của chúng tôi sẽ tiếp tục đài thọ cho các dịch vụ được chương trình đài thọ nhưng không được đài thọ theo Phần A hoặc B cho dù có liên quan tới tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị hay không. Quý vị trả khoản chia sẻ chi phí của chương trình cho các dịch vụ này.	

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

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<u>Thuốc có thể được đài thọ theo quyền lợi Phần D của chương trình:</u> Nếu những loại thuốc này không liên quan đến tình trạng chăm sóc cuối đời của quý vị, quý vị phải trả khoản chia sẻ chi phí. Nếu thuốc đó liên quan đến tình trạng chăm sóc cuối đời của quý vị thì quý vị phải trả phần chia sẻ chi phí của Original Medicare. Không có trường hợp nào mà thuốc được bao trả đồng thời bởi cả chương trình chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi. Để có thêm thông tin, vui lòng xem Chương 5, Phần 9.4 (<i>Nếu quý vị ở trong chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận thì sao?</i>) Lưu ý: Nếu quý vị cần sự chăm sóc không liên quan đến dịch vụ chăm sóc cuối đời (chăm sóc không liên quan tới tình trạng bệnh nan y của quý vị), thì quý vị nên liên lạc với chúng tôi để sắp xếp các dịch vụ. Chương trình của chúng tôi bao trả dịch vụ cố vấn về chăm sóc cuối đời (chỉ một lần) cho một người mắc bệnh giai đoạn cuối không chọn quyền lợi chăm sóc cuối đời.	
 Chủng Ngừa Medicare Part B chi trả cho các dịch vụ bao gồm: • Vắc-xin viêm phổi • Chủng ngừa (hoặc vắc-xin) bệnh cúm, một lần mỗi mùa cúm vào mùa thu và mùa đông, cùng chủng ngừa bệnh cúm (hoặc vắc-xin) bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế • Thuốc chích ngừa Viêm gan B nếu quý vị có rủi ro cao hay trung bình, có thể mắc bệnh Viêm gan B • vắc-xin COVID-19 • Các loại vắc-xin khác nếu quý vị có rủi ro và đáp ứng các quy định của Medicare Part B về mức bảo hiểm Chúng tôi cũng chi trả cho hầu hết các loại vắc-xin người lớn khác theo quyền lợi thuốc theo toa Phần D của chúng tôi. Chương trình của chúng tôi bao trả hầu hết các vắc-xin Phần D cho người lớn miễn phí cho hội viên từ 19 tuổi trở lên.	Khi chích ngừa bệnh viêm phổi, bệnh cúm, Viêm gan B và COVID-19, quý vị không phải trả khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ nào. Đối với các loại vắc-xin được Medicare bao trả khác (nếu quý vị đang có nguy cơ và vắc-xin đáp ứng các quy định bảo hiểm Medicare Part B), vui lòng tham khảo mục thuốc theo toa Medicare Part B của bảng này để biết mức chia sẻ chi phí đang áp dụng. <i>Một số thuốc Phần B cần sự ủy quyền trước mới được đài thọ.</i>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc tại bệnh viện cho bệnh nhân nội trú Bao gồm các dịch vụ cấp tính nội trú, phục hồi nội trú, chăm sóc lâu dài tại bệnh viện và các loại dịch vụ nội trú khác tại bệnh viện. Chăm sóc nội trú tại bệnh viện bắt đầu từ ngày quý vị chính thức nhập viện theo chỉ định của bác sĩ. Ngày trước khi xuất viện là ngày nằm viện cuối của quý vị. Quý vị được bao trả 90 ngày nằm viện nội trú được Medicare bao trả. Các dịch vụ được bao trả gồm có, mà không giới hạn: • Phòng nằm chung (hoặc một phòng riêng, nếu cần thiết về mặt y tế) • Các bữa ăn theo quy định ăn uống đặc biệt • Thường xuyên các dịch vụ y tá điều dưỡng • Phí tổn cho các đơn vị chăm sóc đặc biệt (như các phòng chăm sóc tích cực, hoặc chăm sóc tim mạch) • Thuốc men và dược phẩm • Các thử nghiệm của phòng thí nghiệm • Chụp quang tuyến và các dịch vụ khác về quang tuyến • Các tiếp liệu y tế cần thiết cho y tế và giải phẫu • Sử dụng các đồ dùng trong nhà, như xe lăn • Phí tổn cho phòng mổ và phòng hồi sinh • Các trị liệu để tăng thể lực, để tự chăm sóc, để luyện ngữ âm và ngôn ngữ • Các dịch vụ điều trị sử dụng chất gây nghiện nội trú	Đối với nằm viện được Medicare bao trả, mỗi lần nằm viện: \$0 đồng thanh toán cho mỗi lần nằm viện. Ngày Dự Trữ Trọn Đồi \$0 đồng thanh toán mỗi ngày. Ngày Dự Trữ Trọn Đồi, là những ngày dự trữ suốt đời, là những ngày phụ trội mà chương trình sẽ chi trả khi các hội viên nằm bệnh viện nhiều hơn số ngày được bảo hiểm bởi chương trình. Các hội viên có tổng cộng 60 ngày dự trữ có thể xài được cho suốt đời họ. Nếu bảo hiểm chấp thuận cho quý vị được chăm sóc nội trú tại một bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi tình trạng cấp cứu quý vị được ổn định, thì chi phí của quý vị là khoản chia sẻ chi phí mà quý vị phải trả tại một bệnh viện trong mạng lưới. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
- Trong các điều kiện nhất định, các loại cấy ghép sau đây được bao trả: giác mạc, thận, thận/tụy, tim, gan, phổi, tim/phổi, tủy xương, tế bào gốc và đường ruột/đa tạng. Nếu quý vị cần một cuộc cấy ghép bộ phận cơ thể, chúng tôi sẽ sắp xếp để cử xét trường hợp của quý vị, bởi một trung tâm cấy ghép được Medicare chấp thuận, sẽ quyết định xem quý vị có là bệnh nhân thích hợp cho một cuộc cấy ghép hay không. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cung cấp dịch vụ cấy ghép có thể ở địa phương hay ngoài khu vực dịch vụ. Nếu cơ sở cấy ghép trong mạng lưới của chúng tôi nằm ngoài khu vực mô hình chăm sóc cộng đồng, quý vị có thể chọn sử dụng dịch vụ cấy ghép bộ phận trong khu vực miễn là các nhà cung cấp dịch vụ ghép bộ phận cơ thể tại địa phương chịu mức giá của chương trình Original Medicare. Nếu bảo hiểm của chúng tôi cung cấp các dịch vụ cấy ghép ở một địa điểm nằm ngoài khu vực mô hình chăm sóc cấy ghép tại cộng đồng của quý vị và quý vị chọn cấy ghép tại địa điểm xa xôi này thì chúng tôi sẽ sắp xếp, hoặc bao trả chỗ ở trọ và phương tiện chuyên chở thích hợp cho quý vị và một người đồng hành. - Máu - bao gồm máu dự trữ và truyền máu. Bao trả cho máu toàn phần và hồng cầu đóng gói sẽ bắt đầu với đơn vị thể tích máu đầu tiên mà quý vị cần. Mọi thành phần khác của máu được bao trả từ khi sử dụng pint đầu tiên. - Dịch vụ của bác sĩ Lưu ý: Để quý vị là bệnh nhân nội trú, bác sĩ của quý vị phải viết giấy yêu cầu tiếp nhận quý vị như một bệnh nhân nhập viện. Kể cả nếu quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú. Nếu quý vị không chắc rằng mình là một bệnh nhân nội trú hay ngoại trú, thì quý vị nên hỏi nhân viên bệnh viện. Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin của Medicare tên là <i>Quý Vị Là Bệnh Nhân Nội Trú hay Ngoại Trú Tại Bệnh Viện? Nếu Quý Vị Có Medicare – Hãy hỏi!</i> Quý vị có thể tìm thấy tờ thông tin trên Trang Web tại https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf hoặc bằng cách gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi những số này miễn phí 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần.	

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ nội trú tại bệnh viện tâm thần Các dịch vụ được bao trả phí tổn bao gồm chăm sóc sức khỏe tâm thần, đòi hỏi phải nằm bệnh viện. Quý vị được bao trả 90 ngày nằm viện mỗi lần nằm viện nội trú được Medicare bao trả. Chương trình dài hạn trong giới hạn 190 ngày trọn đời cho các dịch vụ chăm sóc bệnh nhân tâm thần nội trú tại bệnh viện tâm thần. Mức giới hạn 190 ngày này không áp dụng cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần nội trú được cung cấp tại khoa tâm thần của bệnh viện đa khoa. Nếu quý vị đã sử dụng một phần của quyền lợi trọn đời Medicare 190 ngày trước khi ghi danh vào chương trình của chúng tôi thì quý vị chỉ được nhận số ngày còn lại trong giới hạn số ngày trọn đời của quý vị.	Đối với nằm viện được Medicare bao trả, mỗi lần nằm viện: Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần nằm viện chăm sóc sức khỏe tâm thần. Ngày Dự Trữ Trọn Đời \$0 đồng thanh toán mỗi ngày. Ngày Dự Trữ Trọn Đời, là những ngày dự trữ suốt đời, là những ngày phụ trội mà chương trình sẽ chi trả khi các hội viên nằm bệnh viện nhiều hơn số ngày được bảo hiểm bởi chương trình. Các hội viên có tổng cộng 60 ngày dự trữ có thể xài được cho suốt đời họ. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i> Nếu bảo hiểm chấp thuận cho quý vị được chăm sóc nội trú tại một bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi tình trạng cấp cứu quý vị được ổn định, thì chi phí của quý vị là khoản chia sẻ chi phí mà quý vị phải trả tại một bệnh viện trong mạng lưới.

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

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

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Thuốc theo toa thuộc Medicare Part B Các loại thuốc này được chi trả qua Phần B của bảo hiểm Original Medicare. Các hội viên nhận bảo hiểm cho các thuốc này, qua chương trình của chúng tôi. Thuốc được bao trả gồm có: • Các loại thuốc thông thường không được bệnh nhân tự dùng và được tiêm hay truyền trong lúc quý vị nhận các dịch vụ bác sĩ, điều trị ngoại trú tại bệnh viện hoặc dịch vụ tại trung tâm giải phẫu cấp cứu • Insulin được cung cấp qua một vật dụng của thiết bị y tế lâu bền (chẳng hạn như bơm insulin cần thiết về mặt y tế) • Các loại thuốc khác quý vị dùng bằng cách sử dụng thiết bị y tế lâu bền (chẳng hạn như máy phun khí dung) được chương trình cho phép • Thuốc Alzheimer, Leqembi®, (tên gọi chung là lecanemab), được cho dùng qua đường tĩnh mạch. Ngoài chi phí thuốc, quý vị có thể cần chụp và xét nghiệm bổ sung trước và/hoặc trong quá trình điều trị có thể làm tăng tổng chi phí của quý vị. Trao đổi với bác sĩ về những lần chụp chiếu và xét nghiệm quý vị có thể cần trong quá trình điều trị • Các chất làm đông máu mà quý vị tự tiêm, nếu bị chứng máu không đông • Thuốc Cấy Ghép/Ức Chế Miễn Dịch: Medicare bao trả liệu pháp thuốc cấy ghép nếu Medicare chi trả cho việc ca ghép nội tạng của quý vị. Quý vị phải có bảo hiểm Phần A tại thời điểm cấy ghép được bao trả và quý vị phải có Phần B tại thời điểm quý vị nhận thuốc ức chế miễn dịch. Hãy nhớ rằng, bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) bao trả cho thuốc ức chế miễn dịch nếu Phần B không bao trả cho thuốc đó • Thuốc chích ngừa loãng xương nếu quý vị nằm nhà điều trị, bị nứt xương, mà bác sĩ chứng nhận rằng có liên quan tới chứng loãng xương hậu mãn kinh, và không thể tự dùng thuốc	Một số thuốc có thể phải tuân theo phương pháp trị liệu từng bước. Thuốc insulin Medicare Part B Đồng thanh toán \$0 cho thuốc insulin được Phần B của Medicare bao trả. Mức chia sẻ chi phí insulin phụ thuộc vào giới hạn đồng thanh toán ở mức \$35 cho lượng cấp insulin một tháng. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i> Thuốc Medicare Part B khác Đồng thanh toán \$0 cho thuốc Phần B được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i>

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

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
- Một số kháng nguyên: Medicare bao trả cho các kháng nguyên nếu bác sĩ chuẩn bị và người được hướng dẫn đúng cách (có thể là quý vị, bệnh nhân) cung cấp cho họ dưới sự giám sát thích hợp - Một số loại thuốc điều trị ung thư đường uống: Medicare bao trả cho một số loại thuốc điều trị ung thư đường miệng mà quý vị dùng qua đường uống nếu cùng một loại thuốc có sẵn ở dạng tiêm hoặc thuốc là tiền chất (một dạng uống của một loại thuốc, khi uống vào, sẽ phân hủy thành cùng một thành phần hoạt tính có trong thuốc tiêm) của thuốc tiêm. Khi có thuốc điều trị ung thư miệng mới, Phần B có thể bao trả cho thuốc đó. Nếu Phần B không bao trả, Phần D sẽ bao trả - Thuốc chống buồn nôn đường uống: Medicare bao trả cho các loại thuốc chống buồn nôn đường uống mà quý vị sử dụng như một phần của phác đồ hóa trị liệu chống ung thư nếu chúng được sử dụng trước, tại thời điểm hoặc trong vòng 48 giờ sau khi hóa trị hoặc được sử dụng như một sự thay thế điều trị đầy đủ cho thuốc chống buồn nôn đường tĩnh mạch - Một số loại thuốc điều trị Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (ESRD) đường uống nếu cùng loại thuốc đó có sẵn ở dạng tiêm và quyền lợi ESRD Phần B bao trả - Thuốc Calcimimetic theo hệ thống thanh toán ESRD, bao gồm thuốc tiêm tĩnh mạch Parsabiv® và thuốc uống Sensipar® - Một số thuốc dùng cho lọc máu tại nhà, trong đó có heparin, thuốc giải độc cho heparin khi cần thiết về mặt y tế, thuốc gây tê tại chỗ	Thuốc Hóa Trị/Xạ Trị Medicare Part B Đồng thanh toán \$0 cho các thuốc hóa trị liệu Phần B được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
- Thuốc kích thích tạo hồng cầu: Medicare bao trả cho erythropoietin đường tiêm nếu quý vị mắc Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (ESRD) hoặc quý vị cần thuốc này để điều trị bệnh thiếu máu liên quan đến một số bệnh lý khác (như Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera®, hoặc Methoxy polyethylene glycol-epotin beta) - Globulin miễn dịch tiêm tĩnh mạch để điều trị tại nhà, các bệnh làm suy giảm hệ miễn dịch - Nuôi dưỡng ngoài đường tiêu hoá và qua đường ruột (cho ăn đường tĩnh mạch và đường ống) Liên kết sau sẽ đưa quý vị đến danh sách thuốc Phần B có thể phải tuân theo Trị Liệu Từng Bước: www.wellcare.com/PartBStepTherapy25. Chúng tôi cũng đài thọ cho một số vắc-xin theo Phần B và hầu hết các loại vắc-xin cho người lớn theo quyền lợi bảo hiểm thuốc kê đơn Phần D của chúng tôi. - Chương 5 giải thích quyền lợi bảo hiểm Phần D cho thuốc theo toa, kể cả các quy định mà quý vị phải tuân theo, để hãng bảo hiểm chi trả phí tồn các toa thuốc. Chương 6 giải thích số tiền quý vị trả cho thuốc kê đơn Phần D của quý vị, qua chương trình của chúng tôi.	
 Khám sàng lọc bệnh béo phì và liệu pháp để thúc đẩy giảm cân được duy trì liên tục Nếu quý vị chỉ số khối lượng cơ thể từ 30 trở lên, thì chúng tôi chi trả phí tồn cố vấn để giúp quý vị sụt cân. Cuộc cố vấn này được chi trả, nếu quý vị được cung cấp dịch vụ này trong một khung cảnh chăm sóc ban đầu, nơi có thể được phối hợp với chương trình ngừa bệnh toàn diện. Hãy nói chuyện với bác sĩ hoặc y sĩ chăm sóc ban đầu của quý vị, để tìm hiểu thêm.	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ đối với khám phòng ngừa và trị liệu bệnh béo phì.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ chương trình điều trị sử dụng opioid Các hội viên của chương trình bị rối loạn do sử dụng opioid (OUD) có thể được bao trả cho các dịch vụ điều trị OUD thông qua một Chương Trình Điều Trị Opioid (OTP) bao gồm các dịch vụ sau: - Thuốc điều trị hỗ trợ bằng thuốc (MAT) chủ vận và đối vận opioid được Cục Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (FDA) Hoa Kỳ phê duyệt - Cấp phát và quản lý thuốc MAT (nếu có) - Tư vấn về rối loạn do sử dụng chất kích thích - Liệu pháp cá nhân hoặc theo nhóm - Kiểm tra độc tính - Các hoạt động dùng thuốc - Các đánh giá định kỳ	Đồng thanh toán \$0 cho dịch vụ điều trị opioid được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i>
Thử nghiệm chẩn bệnh cho bệnh nhân ngoại trú, các dịch vụ trị liệu và tiếp liệu y tế Các dịch vụ được bao trả gồm có, mà không giới hạn: - Chụp hình quang tuyến - Trị liệu bằng tia phóng xạ (radium và isotope) bao gồm các vật dụng và vật liệu của chuyên viên - Các vật liệu y tế để giải phẫu, như vải băng bó - Các nẹp, băng bột và các thiết bị khác được sử dụng để giảm thiểu gãy xương và trật khớp	Đồng thanh toán \$0 cho các lần chụp X-quang được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ quang tuyến trị liệu được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho các tiếp liệu y tế được Medicare bao trả bao gồm khuôn đúc và thanh nẹp. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
- Các thử nghiệm phòng thí nghiệm - Máu - bao gồm máu dự trữ và truyền máu. Bao trả cho máu toàn phần và hồng cầu đóng gói sẽ bắt đầu với đơn vị thể tích máu đầu tiên mà quý vị cần. Mọi thành phần khác của máu được bao trả từ khi sử dụng pint đầu tiên. - Các xét nghiệm chẩn đoán khác dành cho bệnh nhân ngoại trú – Các dịch vụ chẩn đoán không phải chẩn đoán hình ảnh (ví dụ: xét nghiệm dị ứng hoặc EKG) - Các xét nghiệm chẩn đoán khác dành cho bệnh nhân ngoại trú (bao gồm cả các xét nghiệm phức tạp như CT, MRI, MRA, SPECT) - Các dịch vụ chẩn đoán chụp X quang, không bao gồm X quang phim phẳng - Nội soi đại tràng để chẩn đoán	Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ xét nghiệm được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ xét nghiệm máu được Medicare bao trả. Đồng thanh toán \$0 cho các xét nghiệm và thủ thuật chẩn đoán được Medicare bao trả (ví dụ: xét nghiệm dị ứng hoặc EKG). <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ chẩn đoán hình ảnh được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i> Đối với dịch vụ nội soi đại tràng chẩn đoán được Medicare bao trả, xin xem phần “Phẫu Thuật Ngoại Trú” ở phần trước của bảng này để biết các khoản chia sẻ chi phí áp dụng cho các lần thăm khám tại trung tâm giải phẫu cấp cứu hoặc trong một bệnh viện ngoại trú.

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

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
	Nếu quý vị nhận nhiều dịch vụ từ cùng một danh mục dịch vụ trong một ngày, quý vị sẽ chỉ phải thanh toán số đồng thanh toán tối đa cho danh mục dịch vụ. Tuy nhiên, nếu quyền lợi cho một dịch vụ là đồng thanh toán (số tiền cố định) và quyền lợi cho một dịch vụ khác là đồng bảo hiểm (tỷ lệ phần trăm chi phí cho phép), quý vị có thể được yêu cầu phải trả cả khoản đồng thanh toán và đồng bảo hiểm.

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

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Theo dõi ngoại trú của bệnh viện Dịch vụ theo dõi là các dịch vụ ngoại trú của bệnh viện được đưa ra để xác định xem quý vị có cần nhập viện như một bệnh nhân nội trú hay có thể được xuất viện. Để được bao trả, các dịch vụ theo dõi ngoại trú của bệnh viện phải đáp ứng các tiêu chí của Medicare và được coi là hợp lý và cần thiết. Dịch vụ theo dõi chỉ được bao trả khi có yêu cầu của bác sĩ hoặc một cá nhân khác được ủy quyền bởi luật cấp phép của tiểu bang và nhân viên của bệnh viện theo luật để cho bệnh nhân nhập viện hoặc yêu cầu làm xét nghiệm cho bệnh nhân ngoại trú. Lưu ý: Trừ khi bác sĩ có viết một giấy yêu cầu tiếp nhận quý vị như một bệnh nhân nhập viện, quý vị là một bệnh nhân ngoại trú và trả số tiền chia sẻ chi phí cho các dịch vụ bệnh viện dành cho 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 rằng có phải mình là một bệnh nhân ngoại trú, thì quý vị nên hỏi nhân viên bệnh viện. Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin của Medicare tên là <i>Quý Vị Là Bệnh Nhân Nội Trú hay Ngoại Trú Tại Bệnh Viện? Nếu Quý Vị Có Medicare – Hãy hỏi!</i> Quý vị có thể tìm thấy tờ thông tin trên Trang Web tại https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf hoặc bằng cách gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi những số này miễn phí 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần.	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám dịch vụ theo dõi được Medicare bao trả.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Các dịch vụ bệnh viện ngoại trú Chúng tôi chỉ trả phí tổn cho các dịch vụ cần thiết về mặt y tế, quý vị lấy trong khu bệnh nhân ngoại trú tại bệnh viện, để chẩn bệnh hoặc chữa trị cho một căn bệnh hoặc thương tích. Các dịch vụ được bao trả gồm có, mà không giới hạn: • Các dịch vụ trong khu cấp cứu, hoặc tại phòng khám ngoại trú, như các dịch vụ quan sát, hoặc phẫu thuật ngoại trú • Các xét nghiệm phòng thí nghiệm và xét nghiệm chẩn đoán, được bệnh viện gởi hóa đơn tính tiền • Chăm sóc sức khỏe tâm thần, kể cả chăm sóc trong một chương trình nằm bệnh viện bán phần, nếu một bác sĩ chứng nhận rằng nằm bệnh viện điều trị là bắt buộc, dù không chăm sóc sức khỏe tâm thần • Chụp quang tuyến và các dịch vụ khác về quang tuyến được bệnh viện gởi hóa đơn tính tiền • Các tiếp liệu y tế như kẹp và bột băng bó • Một số thuốc và dược phẩm sinh học quý vị không tự sử dụng được Lưu ý: Trừ khi bác sĩ có viết một giấy yêu cầu tiếp nhận quý vị như một bệnh nhân nhập viện, quý vị là một bệnh nhân ngoại trú và trả số tiền chia sẻ chi phí cho các dịch vụ bệnh viện dành cho 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 rằng có phải mình là một bệnh nhân ngoại trú, thì quý vị nên hỏi nhân viên bệnh viện. Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin của Medicare tên là <i>Quý Vị Là Bệnh Nhân Nội Trú hay Ngoại Trú Tại Bệnh Viện? Nếu Quý Vị Có Medicare – Hãy hỏi!</i> Quý vị có thể tìm thấy tờ thông tin trên Trang Web tại https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf hoặc bằng cách gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi những số này miễn phí 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần.	Quý vị thanh toán khoản tiền chia sẻ chi phí được trình bày trong Bảng Quyền Lợi Y Tế cho một dịch vụ cụ thể. Nếu quý vị nhận nhiều dịch vụ từ cùng một danh mục dịch vụ trong một ngày, quý vị sẽ chỉ phải thanh toán số đồng thanh toán tối đa cho danh mục dịch vụ. Tuy nhiên, nếu quyền lợi cho một dịch vụ là đồng thanh toán (số tiền cố định) và quyền lợi cho một dịch vụ khác là đồng bảo hiểm (tỷ lệ phần trăm chi phí cho phép), quý vị có thể được yêu cầu phải trả cả khoản đồng thanh toán và đồng bảo hiểm.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú Các dịch vụ được bao trả gồm có: Các dịch vụ sức khỏe tâm thần được cung cấp bởi bác sĩ tâm thần hoặc bác sĩ có giấy phép hành nghề, bác sĩ tâm lý lâm sàng, nhân viên xã hội lâm sàng, chuyên viên điều dưỡng lâm sàng, tư vấn viên chuyên nghiệp được cấp phép (LPC), chuyên gia trị liệu về hôn nhân và gia đình có giấy phép (LMFT), chuyên viên điều dưỡng (NP), phụ tá bác sĩ (PA), hoặc chuyên gia khác về chăm sóc sức khỏe tâm thần đủ điều kiện theo Medicare như được cho phép theo luật lệ hiện hành của tiểu bang. - Các dịch vụ được bác sĩ tâm thần cung cấp - Các dịch vụ được cung cấp bởi các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần khác	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu cá nhân với một bác sĩ tâm thần được Medicare bao trả. Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu nhóm với một bác sĩ tâm thần được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu cá nhân với một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần khác được Medicare bao trả. Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu nhóm với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần khác được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Các dịch vụ phục hồi sức lực cho bệnh nhân ngoại trú Các dịch vụ được bao trả bao gồm: vật lý trị liệu, trị liệu chức năng hoạt động và liệu pháp ngôn ngữ. Các dịch vụ phục hồi chức năng cho bệnh nhân ngoại trú được cung cấp trong các môi trường khác nhau ngoài bệnh viện, như các cơ sở ngoại trú của bệnh viện, các văn phòng độc lập của chuyên gia trị liệu và các Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Ngoại Trú Toàn Diện (CORF). - Các dịch vụ được cung cấp bởi một nhà vật lý trị liệu - Các dịch vụ được cung cấp bởi một nhà trị liệu cơ năng - Các dịch vụ được cung cấp bởi một nhà trị liệu âm ngữ và ngôn ngữ	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám nhà vật lý trị liệu được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu chức năng được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám vật lý trị liệu âm ngữ và ngôn ngữ được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i>
Các dịch vụ điều trị sử dụng chất gây nghiện ngoại trú Các dịch vụ được bao trả gồm có: Các dịch vụ điều trị chứng Rối Loạn Do Sử Dụng Chất Kích Thích như các buổi trị liệu nhóm và cá nhân do bác sĩ, bác sĩ tâm lý lâm sàng, nhân viên xã hội lâm sàng, chuyên viên điều dưỡng lâm sàng, chuyên viên điều dưỡng, trợ lý bác sĩ, hoặc chương trình hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe tâm thần khác đủ tiêu chuẩn của Medicare như được cho phép theo luật áp dụng của tiểu bang.	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu cá nhân được Medicare bao trả. Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu theo nhóm được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Phẫu thuật ngoại trú, bao gồm các dịch vụ được cung cấp tại các cơ sở ngoại trú của bệnh viện và các trung tâm phẫu thuật ngoại trú Lưu ý: Nếu quý vị có giải phẫu trong một cơ sở thuộc bệnh viện, quý vị nên hỏi thăm y sĩ hay bệnh viện của mình rằng quý vị sẽ là bệnh nhân ngoại trú hay nội trú. Trừ khi bác sĩ ký giấy yêu cầu quý vị nhập viện, như một bệnh nhân nội trú tại bệnh viện, quý vị là một bệnh nhân ngoại trú, và trả tiền chia sẻ chi phí để giải phẫu 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. - Các dịch vụ được cung cấp tại một bệnh viện ngoại trú - Các dịch vụ được cung cấp tại một trung tâm giải phẫu cấp cứu	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi Lần thăm khám tại một cơ sở bệnh viện ngoại trú được Medicare bao trả, bao gồm nội soi đại tràng chẩn đoán được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám tại trung tâm phẫu thuật cấp cứu được Medicare bao trả, bao gồm nội soi đại tràng chẩn đoán được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i>

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

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ nhập viện một phần và Dịch vụ ngoại trú chuyên sâu <i>Nhập viện một phần</i> là một chương trình được thiết kế để điều trị tâm thần tích cực được cung cấp trong môi trường ngoại trú tại bệnh viện hoặc tại trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng, có tính tích cực hơn chăm sóc được cung cấp tại phòng khám của bác sĩ, chuyên gia trị liệu, chuyên gia trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT) hoặc cố vấn nghề nghiệp được cấp phép và là biện pháp thay thế cho nhập viện nội trú. <i>Dịch vụ ngoại trú chuyên sâu</i> là một chương trình trị liệu sức khỏe hành vi (tâm thần) có cấu trúc được cung cấp tại khoa khám bệnh của bệnh viện, trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng, Trung tâm sức khỏe tiêu chuẩn liên bang hoặc một phòng khám sức khỏe nông thôn; dịch vụ này chuyên sâu hơn những dịch vụ chăm sóc nhận tại phòng khám của bác sĩ, chuyên gia trị liệu, chuyên gia trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT) hoặc cố vấn nghề nghiệp được cấp phép của quý vị nhưng ít chuyên sâu hơn so với nhập viện một phần.	Đồng thanh toán \$0 cho nhập viện một phần hoặc dịch vụ khám bệnh chuyên sâu được Medicare bao trả mỗi ngày. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i>
Các dịch vụ của bác sĩ/y tá cao cấp, kể cả các lần khám tại văn phòng bác sĩ Các dịch vụ được bao trả gồm có: • Các dịch vụ phẫu thuật hoặc chăm sóc cần thiết về mặt y tế được cung cấp trong phòng khám của bác sĩ bởi một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính • Chăm sóc y tế cần thiết, hoặc các dịch vụ giải phẫu cung cấp bởi trung tâm giải phẫu cấp cứu, khu ngoại trú tại bệnh viện, hay bất cứ địa điểm nào được chứng nhận • Cố vấn, chẩn đoán và điều trị bởi bác sĩ chuyên khoa	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám tại phòng khám của PCP được Medicare bao trả. Xem phần “Phẫu Thuật Ngoại Trú” ở phần trước của bảng này để biết các khoản chia sẻ chi phí áp dụng cho các lần thăm khám tại trung tâm giải phẫu cấp cứu hoặc trong một bệnh viện ngoại trú. Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám bác sĩ chuyên khoa được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
- Các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác - Khám căn bản về thính lực và thăng bằng do PCP của quý vị hoặc bác sĩ chuyên khoa thực hiện nếu bác sĩ yêu cầu làm vậy để xem quý vị có cần điều trị y tế không - Một số dịch vụ thăm khám sức khỏe từ xa, bao gồm: Dịch Vụ Chăm Sóc Khẩn Cấp, Dịch Vụ Sức Khỏe Tại Gia, Bác Sĩ Chăm Sóc Chính, Trị Liệu Chức Năng Vận Động, Bác Sĩ Chuyên Khoa, Các Buổi Chăm Sóc Sức Khỏe Tinh Thần Cho Cá Nhân và Nhóm, Dịch Vụ Điều Trị Bàn Chân, Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Khác, Các Buổi Điều Trị Tâm Thần Cho Cá Nhân và Nhóm, Dịch Vụ Trị Liệu Vật Lý và Trị Liệu Ngôn Ngữ-Phát Âm, Các Buổi Điều Trị Lạm Dụng Chất Gây Nghiện Ngoại Trú Cho Cá Nhân và Nhóm và Tập Huấn Về Tự Quản Lý Bệnh Tiểu Đường. - Quý vị có thể chọn nhận những dịch vụ này qua thăm khám trực tiếp hoặc qua dịch vụ thăm khám sức khỏe từ xa. Nếu chọn nhận một trong những dịch vụ này qua dịch vụ thăm khám sức khỏe từ xa, quý vị phải sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới cung cấp dịch vụ thăm khám sức khỏe từ xa. - Chương trình của chúng tôi cấp quyền truy cập vào các buổi thăm khám trực tuyến với các bác sĩ được chứng nhận thông qua Teladoc 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần để giúp giải quyết nhiều 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 dịch vụ thăm khám sức khỏe 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.	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ khám tai được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ thăm khám trực tuyến được thực hiện qua Teladoc. Xin lưu ý: Đồng thanh toán \$0 ở trên chỉ áp dụng khi các dịch vụ được nhận từ Teladoc. Nếu quý vị nhận được dịch vụ thăm khám sức khỏe từ xa hoặc trực tiếp từ một nhà cung cấp trong mạng lưới chứ không phải từ nhà cung cấp dịch vụ thăm khám trực tuyến, quý vị sẽ thanh toán khoản chia sẻ chi phí được liệt kê cho những nhà cung cấp đó như được nêu trong bảng quyền lợi này (ví dụ: nếu quý vị nhận các dịch vụ khám sức khỏe từ xa từ PCP, quý vị sẽ trả khoản chia sẻ chi phí PCP). <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Để biết thêm thông tin hoặc lên lịch hẹn, hãy gọi: ○ Teladoc theo số 1-800-835-2362, (TTY: 711), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. • Một số dịch vụ thăm khám sức khỏe từ xa bao gồm tư vấn, chẩn đoán và điều trị bởi bác sĩ hoặc người hành nghề y cho bệnh nhân ở một số vùng nông thôn hoặc các địa điểm khác được Medicare chấp thuận • Dịch vụ thăm khám sức khỏe từ xa cho thăm khám liên quan đến bệnh thận giai đoạn cuối hàng tháng dành cho hội viên tiến hành lọc thận tại nhà trong trung tâm lọc thận tại bệnh viện hoặc bệnh viện nông thôn, cơ sở lọc thận hoặc nhà của hội viên • Dịch vụ thăm khám sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá hoặc điều trị các triệu chứng của đột quỵ bất kể quý vị ở đâu • Dịch vụ thăm khám sức khỏe từ xa cho các hội 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 thăm khám sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá và điều trị các rối loạn sức khỏe tâm thần nếu: ○ Quý vị có thăm khám trực tiếp trong vòng 6 tháng trước lần thăm khám sức khỏe từ xa đầu tiên ○ Quý vị có thăm khám trực tiếp 12 tháng một lần trong khi nhận các dịch vụ thăm khám sức khỏe từ xa này ○ Có thể thực hiện trường hợp ngoại lệ đối với một số trường hợp nhất định • Các dịch vụ thăm khám sức khỏe từ xa để thăm khám sức khỏe tâm thần do Phòng Khám Sức Khỏe Nông Thôn và Trung Tâm Sức Khỏe Tiêu Chuẩn Liên Bang cung cấp	

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
- Kiểm tra sức khỏe trực tuyến (ví dụ như qua điện thoại hoặc trò chuyện qua video) với bác sĩ trong 5-10 phút <u>nếu</u>: - Quý vị không phải là bệnh nhân mới và - Lần kiểm tra sức khỏe này không liên quan đến lần khám tại phòng khám trong 7 ngày qua và - Lần kiểm tra sức khỏe này không dẫn đến chuyến thăm khám tại phòng mạch trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn sớm nhất có thể - Bác sĩ đánh giá video và/hoặc hình ảnh do quý vị gửi, giải thích và theo dõi trong vòng 24 giờ <u>nếu</u>: - Quý vị không phải là bệnh nhân mới và - Đánh giá này không dẫn đến chuyến thăm khám tại phòng mạch trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn sớm nhất có thể - Tư vấn bác sĩ của quý vị có với các bác sĩ khác qua điện thoại, internet hoặc hồ sơ sức khỏe điện tử - Ý kiến thứ nhì từ một phòng phẫu thuật hay nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới, trước khi giải phẫu - Chăm sóc răng không định kỳ (các dịch vụ được bao trả giới hạn cho giải phẫu hàm hoặc các cấu trúc liên hệ, sắp xếp các xương nứt của hàm hoặc xương mặt, nhổ răng để chuẩn bị hàm cho trị bệnh ung thư bằng tia phóng xạ hoặc các dịch vụ sẽ được bao trả khi được cung cấp bởi một bác sĩ)	Quý vị sẽ thanh toán chia sẻ chi phí áp dụng cho nhà cung cấp (như được mô tả trong phần “Dịch Vụ Của Bác Sĩ/Chuyên Viên, Bao Gồm Khám Tại Phòng Khám Bác Sĩ” nêu trên). Quý vị sẽ thanh toán chia sẻ chi phí áp dụng cho nhà cung cấp (như được mô tả trong phần “Dịch Vụ Của Bác Sĩ/Chuyên Viên, Bao Gồm Khám Tại Phòng Khám Bác Sĩ” nêu trên). Quý vị sẽ thanh toán chia sẻ chi phí áp dụng cho nhà cung cấp (như được mô tả trong phần “Dịch Vụ Của Bác Sĩ/Chuyên Viên, Bao Gồm Khám Tại Phòng Khám Bác Sĩ” nêu trên). Quý vị sẽ thanh toán chia sẻ chi phí áp dụng cho nhà cung cấp (như được mô tả trong phần “Dịch Vụ Của Bác Sĩ/Chuyên Viên, Bao Gồm Khám Tại Phòng Khám Bác Sĩ” nêu trên). Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ nha khoa được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
	Ngoài khoản chia sẻ chi phí nêu trên sẽ có khoản đồng thanh toán và/hoặc đồng bảo hiểm cho Dịch Vụ Cần Thiết Về Mặt Y Tế Được Medicare Bao Trả cho Thiết Bị Y Tế Lâu Bền và tiếp liệu, bộ phận cơ thể giả và tiếp liệu, xét nghiệm chẩn đoán bệnh và các dịch vụ trị liệu cho bệnh nhân ngoại trú, kính mắt và kính áp tròng sau phẫu thuật đục thủy tinh thể, thuốc theo toa Phần D và thuốc theo toa Medicare Part B như được mô tả trong Bảng Quyền Lợi này.
Các dịch vụ điều trị bệnh về chân Các dịch vụ được bao trả gồm có: - Chẩn bệnh và điều trị y tế hay giải phẫu cho các thương tích và bệnh về bàn chân (chẳng hạn ngón chân cong, hay vôi hóa gót chân). - Chăm sóc bàn chân định kỳ thường xuyên, cho các hội viên có một số bệnh trạng ảnh hưởng xuống dưới chân	Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ điều trị bàn chân được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i>
 Khám sàng lọc ung thư tuyến tiền liệt Cho quý ông 50 tuổi hay lớn hơn, các dịch vụ được bao trả gồm các thứ sau đây - 12 tháng một lần: - Khám ruột kết bằng dụng cụ digital - Thử nghiệm Kháng nguyên Đặc hiệu Tuyến tiền liệt (Prostate Specific Antigen, PSA)	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần khám trực tràng kỹ thuật số hàng năm được Medicare bao trả. Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay khấu trừ cho kiểm tra PSA hàng năm.

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

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Các bộ phận cơ thể giả và chỉnh hình và nguồn tiếp liệu liên quan Các bộ phận (không phải là răng) thay thế toàn phần hoặc một phần bộ phận hay chức năng cơ thể. Các thiết bị này bao gồm, nhưng không giới hạn ở: kiểm tra, lắp đặt hoặc đào tạo về việc sử dụng các bộ phận giả và chỉnh hình; cũng như: túi ruột kết nhân tạo và vật dụng liên quan trực tiếp đến việc chăm sóc ruột kết, máy trợ tim, vòng đeo, giày chỉnh hình, chân tay giả và vú giả (bao gồm nịt ngực giải phẫu sau thủ thuật cắt bỏ vú). Bao gồm một số tiếp liệu y tế liên hệ tới các bộ phận giả và chỉnh hình và sửa chữa và/hoặc thay thế các bộ phận giả và chỉnh hình. Ngoài ra còn bao gồm một số khoản bảo hiểm sau loại bỏ đục thủy tinh thể hoặc phẫu thuật đục thủy tinh thể – xem Chăm Sóc Thị Lực ở phần sau bảng này để biết thêm chi tiết.	Đồng thanh toán \$0 cho các bộ phận cơ thể giả hoặc dụng cụ chỉnh hình được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho các tiếp liệu y tế liên quan đến bộ phận cơ thể giả được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i>
Dịch vụ phục hồi phổi Các chương trình trị liệu toàn diện để phục hồi chức năng phổi, được bảo hiểm chi trả cho các hội viên bị chứng bệnh phổi tắc nghẽn kinh niên (COPD), ở mức độ từ trung bình tới trầm trọng, và bác sĩ ký giấy yêu cầu trị liệu để phục hồi chức năng phổi, chữa trị căn bệnh hô hấp kinh niên này.	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần khám dịch vụ phục hồi chức năng phổi được Medicare bao trả.
 Khám sàng lọc bệnh và tư vấn giảm thiểu lạm dụng bia rượu Chúng tôi bao trả cho một lần khám sàng lọc lạm dụng rượu cho người lớn có Medicare (bao gồm cả phụ nữ mang thai) lạm dụng rượu, nhưng không phải là người phụ thuộc vào rượu. Nếu phát hiện thấy có tình trạng lạm dụng rượu bia, mỗi năm quý vị có thể tham gia 4 buổi tư vấn ngắn gọn trực tiếp (nếu quý vị có đủ sức và tỉnh táo trong buổi tư vấn) do bác sĩ chăm sóc chính hoặc chuyên viên y tá có trình độ cung cấp tại cơ sở chăm sóc chính.	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khấu trừ cho quyền lợi phòng ngừa khám sàng lọc và tư vấn được Medicare bao trả nhằm giảm tình trạng lạm dụng bia rượu.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
 Sàng lọc ung thư phổi bằng chụp cắt lớp vi tính liều thấp (LDCT) Với những người đủ điều kiện, LDCT sẽ được bao trả 12 tháng một lần. Hội viên đủ điều kiện là: những người từ 50 đến 77 tuổi không có dấu hiệu hoặc triệu chứng ung thư phổi, nhưng có tiền sử hút thuốc lá ít nhất 20 gói/năm và hiện đang hút thuốc hoặc đã bỏ thuốc lá trong vòng 15 năm qua, những người được chỉ định làm LDCT trong lần khám tư vấn và cùng đưa ra quyết định về tầm soát ung thư phổi tuân theo các tiêu chuẩn của Medicare cho lần khám đó và được cung cấp bởi bác sĩ hoặc chuyên viên đủ điều kiện không phải bác sĩ. <i>Đối với việc khám tầm soát ung thư phổi LDCT sau khi sàng lọc LDCT lần đầu:</i> hội viên phải nhận được chỉ định khám tầm soát ung thư phổi LDCT, có thể được cung cấp trong lần thăm khám phù hợp bất kỳ với bác sĩ hoặc chuyên viên đủ điều kiện không phải bác sĩ. Nếu một bác sĩ hoặc chuyên viên đủ điều kiện không phải bác sĩ chọn cung cấp lần khám tư vấn và cùng đưa ra quyết định về tầm soát ung thư phổi cho các lần tầm soát ung thư phổi tiếp theo với LDCT thì lần khám này phải đáp ứng các tiêu chuẩn của Medicare cho các lần khám đó.	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay tiền khấu trừ cho LDCT hoặc lần thăm khám tư vấn và cùng đưa ra quyết định được Medicare bao trả.
 Khám sàng lọc các bệnh truyền nhiễm qua đường tình dục (STI) và tư vấn phòng ngừa STI Chúng tôi đài thọ khám sàng lọc bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI) để phát hiện bệnh chlamydia, lậu, giang mai và Viêm Gan B. Những lần khám sàng lọc này được đài thọ cho phụ nữ mang thai và một số người có nguy cơ mắc STI tăng cao khi các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính yêu cầu xét nghiệm. Chúng tôi chi trả bảo hiểm cho các thử nghiệm này một lần mỗi 12 tháng hoặc ở vài thời điểm khi đang mang thai. Chúng tôi cũng bao trả cho hai buổi cố vấn cao độ về cung cách ứng xử, 20 tới 30 phút tiếp xúc trực diện mỗi năm cho những người lớn có sinh hoạt tình dục, bị tăng nguy cơ mắc bệnh STI. Chúng tôi sẽ chỉ chi trả phí tổn cho các buổi tư vấn, như một dịch vụ phòng ngừa, nếu được cung cấp bởi một bác sĩ hay y viện gia đình, và diễn ra trong khung cảnh chăm sóc sức khỏe chính, như một văn phòng bác sĩ.	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khấu trừ cho tư vấn quyền lợi phòng ngừa STI và khám sàng lọc STI được Medicare bao trả.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Các dịch vụ điều trị bệnh thận Các dịch vụ được bao trả gồm có: • Các dịch vụ giáo dục về bệnh thận để chỉ dẫn chăm sóc thận, và giúp đỡ các hội viên lấy các quyết định có hiểu biết, về việc chăm sóc sức khỏe mình. Cho các hội viên bị bệnh thận mãn tính ở thời kỳ IV, khi được giới thiệu từ bác sĩ quý vị, chúng tôi chi trả phí tổn cho lên tới sáu dịch vụ giáo dục về bệnh thận, cho cả đời. • Các buổi điều trị thẩm tách cho bệnh nhân ngoại trú (bao gồm điều trị thẩm tách khi tạm thời ra khỏi khu vực dịch vụ, như được giải thích trong Chương 3, hoặc khi nhà cung cấp dịch vụ này tạm thời không phục vụ hoặc không thể tiếp cận được) • Các phiên lọc máu chữa trị cho bệnh nhân nội trú (nếu quý vị được nhập viện như một bệnh nhân nội trú tại một bệnh viện, để được chăm sóc đặc biệt) • Huấn luyện để tự lọc thận (kể cả huấn luyện cho quý vị và bất cứ ai giúp đỡ quý vị với các phiên lọc máu chữa trị tại nhà mình) • Dụng cụ lọc máu tại nhà, và tiếp liệu y tế	Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ giáo dục về bệnh thận được Medicare bao trả. Đồng thanh toán \$0 cho các điều trị lọc thận ngoại trú được Medicare bao trả. Xem “Chăm Sóc Tại Bệnh Viện Dưới Hình Thức Nội Trú” để biết các khoản chia sẻ chi phí áp dụng cho việc điều trị thẩm tách dành cho bệnh nhân nội trú. Đồng thanh toán \$0 cho đào tạo hướng dẫn tự lọc máu được Medicare bao trả. Đồng thanh toán \$0 cho thiết bị thẩm tách tại nhà được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho tiếp liệu thẩm tách được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i>

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

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Một số dịch vụ hỗ trợ y tế tại gia (chẳng hạn, khi cần thiết, các chuyên viên thăm của chuyên viên được đào tạo về lọc máu, để kiểm tra việc lọc máu lọc thận tại nhà quý vị, giúp đỡ trong trường hợp khẩn cấp, và kiểm tra máy lọc máu, và nguồn cung cấp nước) Một số thuốc dùng để lọc thận được chi trả theo bảo hiểm Medicare Part B cho thuốc của quý vị. Để biết thông tin về mức bao trả cho Thuốc Phần B, vui lòng xem phần Thuốc theo toa Medicare Part B .	Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ hỗ trợ tại nhà được Medicare bao trả.
Chăm sóc tại Cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) (Để biết định nghĩa về chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hãy xem Chương 12 của tài liệu này. Các cơ sở điều dưỡng chuyên môn đôi khi còn được gọi là SNF). Tối đa 100 ngày mỗi giai đoạn quyền lợi nằm viện và các dịch vụ chăm sóc chuyên môn tại Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Môn (SNF) hoặc cơ sở thay thế là các dịch vụ được bao trả khi các dịch vụ đó phù hợp với các hướng dẫn về bao trả của Chương Trình và Medicare. Không đòi hỏi nằm bệnh viện trước đó. 100 ngày mỗi giai đoạn quyền lợi bao gồm những ngày tại SNF được tiếp nhận thông qua Chương Trình, Original Medicare hoặc bất kỳ Tổ Chức Medicare Advantage nào khác trong suốt giai đoạn quyền lợi. Các dịch vụ được bao trả gồm có, mà không giới hạn: - Phòng nằm chung (hoặc một phòng riêng, nếu cần thiết về mặt y tế) - Các bữa ăn, kể cả thức ăn đặc biệt - Dịch vụ y tá điều dưỡng chuyên môn - Vật lý trị liệu, trị liệu chức năng hoạt động và trị liệu về ngữ âm - Thuốc được đưa tới quý vị, như một phần của chương trình chăm sóc sức khỏe quý vị (Điều này bao gồm các dung dịch hiện hữu tự nhiên trong cơ thể, như các yếu tố làm máu đông.)	Đối với nằm viện được Medicare bao trả, mỗi giai đoạn quyền lợi: Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần nằm tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn được Medicare bao trả. Quý vị thanh toán tất cả chi phí cho mỗi ngày sau ngày 100. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
- Máu - bao gồm máu dự trữ và truyền máu. Bao trả cho máu toàn phần và hồng cầu đóng gói sẽ bắt đầu với đơn vị thể tích máu đầu tiên mà quý vị cần. Mọi thành phần khác của máu được bao trả từ khi sử dụng pint đầu tiên. - Thông thường, các tiếp liệu y tế và giải phẫu được cung cấp bởi các cơ sở SNF - Các thử nghiệm thường được SNF cung cấp - Việc chụp hình quang tuyến và các dịch vụ quang tuyến thường được cơ sở SNF cung cấp - Sử dụng các vật dụng như xe lăn, thường được các cơ sở SNF cung cấp - Các dịch vụ bác sĩ/y tá cao cấp Nói chung, quý vị sẽ được cơ sở SNF chăm sóc sức khỏe, từ các cơ sở thuộc mạng lưới bảo hiểm. Tuy nhiên, trong một số trường hợp nhất định liệt kê bên dưới, quý vị có thể trả khoản chia sẻ chi phí trong mạng lưới cho một cơ sở không phải là nhà cung cấp trong mạng lưới nếu cơ sở này chấp nhận khoản thanh toán từ chương trình của chúng tôi. - Một viện dưỡng lão hoặc cộng đồng hưu trí được tiếp tục chăm sóc sức khỏe, nơi quý vị sinh sống trước khi tới bệnh viện (miễn là có cung cấp chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn) - SNF nơi vợ/chồng hoặc bạn đời quý vị đang sống tại thời điểm quý vị xuất viện Quyền lợi được bao trả của Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii: Số ngày ở cơ sở điều dưỡng chuyên môn do cơ sở được cấp phép cung cấp vượt quá 100 ngày đầu tiên trong thời gian thụ hưởng quyền lợi Medicare Advantage.	Một giai đoạn quyền lợi sẽ bắt đầu vào ngày quý vị vào một cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Giai đoạn quyền lợi chấm dứt khi quý vị chưa nhận được bất cứ dịch vụ chăm sóc chuyên môn nào tại một cơ sở SNF trong liên tiếp 60 ngày. Nếu quý vị vào một cơ sở điều dưỡng chuyên môn sau khi một giai đoạn quyền lợi kết thúc thì một giai đoạn quyền lợi mới sẽ bắt đầu. Không giới hạn số giai đoạn quyền lợi. Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ được Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
 Ngừng hút thuốc và dùng thuốc lá (tư vấn ngừng hút thuốc lá hoặc dùng thuốc lá) <u>Nếu quý vị hút thuốc lá, nhưng không có dấu hiệu hay triệu chứng bệnh liên quan tới thuốc lá:</u> Chúng tôi chỉ trả cho hai lần cố vấn bỏ hút thuốc, trong thời gian 12 tháng như một dịch vụ phòng bệnh, không tốn tiền quý vị. Mỗi dịch vụ cố vấn dự định gồm có tối đa là bốn buổi tiếp xúc trực diện. <u>Nếu quý vị hút thuốc lá và đã được chẩn đoán mắc bệnh liên quan đến thuốc lá hoặc đang dùng thuốc có thể bị ảnh hưởng bởi thuốc lá:</u> Chúng tôi chỉ trả cho các dịch vụ cố vấn bỏ thuốc lá. Chúng tôi bao trả cho hai lần tư vấn bỏ hút thuốc trong thời gian 12 tháng, tuy nhiên, quý vị sẽ trả khoản chia sẻ chi phí được áp dụng. Mỗi dịch vụ cố vấn dự định gồm có tối đa là bốn buổi tiếp xúc trực diện.	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho các quyền lợi phòng ngừa bệnh khi ngừng hút thuốc và sử dụng thuốc lá được Medicare bao trả.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Nền Tảng Hỗ Trợ Xã Hội Chương trình của chúng tôi cung cấp một nền tảng hỗ trợ xã hội trực tuyến để hỗ trợ sức khỏe tổng thể của quý vị. Quý vị có quyền tiếp cận cộng đồng, các hoạt động trị liệu và các nguồn lực do chương trình tài trợ để giúp quản lý căng thẳng và lo lắng. Nền tảng này giúp quý vị dễ dàng tham gia và duy trì tham gia để duy trì một hành trình sức khỏe hành vi lành mạnh. Dịch vụ này được cung cấp trực tuyến 24/7, vì vậy quý vị có thể sử dụng bất cứ khi nào quý vị muốn. Nền tảng Twill bao gồm: • Các Chương Trình Sức Khỏe Tùy Chỉnh Phù Hợp: Tiếp cận các chương trình tự hướng dẫn 4 tuần tùy chỉnh của Twill Therapeutics được thiết kế để nâng cao sức khỏe thể chất và tinh thần, kết hợp thông tin chi tiết từ các chuyên gia lão hóa khỏe mạnh để hỗ trợ cụ thể cho các hội viên. Thực hiện theo các chương trình theo tốc độ của riêng quý vị và theo dõi tiến trình của quý vị để theo dõi những cải thiện về sức khỏe của quý vị. • Hỗ Trợ Đồng Cấp và Chuyên Gia: Kết nối với Twill Care trong không gian cộng đồng có kiểm duyệt để tương tác với các đồng nghiệp và chuyên gia y tế. Nhận quyền truy cập vào các bài viết được đánh giá lâm sàng và nhận các đề xuất được cá nhân hóa cho các dịch vụ Wellcare bổ sung dựa trên các tương tác và nhu cầu đã xác định của quý vị. • Các Công Cụ Sức Khỏe Kỹ Thuật Số Cá Nhân Hóa: Tham gia vào các hoạt động tương tác, thiền và trò chơi dựa trên liệu pháp hành vi nhận thức, chánh niệm và tâm lý tích cực. Những công cụ này giải quyết các chủ đề chính như lão hóa khỏe mạnh, quản lý sự cô lập, chăm sóc, đau buồn và tìm mục đích trong quá trình lão hóa, v.v. Các hội viên có thể truy cập nền tảng bằng cách đăng nhập vào cổng thông tin hội viên member.wellcare.com hoặc gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên. Sau khi đăng ký, quý vị có thể truy cập nền tảng trực tiếp bất cứ lúc nào từ máy tính, máy tính bảng hoặc điện thoại thông minh.	Đồng thanh toán \$0 cho nền tảng hỗ trợ xã hội.*

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

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Liệu Pháp Tập Thể Dục Có Giám Sát (SET) SET được bao trả cho những hội viên có triệu chứng của bệnh động mạch ngoại vi (PAD). Quý vị được bao trả tối đa 36 buổi trong khoảng thời gian 12 tuần nếu đáp ứng các yêu cầu của chương trình SET. Chương trình SET phải: • Bao gồm các buổi tập kéo dài 30-60 phút, gồm một chương trình đào tạo tập thể dục trị liệu PAD ở những bệnh nhân khập khiễng • Được thực hiện tại phòng khám của bệnh viện dành cho bệnh nhân ngoại trú hoặc phòng mạch của bác sĩ • Được thực hiện bởi nhân viên phụ trợ có trình độ cần thiết để đảm bảo rằng lợi nhiều hơn hại và được thực hiện bởi những người được đào tạo về liệu pháp tập thể dục cho PAD • Dưới sự giám sát trực tiếp của bác sĩ, phụ tá bác sĩ hoặc y tá/y tá cao cấp của bệnh xá, những người phải được đào tạo về các kỹ thuật hỗ trợ mạng sống cả cơ bản và nâng cao SET có thể được bao trả hơn 36 buổi trong 12 tuần đối với 36 buổi bổ sung trong một khoảng thời gian dài nếu được coi là cần thiết về mặt y tế bởi một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần khám trị liệu vận động có giám sát được Medicare bao trả.
Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp Dịch vụ được chương trình bao trả yêu cầu chăm sóc y tế ngay lập tức mà không phải là trường hợp cấp cứu là dịch vụ cần thiết khẩn cấp nếu quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc ngay cả khi quý vị ở trong khu vực dịch vụ của chương trình, việc nhận dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới mà chương trình ký hợp đồng là không hợp lý. Chương trình của quý vị phải bao trả cho các dịch vụ cần thiết khẩn cấp và chỉ tính phí chia sẻ chi phí trong mạng lưới cho quý vị. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp là các bệnh và thương tích y tế không lường trước được hoặc các đợt bùng phát bất ngờ của các bệnh lý hiện tại. Tuy nhiên, các lần thăm khám định kỳ với nhà cung cấp cần thiết về mặt y tế, chẳng hạn như khám sức khỏe hàng năm, không được coi là cần thiết khẩn cấp ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc mạng lưới chương trình tạm thời không hoạt động.	Đồng thanh toán \$0 cho các lần thăm khám dịch vụ cần thiết khẩn cấp được Medicare bao trả.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Có bao trả cho các dịch vụ cần thiết khẩn cấp bên ngoài Hoa Kỳ.	Đồng thanh toán \$110 cho các dịch vụ cần thiết khẩn cấp bên ngoài Hoa Kỳ.* Quý vị thanh toán số tiền này kể cả khi quý vị nhập viện trong vòng 24 giờ cho cùng một căn bệnh. Quý vị được bao trả tối đa \$50,000 mỗi năm cho các dịch vụ cấp cứu hoặc các dịch vụ cần thiết khẩn cấp bên ngoài Hoa Kỳ.
Mô hình Thiết Kế Bảo Hiểm Dựa Trên Giá Trị (VBID) Vì chương trình của quý vị tham gia vào Chương Trình Thiết Kế Bảo Hiểm Dựa Trên Giá Trị, quý vị cũng có thể sử dụng trợ cấp Wellcare Spendables™ của mình cho bất kỳ quyền lợi nào dưới đây. Quý vị phải tiếp tục được ghi danh vào chương trình này và đủ điều kiện hưởng LIS để nhận quyền lợi VBID. Trợ cấp này được kết hợp với quyền lợi Không Cần Toa (OTC) của quý vị. Xin xem quyền lợi Wellcare Spendables™ trong bảng này để biết thêm thông tin. Xăng trả tiền lúc bơm Quý vị có thể sử dụng thẻ để thanh toán tiền xăng lúc bơm tại các địa điểm tham gia. Không thể sử dụng thẻ để thanh toán trực tiếp tại quầy thu ngân. Chỉ có thể sử dụng thẻ của quý vị để bơm xăng tối đa đến số tiền hạn mức có sẵn. Thực Phẩm Lành Mạnh Quý vị có thể dùng thẻ mua thực phẩm và sản phẩm lành mạnh tại cửa hàng bán lẻ đối tác. Có thể đặt suất ăn chuẩn bị sẵn qua công trực tuyến. Không thể dùng thẻ để mua thuốc lá hoặc rượu. Các mặt hàng được phê duyệt bao gồm: - Thịt đỏ và gia cầm - Trái cây và rau xanh - Thức uống dinh dưỡng	

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
Sử dụng tính năng quét mã vạch trong ứng dụng của quý vị để tìm các vật phẩm được phê duyệt tại các địa điểm bán lẻ, đăng nhập vào cổng thông tin hội viên hoặc tham khảo catalog. Cải Tạo Nhà và Vật Dụng An Toàn Quý vị có thể sử dụng thẻ của mình để hỗ trợ chi phí cho các vật dụng an toàn và cải tạo nhà. Đăng nhập vào cổng thông tin hội viên của quý vị để mua các vật tư được chấp nhận. Các mặt hàng được phê duyệt bao gồm: - Lấy thanh hoặc tay nắm cửa và khăn trải sàn chống trượt - Ghế an toàn và thiết bị hỗ trợ sửa đổi phòng tắm - Các sản phẩm điều hòa không khí di động và chất lượng không khí - Vật tư kiểm soát dịch hại và côn trùng Hỗ Trợ Tiền Thuê Nhà Quý vị có thể sử dụng thẻ để hỗ trợ chi phí thuê nhà. Đăng nhập vào cổng thông tin hội viên để thanh toán cho nhà cung cấp hoặc thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp tại nơi có chấp nhận thanh toán. Hỗ Trợ Tiện Ích Quý vị có thể sử dụng thẻ để hỗ trợ chi phí tiện ích cho nhà quý vị. Đăng nhập vào cổng thông tin hội viên hoặc thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp dịch vụ tiện ích tại nơi có chấp nhận thanh toán. Không thể dùng thẻ để cài đặt thanh toán định kỳ tự động. Các chi phí được phê duyệt cho quyền lợi này bao gồm: - Các dịch vụ tiện ích như điện, gas, vệ sinh/rác thải và nước - Điện thoại bàn 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	

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
 Khám mắt Các dịch vụ được bao trả gồm có: - Dịch vụ bác sĩ cho người ngoại trú, chẩn đoán và điều trị bệnh và thương tích của mắt, kể cả võng mạc thoái hóa vì tuổi tác. Original Medicare không bao trả chi phí khám mắt định kỳ (khúc xạ ở mắt) để lấy kính/tròng kính - Đối với những người bị tiểu đường, khám sàng lọc bệnh võng mạc đái tháo đường được bao trả mỗi năm một lần. Những người có rủi ro cao bị bệnh tăng nhãn áp: những người với gia đình có tiền sử bệnh tăng nhãn áp, người mắc bệnh tiểu đường, người Mỹ gốc Phi châu 50 tuổi trở lên và người Mỹ gốc Tây Ban Nha từ 65 tuổi trở lên - Đối với những người bị tiểu đường, khám sàng lọc bệnh võng mạc đái tháo đường được bao trả mỗi năm một lần - Một cặp mắt kiếng hoặc kiếng áp tròng, sau mỗi cuộc giải phẫu thủy tinh thể bị đục, kể cả đặt một tròng kiếng bên trong mắt. (Nếu quý vị hai cuộc giải phẫu riêng biệt cho thủy tinh thể bị đục, thì quý vị không thể để dành bảo hiểm sau khi giải phẫu lần đầu, và mua hai mắt kiếng sau lần giải phẫu thứ hai). Ngoài ra, chương trình của chúng tôi chi trả phí tổn cho các dịch vụ khám mắt phụ trội (định kỳ) sau đây: 1 lần khám mắt định kỳ mỗi năm. Khám mắt định kỳ bao gồm thử nhãn áp (glaucoma) cho những ai có nguy cơ bị tăng nhãn áp, và khám võng mạc cho người bệnh tiểu đường.	Đồng thanh toán \$0 cho tất cả các lần khám mắt khác để chẩn đoán và chữa bệnh cho mắt. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho Khám Sàng Lọc Tăng Nhãn Áp được Medicare bao trả. Đồng thanh toán \$0 khi khám võng mạc được Medicare bao trả cho hội viên bệnh tiểu đường. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho kính mắt được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i> Khám mắt bổ sung (tức là định kỳ): Đồng thanh toán \$0 cho 1 lần khám mắt định kỳ mỗi năm.* <i>Có thể yêu cầu Sự Ủy Quyền Trước.</i>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
- Không giới hạn số cặp kính mắt theo toa mỗi năm với quyền lợi tối đa là \$100 mỗi năm. Kính mắt được bao trả bao gồm bất kỳ: - Cặp mắt kiếng (gọng và tròng mắt kiếng) hoặc - Chỉ có các tròng mắt kiếng hoặc - Chỉ có các gọng mắt kiếng, hoặc - Kính áp tròng thay vì cặp mắt kính hoặc - nâng cấp thiết bị nhãn khoa Lưu ý: Chương trình chi trả phí gắn kính áp tròng vừa vặn cho mắt. Số tiền bảo hiểm phúc lợi tối đa của chương trình là \$100 mỗi năm áp dụng cho chi phí bán lẻ của gọng và/hoặc tròng kính (bao gồm bất kỳ lựa chọn tròng kính nào như có lớp mạ và lớp phủ). Quý vị chịu trách nhiệm cho mọi chi phí vượt quá phúc lợi tối đa đối với mắt kính bổ sung (tức là định kỳ).* Không bao gồm mắt kính được Medicare đài thọ, theo mức quyền lợi tối đa phụ trội (ví dụ, định kỳ). Hội viên không được sử dụng quyền lợi về kính mắt bổ sung để tăng mức bảo hiểm cho kính mắt được Medicare bao trả. Lưu ý: Bảo hiểm cho các dịch vụ thị lực định kỳ là một quyền lợi bổ sung do chương trình cung cấp. Cả Medicare hoặc Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii sẽ không thanh toán phần chia sẻ chi phí của quý vị cho những dịch vụ này. Phải nhận dịch vụ thị lực thông qua mạng lưới chăm sóc thị lực của chương trình. Đối với các câu hỏi về cách tìm nhà cung cấp hoặc để biết thêm thông tin, xin gọi bộ phận Dịch Vụ Hội Viên.	Đồng thanh toán \$0 cho kính mắt.* <i>Quý vị có thể phải có sự ủy quyền trước.</i>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
 Khám với bác sĩ trong dịp Chào mừng đến với Medicare để ngừa bệnh Chương trình bao trả cho thăm khám phòng bệnh <i>Chào mừng đến với Medicare</i> một lần. Cuộc viếng bác sĩ này gồm có xem xét sức khỏe quý vị, cũng như giáo dục và khuyên bảo về các dịch vụ ngừa bệnh mà quý vị cần (bao gồm vài khám nghiệm truy tầm bệnh và chích ngừa (hoặc vắc-xin)) và giới thiệu tới dịch vụ y tế khác nếu cần. Lưu ý quan trọng: Chúng tôi đòi hỏi cho thăm khám phòng bệnh <i>Chào mừng đến với Medicare</i> chỉ trong 12 tháng đầu tiên quý vị có Medicare Part B. Khi quý vị đặt lịch hẹn, hãy cho văn phòng bác sĩ biết quý vị muốn lên lịch cho thăm khám phòng bệnh <i>Chào mừng đến với Medicare</i>. EKG được Medicare bao trả sau lần khám <i>Dịch Vụ Phòng Bệnh Chào mừng đến với Medicare</i>.	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ khi khám phòng bệnh vào dịp <i>Chào mừng đến với Medicare</i>. Đồng thanh toán \$0 cho mỗi EKG được Medicare bao trả sau Lần Khám Phòng Bệnh <i>Chào mừng đến với Medicare</i>.
Wellcare Spendables™ Quý vị sẽ nhận được \$99 hàng tháng nạp trước vào thẻ Wellcare Spendables™ của quý vị. Trợ cấp hàng tháng sẽ chuyển sang tháng tiếp theo nếu chưa sử dụng và hết hạn vào cuối năm chương trình.	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ cho thẻ Wellcare Spendables™. Có thể áp dụng tối thiểu \$35 cho một số đơn hàng để đủ điều kiện vận chuyển miễn phí. Không có yêu cầu tối thiểu đối với việc mua tại cửa hàng.

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<u>Có thể sử dụng trợ cấp trong thẻ của quý vị cho:</u> Vật phẩm Không Cần Toa (OTC): Thẻ của quý vị có thể được sử dụng tại các địa điểm bán lẻ tham gia chương trình, qua ứng dụng di động hoặc đăng nhập vào cổng thông tin hội viên của quý vị để đặt đơn hàng giao hàng tại nhà. Các vật phẩm được bao trả gồm có: • Các vật phẩm không cần toa chính hiệu và gốc • Vitamin, thuốc giảm đau, vật phẩm cho bệnh cảm cúm và dị ứng, vật phẩm cho bệnh tiểu đường • Sử dụng tính năng quét mã vạch trong ứng dụng của quý vị để tìm các vật phẩm được phê duyệt tại các địa điểm bán lẻ, hoặc đăng nhập vào cổng thông tin hội viên của quý vị hoặc tham khảo catalog của quý vị. Lưu ý: Trong một số trường hợp, thiết bị chẩn đoán và dụng cụ hỗ trợ cai thuốc lá được bao trả trong quyền lợi y tế của chương trình. Quý vị nên (khi có thể) sử dụng các quyền lợi y tế của chương trình của chúng tôi trước khi tiêu khoản trợ cấp OTC cho những vật phẩm này. <u>Vì chương trình của quý vị tham gia vào Chương Trình Thiết Kế Bảo Hiểm Dựa Trên Giá Trị, quý vị cũng có thể sử dụng thẻ của mình cho bất kỳ quyền lợi nào dưới đây:</u> • Xăng trả tiền lúc bơm • Thực Phẩm Lành Mạnh • Cải Tạo Nhà và Vật Dụng An Toàn • Hỗ Trợ Tiền Thuê Nhà • Hỗ Trợ Tiện Ích Tham khảo Mô Hình Thiết Kế Bảo Hiểm Dựa Trên Giá Trị (VBID) trong bảng này để biết thêm thông tin về những quyền lợi này.	

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<u>Cách sử dụng thẻ:</u> - Kích hoạt thẻ của quý vị trước khi sử dụng. - 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. - Chọn các vật phẩm/dịch vụ được phê duyệt của quý vị. - Tiến hành thanh toán và chi trả cho nhà bán lẻ bằng thẻ Wellcare Spendables™ của quý vị. Đối với đơn hàng trên ứng dụng trực tuyến hoặc di động, hãy nhập số thẻ của quý vị khi thanh toán. - Thẻ của quý vị không phải là thẻ tín dụng nhưng có thể được nhập là ‘tín dụng’ để thanh toán. Nếu được nhắc, mã PIN của quý vị là 4 chữ số cuối trong số thẻ của quý vị. Lưu ý: - Sau khi sử dụng hết trợ cấp chi tiêu, quý vị sẽ chịu trách nhiệm thanh toán các chi phí mua hàng còn lại. - Các mặt hàng mua tại cửa hàng có thể được đổi trả theo chính sách đổi trả của các cửa hàng bán lẻ. - Nếu thẻ của quý vị không hoạt động đúng cách hoặc trong trường hợp xảy ra sự cố kỹ thuật, vui lòng liên hệ với chúng tôi theo số bên dưới. - Wellcare không chịu trách nhiệm cho việc thẻ bị mất hoặc bị đánh cắp. - Thẻ Wellcare Spendables™ chỉ để sử dụng cho mục đích cá nhân, không được bán hoặc chuyển nhượng và không có giá trị tiền mặt. - Có thể áp dụng các giới hạn và hạn chế, chỉ những mặt hàng được phê duyệt mới được bao trả. - Đây không phải là quyền lợi của Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii. Để biết thêm thông tin về thẻ Wellcare Spendables™ hoặc để yêu cầu catalog, vui lòng gọi số: 1-855-744-8550, TTY: 711. Giờ làm việc: Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Quý vị cũng có thể truy cập trực tuyến tại: member.wellcare.com.	

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

Phần 3.1 Dịch vụ *không* được chương trình bao trả

Những dịch vụ không được Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) bao trả nhưng được cung cấp thông qua Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii. Nếu quý vị có thắc mắc về các quyền lợi của Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii, hãy liên hệ với Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii theo số 1-800-316-8005, Người dùng TTY xin gọi 711 từ 7:45 sáng đến 4:30 chiều giờ HT, Thứ Hai - Thứ Sáu.

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

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

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

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

Nếu quý vị nhận được các dịch vụ bị loại trừ (không được bao trả), quý vị phải tự thanh toán ngoại trừ trong các điều kiện cụ thể được liệt kê dưới đây. Ngay cả khi quý vị được cung cấp những dịch vụ này tại một cơ sở cấp cứu, những dịch vụ được loại trừ cũng sẽ không được bao trả và chúng tôi sẽ không trả tiền cho những dịch vụ này. Một ngoại lệ duy nhất là nếu dịch vụ đó được kháng cáo và quyết định sau khi kháng cáo là một dịch vụ y tế mà chúng tôi đáng lý phải trả tiền hoặc bao trả vì tình trạng y khoa cụ thể của quý vị. (Để biết thông tin về việc kháng cáo một quyết định của chúng tôi là không bao trả cho một dịch vụ y tế, hãy xem Chương 9, Phần 6.3 trong tài liệu này).

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

Những dịch vụ không được Medicare bao trả	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào	Chỉ được bao trả trong một số trường hợp cụ thể
Các dịch vụ hoặc thủ tục giải phẫu thẩm mỹ		- Được bao trả trong các trường hợp chấn thương do tai nạn hoặc để cải thiện chức năng một bộ phận cơ thể biến dạng của hội viên. - Bao trả cho tất cả các giai đoạn của thủ thuật giải phẫu phục hồi một bên vú sau khi giải phẫu cắt bỏ vú và bao trả cho điều trị bên vú còn lại để giúp ngực được cân xứng.
Chăm sóc đời sống thường nhật Chăm sóc đời sống thường nhật là việc chăm sóc cá nhân không cần có sự chú ý liên tục của nhân viên y khoa hoặc nhân viên cấp cứu đã được đào tạo, chẳng hạn như việc chăm sóc và giúp đỡ quý vị trong những sinh hoạt thường nhật như tắm rửa hoặc thay quần áo.	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào	
Chăm sóc nha khoa như: - Dịch vụ Chỉnh Nha - Dịch Vụ Trồng Răng Implant - Phục hình Hàm Mặt	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào	

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

Những dịch vụ không được Medicare bao trả	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào	Chỉ được bao trả trong một số trường hợp cụ thể
Thủ thuật giải phẫu và y khoa thí nghiệm, thiết bị và thuốc men thí nghiệm. Các thủ thuật và dụng cụ thử nghiệm là những dụng cụ và thủ thuật được Original Medicare quyết định là không được cộng đồng y khoa chấp nhận nói chung.		• Có thể được Original Medicare bao trả, theo nghiên cứu khảo sát lâm sàng được Medicare chấp thuận hoặc được chương trình của chúng tôi bao trả. (Xem Chương 3, Phần 5 để có thêm thông tin về các nghiên cứu y tế thực dụng).
Tính phí cho chăm sóc do người thân cùng huyết thống với quý vị hoặc những người trong nhà của quý vị cung cấp.	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào	
Chăm sóc điều dưỡng toàn thời gian tại nhà riêng.	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào	
Bữa ăn được giao đến nhà		• Xem phúc lợi ‘Thực Phẩm Lành Mạnh’ trong phần VBID của Bảng Quyền Lợi Y Tế để biết thêm thông tin.
Các dịch vụ nội trợ bao gồm việc trợ giúp căn bản cho việc nhà, như là dọn dẹp nhà cửa nhẹ nhàng, hoặc chuẩn bị bữa ăn nhẹ.	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào	
Dịch vụ sử dụng các phương pháp điều trị tự nhiên hoặc tương đương.	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào	

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

Những dịch vụ không được Medicare bao trả	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào	Chỉ được bao trả trong một số trường hợp cụ thể
Giày chỉnh hình hoặc các dụng cụ hỗ trợ cho chân		Giày là một phần của nẹp chân và được bao gồm trong chi phí của nẹp. Giày chỉnh hình hoặc giày trị liệu dành cho những người bị bệnh chân do bệnh tiểu đường gây ra.
Món đồ cá nhân trong phòng của quý vị tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chẳng hạn như điện thoại hay tivi.	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào	
Phòng riêng trong bệnh viện.		Chỉ được bao trả khi cần thiết về mặt y tế.
Giải phẫu mắt theo kỹ thuật khúc xạ để điều chỉnh tình trạng cận thị, giải phẫu LASIK và các trợ giúp khác cho mắt kém.	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào	
Các thủ thuật đảo ngược cho phẫu thuật triệt sản và/hoặc các tiếp liệu tránh thai không theo toa.	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào	
Chăm sóc bàn chân định kỳ		Một số bảo hiểm hạn chế được cung cấp theo quy định của Medicare (ví dụ: nếu quý vị bị tiểu đường).
Dịch vụ được xem là không hợp lý và cần thiết, theo tiêu chuẩn của Original Medicare	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào	

CHƯƠNG 5:

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

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

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

Vì quý vị đủ điều kiện tham gia Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii, quý vị đủ điều kiện và đang nhận “Trợ Giúp Bỏ Sung” từ Medicare để thanh toán cho các chi phí thuốc chương trình thuốc theo toa của quý vị. Vì quý vị đang tham gia chương trình “trợ giúp bỏ sung”, **một số thông tin trong Chứng Từ Bảo Hiểm về chi phí cho thuốc theo toa Phần D có thể không áp dụng với quý vị.** Chúng tôi đã gửi cho quý vị một bản thông tin riêng gọi là *Phụ Lục Chứng Từ Bảo Hiểm cho Những Người Nhận Trợ Giúp Bỏ Sung cho Thuốc Theo Toa* (còn được gọi là Phụ Lục về Trợ Cấp Thu Nhập Thấp hay Phụ Lục LIS), cho quý vị biết về bảo hiểm thuốc của mình. Nếu quý vị không có bản thông tin này, hãy gọi bộ phận Dịch Vụ Hội Viên và hỏi xin một bản *Phụ Lục LIS*. (Số điện thoại bộ phận Dịch Vụ Hội Viên được ghi ở bìa sau của tài liệu này).

PHẦN 1 Giới thiệu

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

Ngoài các thuốc được Medicare bao trả, một số thuốc theo toa cũng được bao trả cho quý vị theo các quyền lợi Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii của quý vị. Để tìm hiểu thêm về bảo hiểm thuốc của Medicaid, vui lòng liên hệ Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii để xác định loại bảo hiểm thuốc nào có thể được cung cấp cho quý vị. (Quý vị có thể tìm các số điện thoại và thông tin liên hệ của Medicaid ở Chương 2, Phần 6.)

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

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

- Quý vị phải có một nhà cung cấp (bác sĩ, nha sĩ hoặc người kê toa khác) viết toa thuốc của quý vị và phải hợp lệ theo luật tiểu bang hiện hành.
- Người kê toa của quý vị không được nằm trong Danh Sách Loại Trừ hoặc Ngăn Chặn của Medicare.
- Quý vị thường phải lấy thuốc theo toa tại một nhà thuốc trong mạng lưới. (Xem Phần 2 trong chương này). *Hoặc quý vị có thể mua thuốc theo toa thông qua dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện của chương trình.*
- Thuốc của quý vị phải nằm trong *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Mục Thuốc)* (chúng tôi thường gọi tắt là Danh Sách Thuốc). (Xem Phần 3 trong chương này).
- Thuốc của quý vị phải được sử dụng theo chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. “Chỉ định được chấp nhận về mặt y tế” là việc sử dụng thuốc được Cục Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm chấp thuận hoặc được một số sách tham khảo hỗ trợ. (Xem Phần 3 trong chương này để biết chi tiết về một chỉ định được chấp nhận về mặt y tế.)
- Thuốc của quý vị có thể cần được phê duyệt trước khi chúng tôi bao trả. (Xem Phần 4 trong chương này để biết thêm thông tin về các hạn chế đối với bảo hiểm của quý vị.)

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

Phần 2.1 Sử dụng một nhà thuốc trong mạng lưới

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

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

Phần 2.2 Nhà thuốc trong mạng lưới

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

Để tìm nhà thuốc trong mạng lưới, quý vị có thể tra trong *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*, truy cập trang web của chúng tôi (www.2025wellcaredirectories.com) và/hoặc gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên.

Quý vị có thể mua thuốc tại bất cứ nhà thuốc nào trong mạng lưới.

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

Nếu nhà thuốc của quý vị rút khỏi mạng lưới của chương trình thì quý vị sẽ cần tìm nhà thuốc mới trong mạng lưới. Để tìm một nhà thuốc khác trong khu vực của quý vị, quý vị có thể nhờ sự trợ giúp từ bộ phận Dịch Vụ Hội Viên hoặc sử dụng *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*. Ngoài ra, quý vị còn có thể tìm thấy thông tin này trên trang web của chúng tôi tại www.2025wellcaredirectories.com.

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

Đôi khi, quý vị phải mua thuốc theo toa tại một nhà thuốc chuyên khoa. Các nhà thuốc chuyên khoa bao gồm:

- Các nhà thuốc cung cấp thuốc trị liệu tiêm truyền tại nhà.
- Các nhà thuốc cung cấp thuốc cho những người sống ở cơ sở chăm sóc lâu dài (LTC). Thường thì một cơ sở chăm sóc lâu dài (LTC) (như viện dưỡng lão) có nhà thuốc trực thuộc. Nếu quý vị có trở ngại trong việc tiếp cận quyền lợi Phần D của quý vị trong một cơ sở LTC, xin vui lòng liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên.
- Các nhà thuốc chuyên phục vụ cho Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Người Mỹ Bản Xứ/Bộ Lạc/Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Người Mỹ Bản Xứ Sống Ở Thành Thị (các dịch vụ này không có ở Puerto Rico). Trừ các trường hợp khẩn cấp, các nhà thuốc loại này trong mạng lưới chúng tôi chỉ được phép phục vụ cho người Mỹ bản xứ hay người Alaska bản xứ.
- Nhà thuốc chuyên cung cấp các loại thuốc bị FDA giới hạn chỉ cho phép sử dụng ở những khu vực

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

quy định hoặc các loại thuốc cần được xử lý đặc biệt, cần có sự phối hợp giữa các nhà cung cấp hay cần có hướng dẫn về cách sử dụng. Để tìm một nhà thuốc chuyên khoa, hãy tìm trong *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* www.2025wellcaredirectories.com hoặc gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên.

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

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

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

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

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

Thường thì đơn thuốc đặt hàng qua đường bưu điện sẽ được giao đến quý vị trong vòng không quá 14 ngày. Tuy nhiên, đôi khi đơn thuốc theo toa đặt qua đường bưu điện có thể bị chậm trễ. Khi được cho toa thuốc dài hạn mà quý vị cần dùng ngay, hãy yêu cầu bác sĩ viết hai toa thuốc: một toa thuốc chỉ định đủ lượng thuốc dùng trong 30 ngày để quý vị mua ngay tại một nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới, còn một toa khác chỉ định đủ lượng thuốc dùng lâu dài để mua cho dịch vụ gửi thuốc qua đường bưu điện. Nếu đơn thuốc đặt 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 của chúng tôi theo số 1-866-800-6111 (TTY 1-888-816-5252), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần để được trợ giúp. Các hội viên có thể gọi bộ phận Dịch Vụ Hội Viên về đặt hàng thuốc qua đường bưu điện theo số 1-833-750-0201 (TTY: 711) 24 giờ trong ngày, 7 ngày mỗi tuần. Hoặc đăng nhập vào express-scripts.com/rx.

Toa thuốc mới được nhà thuốc nhận trực tiếp từ phòng khám của bác sĩ.

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

- Quý vị đã sử dụng các dịch vụ mua thuốc qua đường bưu điện với chương trình này trong quá khứ, hoặc
- Quý vị đăng ký giao hàng tự động đối với tất cả các thuốc theo toa mới nhận được trực tiếp từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Quý vị có thể yêu cầu giao hàng tự động đối với tất cả các thuốc theo toa mới bất cứ lúc nào bằng cách liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên phụ trách dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện theo số 1-833-750-0201, (TTY: 711), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Hoặc đăng nhập vào express-scripts.com/rx.

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

Nếu quý vị tự động nhận được thuốc theo toa qua đường bưu điện mà quý vị không muốn, và quý vị đã không được liên lạc để xem liệu quý vị có muốn hay không trước khi thuốc theo toa được gửi đến quý vị, quý vị có thể đủ điều kiện để được hoàn tiền.

Nếu quý vị đã sử dụng dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện trong quá khứ và không muốn nhà thuốc tự động lấy và gửi mỗi toa thuốc mới, xin vui lòng liên lạc với chúng tôi bằng cách gọi đến bộ phận Dịch Vụ Hội Viên phụ trách dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện theo số điện thoại 1-833-750-0201, (TTY: 711), 24 giờ một ngày, 7 ngày mỗi tuần. Hoặc đăng nhập vào express-scripts.com/rx.

Nếu quý vị chưa bao giờ sử dụng dịch vụ giao thuốc đặt mua qua đường bưu điện của chúng tôi và/hoặc quyết định ngừng tự động lấy toa thuốc mới, nhà thuốc sẽ liên lạc với quý vị mỗi khi nhà thuốc nhận được toa thuốc mới từ một nhà cung cấp để xem liệu quý vị có muốn nhà thuốc lấy và chuyển thuốc cho quý vị ngay lập tức không. Điều quan trọng là quý vị phải trả lời mỗi lần nhà thuốc liên hệ với quý vị, để cho họ biết có nên gửi, hoãn hoặc hủy toa thuốc mới hay không.

Mua thêm thuốc theo toa từ dịch vụ đặt hàng thuốc qua đường bưu điện. Để lấy thêm thuốc, quý vị có thể chọn ghi danh vào chương trình tự động gửi thêm thuốc cho quý vị. Với chương trình này, chúng tôi sẽ tự động chuẩn bị gửi thêm thuốc cho quý vị khi hồ sơ của chúng tôi cho thấy quý vị gần hết thuốc. Nhà thuốc sẽ liên hệ với quý vị trước khi gửi thuốc mua thêm đi, để biết chắc là quý vị đang cần thêm thuốc, và quý vị có thể hủy bỏ việc mua thêm thuốc theo lịch trình nếu quý vị có đủ thuốc của mình hoặc nếu thuốc của quý vị đã thay đổi.

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

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

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

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

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

Chương trình này cho phép hội viên có hai cách để được cấp thuốc dùng dài hạn (còn gọi là lượng thuốc dùng kéo dài) cho các loại thuốc duy trì trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi. (Thuốc duy trì là loại thuốc quý vị dùng thường xuyên để điều trị một bệnh trạng mãn tính hoặc dài hạn.)

1. Một số nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới của chúng tôi cho phép quý vị lấy thuốc duy trì với lượng dùng dài hạn. *Danh Mục Các Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* www.2025wellcaredirectories.com của quý vị cho biết các nhà thuốc nào trong mạng lưới có thể phát thuốc duy trì với số lượng dùng dài hạn. Quý vị cũng có thể gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên để biết thêm thông tin.
2. Quý vị cũng có thể mua thuốc duy trì thông qua chương trình đặt hàng qua bưu điện của chúng tôi.

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

Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Phần 2.3.

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

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

Thường thì chúng tôi bao trả cho thuốc được lấy tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới *chỉ* khi quý vị không thể dùng một nhà thuốc trong mạng lưới. Để giúp cho quý vị, chúng tôi có các nhà thuốc thuộc mạng lưới bên ngoài của khu vực dịch vụ của chúng tôi, nơi quý vị có thể mua thuốc theo toa với tư cách hội viên của chương trình chúng tôi. **Vui lòng kiểm tra trước với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên** để xem có nhà thuốc trong mạng lưới ở gần hay không. Quý vị có thể phải trả giá sai biệt giữa số tiền quý vị phải trả cho toa thuốc mua tại nhà thuốc ngoài hệ thống và số tiền chúng tôi bao trả cho toa thuốc mua tại nhà thuốc trong hệ thống.

Sau đây là những trường hợp mà chúng tôi sẽ bao trả cho thuốc theo toa quý vị mua tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới:

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

- Nếu quý vị dùng thuốc theo toa thường xuyên và sẽ đi một chuyến du lịch, hãy nhớ kiểm tra số lượng thuốc trước khi đi. Mỗi khi có thể, hãy mang theo đầy đủ số lượng thuốc cần thiết. Quý vị có thể đặt trước thuốc theo toa thông qua một nhà thuốc đặt hàng qua đường bưu điện.
- Nếu quý vị đang đi lại trong Hoa Kỳ và các lãnh thổ trực thuộc và bị bệnh hoặc đánh mất hay dùng hết thuốc theo toa thì chúng tôi sẽ bao trả cho việc lấy thêm thuốc tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới. Trong trường hợp này, quý vị sẽ cần thanh toán đầy đủ giá thuốc (thay vì chỉ đóng tiền đồng trả hay phần đồng bảo hiểm) khi lấy thuốc theo toa. Quý vị có thể nộp đơn xin bồi hoàn để yêu cầu chúng tôi hoàn trả phần bảo hiểm chi phí thuốc đó. Nếu quý vị đến nhà thuốc ngoài mạng lưới thì có thể phải chịu trách nhiệm trả số tiền chênh lệch giữa giá của thuốc đó tại một nhà thuốc trong mạng lưới và giá tính cho quý vị tại nhà thuốc ngoài mạng lưới. Để tìm hiểu cách gửi yêu cầu bồi hoàn, vui lòng tham khảo Chương 7, Phần 2, *Cách yêu cầu chúng tôi trả tiền lại cho quý vị hoặc thanh toán một hóa đơn quý vị đã nhận được*.
- Quý vị cũng có thể gọi đến bộ phận Dịch Vụ Hội 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 gặp một trường hợp cấp cứu y tế hoặc vì tôi cần được chăm sóc khẩn cấp thì sao?

- Chúng tôi sẽ chi trả cho các loại thuốc theo toa được lấy tại nhà thuốc ngoài mạng lưới nếu thuốc đó liên quan đến việc chăm sóc cho một tình trạng cấp cứu hoặc khẩn cấp. Trong trường hợp này, quý vị sẽ cần thanh toán đầy đủ giá thuốc (thay vì chỉ đóng tiền đồng trả hay phần đồng bảo hiểm) khi lấy thuốc theo toa. Quý vị có thể nộp đơn xin bồi hoàn để yêu cầu chúng tôi hoàn trả phần bảo hiểm chi phí thuốc đó. Nếu quý vị đến nhà thuốc ngoài mạng lưới thì có thể phải chịu trách nhiệm trả số

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

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

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

- Chúng tôi sẽ bao trả thuốc theo toa của quý vị khi được lấy tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới nếu có ít nhất một trong các điều kiện dưới đây:
 - Nếu quý vị không thể lấy kịp thời một loại thuốc được bao trả trong khu vực dịch vụ của chúng tôi vì không có nhà thuốc trong mạng lưới nào mở cửa 24 giờ trong ngày và nằm trong khoảng cách hợp lý để lái xe đến.
 - Nếu quý vị cần lấy loại thuốc theo toa tại các nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới để đến hay nhà thuốc đặt hàng thuốc qua đường bưu điện mà loại thuốc này thường không có hàng (bao gồm thuốc có giá cao và thuốc hiếm).
 - Nếu quý vị được tiêm vắc-xin cần thiết về mặt y tế nhưng không được Medicare Part B bảo hiểm, hoặc một số loại thuốc được đài thọ mà chỉ cho dùng tại phòng khám bác sĩ.
- Trong tất cả các trường hợp trên đây, quý vị có thể nhận được thuốc theo toa với lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 30 ngày. Ngoài ra, rất có thể quý vị sẽ phải thanh toán tiền thuốc cho nhà thuốc ngoài mạng lưới và sau đó nộp hồ sơ chứng minh để yêu cầu chương trình hoàn trả cho quý vị. Vui lòng nhớ gửi kèm trong hồ sơ phân giải thích về tình huống liên quan đến việc quý vị phải sử dụng nhà thuốc không thuộc mạng lưới của chúng tôi. Điều này sẽ giúp chúng tôi trong việc xử lý đơn xin hoàn trả của quý vị.

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

Nếu cần phải sử dụng nhà thuốc ngoài mạng lưới, quý vị thường phải thanh toán toàn bộ chi phí khi quý vị mua thuốc theo toa. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị. (Chương 7, Phần 2 giải thích về cách yêu cầu chương trình hoàn trả cho quý vị).

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

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

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

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

Danh Sách Thuốc bao gồm các loại thuốc được bao trả theo Medicare Part D. Ngoài các thuốc được

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

Medicare bao trả, một số thuốc theo toa cũng được bao trả cho quý vị theo các quyền lợi Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii của quý vị. Để tìm hiểu thêm về bảo hiểm thuốc của Medicaid, vui lòng liên hệ Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii để xác định loại bảo hiểm thuốc nào có thể được cung cấp cho quý vị. (Quý vị có thể tìm các số điện thoại và thông tin liên hệ của Medicaid ở Chương 2, Phần 6.)

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

- Được Cục Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm chấp thuận để chẩn đoán hoặc cho tình trạng mà bác sĩ kê toa thuốc hoặc
- Được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo nhất định, chẳng hạn như Thông Tin Thuốc Trong Danh Mục Thuốc Của Bệnh Viện Hoa Kỳ và Hệ Thống Thông Tin Micromedex DRUGDEX.

Danh Sách Thuốc bao gồm thuốc biệt dược, thuốc gốc và các sản phẩm sinh học (có thể bao gồm thuốc sinh học tương tự).

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

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

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

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

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

- Trong một số trường hợp, luật pháp không cho phép bất kỳ chương trình Medicare nào bao trả một số loại thuốc nhất định. (Để biết thêm thông tin về điều này, vui lòng xem Phần 7.1 của chương này.)
- Trong những trường hợp khác, chúng tôi đã quyết định không đưa một loại thuốc cụ thể vào trong Danh Sách Thuốc. Trong một số trường hợp, quý vị có thể nhận được một loại thuốc không có trong Danh Sách Thuốc. (Vui lòng xem Chương 9 để biết thêm thông tin.)
- Thuốc theo toa được bao trả bởi Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii không nằm trong Danh Sách Thuốc. Vui lòng liên lạc với Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii ở tiểu bang của quý vị để tìm hiểu về các chương trình bảo hiểm thuốc có thể dành sẵn

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

cho quý vị. (Quý vị có thể tìm các số điện thoại và thông tin liên hệ của Medicaid ở Chương 2, Phần 6.)

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

Có bốn cách tìm hiểu:

1. Kiểm tra Danh Sách Thuốc mới nhất mà chúng tôi cung cấp dưới dạng điện tử.
2. Truy cập trang mạng của chương trình (www.wellcare.com/ohana). Danh Sách Thuốc đăng trên trang mạng luôn là phiên bản cập nhật mới nhất.
3. Gọi điện đến Ban Dịch Vụ Hội Viên để hỏi xem một loại thuốc cụ thể có nằm trong Danh Sách Thuốc của chương trình không, hoặc để yêu cầu được nhận bản sao danh sách.
4. Sử dụng “Công Cụ Quyền Lợi Thời Gian Thực” của chương trình (www.wellcare.com/ohana hoặc bằng cách gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên). Với công cụ này, quý vị có thể tìm kiếm thuốc trên Danh Sách Thuốc để xem ước tính những gì quý vị sẽ phải thanh toán và có các thuốc thay thế trên Danh Sách Thuốc có thể điều trị cùng một tình trạng bệnh lý đó không.

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

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

Có các quy định đặc biệt giới hạn cách thức chi trả và các trường hợp được chi trả một số loại thuốc theo toa. Một nhóm gồm các bác sĩ và dược sĩ đã xây dựng những quy định này để khuyến khích quý vị và nhà cung cấp của quý vị sử dụng thuốc theo cách hiệu quả nhất. Để tìm hiểu xem có giới hạn nào trong số này áp dụng cho một loại thuốc quý vị đang dùng hay muốn dùng, vui lòng tham khảo Danh Sách Thuốc.

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

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

Phần 4.2 Có những giới hạn gì?

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

Nếu có giới hạn nào áp dụng cho thuốc của quý vị, điều này thường có nghĩa là quý vị hay nhà cung cấp dịch vụ cho quý vị sẽ cần thực hiện các bước thêm để được chúng tôi bao trả thuốc đó. Hãy liên

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

hệ với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên để tìm hiểu việc quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị sẽ cần làm để được bảo hiểm cho loại thuốc này. **Nếu quý vị muốn được miễn giới hạn đó thì cần tuân theo thủ tục quyết định phạm vi bảo hiểm và yêu cầu chúng tôi chấp nhận ngoại lệ cho quý vị.** Chúng tôi có thể có hoặc không đồng ý miễn giới hạn cho quý vị. (Xem Chương 9)

Yêu cầu được sự ủy quyền trước của chương trình

Đối với một số loại thuốc, quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế cho quý vị sẽ cần yêu cầu chương trình chấp nhận thì chúng tôi mới đồng ý chi trả thuốc cho quý vị. Điều này được gọi là **sự ủy quyền trước**. Việc này được thực hiện nhằm đảm bảo an toàn thuốc và hướng dẫn sử dụng thích hợp các loại thuốc nhất định. Nếu quý vị không được chấp nhận, thuốc của quý vị có thể không được chương trình bao trả.

Thử dùng một loại thuốc khác trước

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

Giới hạn số lượng

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

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

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

Có những tình huống trong đó một loại thuốc theo toa quý vị đang uống, hoặc một loại thuốc mà quý vị và nhà cung cấp dịch vụ của quý vị nghĩ rằng quý vị nên uống, không có trong danh mục thuốc hoặc có trong danh mục thuốc nhưng với quy định hạn chế. Ví dụ:

- Thuốc đó có thể hoàn toàn không được bao trả. Hoặc có thể chương trình chỉ trả loại thuốc gốc nhưng loại biệt dược là loại thuốc quý vị muốn dùng lại không được chi trả.
- Thuốc được bao trả nhưng mức bao trả cho thuốc đó áp dụng các quy định hay giới hạn bổ sung, như được giải thích trong Phần 4.
- Có một số điều quý vị có thể làm nếu thuốc của quý vị không được bao trả theo đúng cách mong muốn. **Nếu thuốc của quý vị không nằm trong Danh Sách Thuốc hoặc nếu thuốc bị giới hạn, hãy xem Phần 5.2 để tìm hiểu những gì quý vị có thể làm.**

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

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

- Quý vị có thể được cung cấp một lượng cấp tạm thời.
- Quý vị có thể đổi sang loại thuốc khác.
- Quý vị có thể yêu cầu **trường hợp ngoại lệ** và nộp đơn xin chương trình bao trả cho thuốc đó hoặc loại bỏ các giới hạn đối với thuốc.

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

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

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

- **Nếu quý vị là hội viên mới**, chúng tôi sẽ bao trả cho lượng cấp tạm thời của quý vị trong **90 ngày** đầu tiên kể từ khi quý vị trở thành hội viên của chương trình.
- **Nếu quý vị đã tham gia chương trình vào năm ngoái**, chúng tôi sẽ cung cấp lượng cấp tạm thời cho quý vị trong **90 ngày** đầu tiên của năm dương lịch.
- Lượng thuốc tạm thời này sẽ đủ dùng tối đa 30 ngày nếu được cấp tại nhà thuốc bán lẻ hoặc 31 ngày nếu được cấp tại nhà thuốc chăm sóc lâu dài. Nếu toa thuốc chỉ định lượng thuốc cho thời gian ngắn hơn, chúng tôi sẽ cho phép quý vị lấy thêm thuốc cho đến khi lấy đủ thuốc dùng trong 30 ngày tại nhà thuốc bán lẻ hoặc 31 ngày tại nhà thuốc chăm sóc dài hạn. Toa thuốc này phải được lấy từ một nhà thuốc trong mạng lưới. (Xin lưu ý rằng nhà thuốc chăm sóc dài hạn có thể cung cấp thuốc với những lượng nhỏ hơn mỗi lần để tránh lãng phí.)
- **Đối với các hội viên đã tham gia chương trình lâu hơn 90 ngày và đang sống ở cơ sở chăm sóc dài hạn mà cần lấy thuốc ngay lập tức:**
Chúng tôi sẽ bao trả một lần lấy thuốc khẩn cấp với lượng đủ dùng trong 31 ngày hoặc ít hơn nếu toa thuốc chỉ định một thời gian ngắn hơn. Đây là phần bổ sung cho lượng cấp tạm thời ở trên.
- **Đối với những hội viên có thay đổi về mức độ chăm sóc (chẳng hạn như chuyển đến hoặc rời cơ sở chăm sóc dài hạn hoặc bệnh viện) và cần nguồn thuốc ngay lập tức:**
Chúng tôi sẽ bao trả một lượng thuốc đủ dùng 30 ngày hoặc ít hơn nếu toa thuốc của quý vị chỉ định số ngày ít hơn (trong trường hợp đó chúng tôi sẽ cho phép lấy thêm thuốc nhiều lần để cung cấp một lượng thuốc dùng trong 30 ngày).

Nếu quý vị có câu hỏi về lượng cấp tạm thời, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên.

Trong thời gian quý vị dùng lượng cấp tạm thời, quý vị nên trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ y

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

tế cho mình để quyết định xem quý vị sẽ làm gì khi lượng cấp tạm thời đã hết. Quý vị có hai lựa chọn:

1) Quý vị có thể đổi sang loại thuốc khác

Hãy hỏi nhà cung cấp xem có một loại thuốc khác có tác dụng tương tự cho quý vị và được chương trình bao trả không. Quý vị có thể gọi đến Ban Dịch Vụ Hội Viên để yêu cầu được nhận một bản danh sách thuốc được đài thọ dùng để điều trị cùng một bệnh trạng. Danh sách này có thể giúp nhà chăm sóc sức khỏe tìm loại thuốc được bao trả để điều trị bệnh của quý vị.

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

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

Nếu quý vị hiện đang là hội viên và một loại thuốc của quý vị sẽ bị xóa khỏi danh mục thuốc hay bị giới hạn theo cách nào đó vào năm tới, chúng tôi sẽ cho quý vị biết mọi thay đổi trước năm mới. Quý vị có thể yêu cầu trường hợp ngoại lệ khi chưa đến năm tiếp theo và chúng tôi sẽ trả lời cho quý vị trong vòng 72 tiếng sau khi nhận được yêu cầu (hoặc tuyên bố ủng hộ của người kê toa). Nếu chúng tôi chấp nhận yêu cầu thì sẽ cho phép bao trả thuốc trước khi việc thay đổi bảo hiểm có hiệu lực.

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

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

Phần 6.1 Danh Sách Thuốc có thể thay đổi trong năm

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

- **Thêm hay xóa bỏ thuốc trong Danh Sách Thuốc.**
- **Thêm hoặc xóa bỏ giới hạn về bảo hiểm cho một loại thuốc.**
- **Thay thế thuốc biệt dược bằng phiên bản thuốc gốc của loại thuốc đó.**
- **Thay thế sản phẩm sinh học ban đầu bằng phiên bản thuốc sinh học tương tự thay thế 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.

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

Xem Chương 12 để biết định nghĩa về các loại thuốc được thảo luận trong chương này.

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

Thông tin về những thay đổi đối với bảo hiểm thuốc

Khi có thay đổi Danh Sách Thuốc, chúng tôi sẽ đăng thông tin trên trang web của mình về những thay đổi đó. Chúng tôi cũng cập nhật Danh Sách Thuốc trực tuyến thường xuyên. Phần này mô tả các loại thay đổi chúng tôi có thể thực hiện đối với Danh Sách Thuốc và thời điểm quý vị sẽ nhận được thông báo trực tiếp nếu có thay đổi đối với một loại thuốc mà quý vị đang dùng.

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

- **Thêm các loại thuốc mới vào Danh Sách Thuốc và ngay lập tức xóa bỏ hoặc thực hiện thay đổi đối với một loại thuốc tương tự trong Danh Sách Thuốc.**
 - Khi thêm một phiên bản mới của một loại thuốc vào Danh Sách Thuốc, chúng tôi có thể ngay lập tức loại bỏ một loại thuốc tương tự khỏi Danh Sách Thuốc, chuyển loại thuốc tương tự sang một bậc chia sẻ chi phí khác, thêm các hạn chế mới hoặc cả hai. Phiên bản mới của thuốc gốc sẽ có các hạn chế như cũ hoặc ít hơn.
 - Chúng tôi sẽ chỉ thực hiện những thay đổi ngay lập tức này nếu chúng tôi thêm phiên bản chung mới của tên thương hiệu hoặc thêm một số phiên bản thuốc sinh học tương tự mới của sản phẩm sinh học gốc vốn đã có trong Danh Sách Thuốc.
 - Chúng tôi có thể thực hiện những thay đổi này ngay lập tức và cho quý vị biết sau, ngay cả khi quý vị đang dùng loại thuốc mà chúng tôi đang loại bỏ hoặc thực hiện thay đổi. Nếu quý vị đang dùng thuốc tại thời điểm chúng tôi thực hiện thay đổi, chúng tôi sẽ cho quý vị biết thông tin về bất kỳ thay đổi cụ thể nào mà chúng tôi đã thực hiện.
- **Thêm các loại thuốc vào Danh Sách Thuốc và xóa bỏ hoặc thực hiện thay đổi đối với một loại thuốc tương tự trong Danh Sách Thuốc có thông báo trước.**
 - Khi thêm một phiên bản nữa của một loại thuốc vào Danh Sách Thuốc, chúng tôi có thể loại bỏ một loại thuốc tương tự khỏi Danh Sách Thuốc, chuyển loại thuốc tương tự sang một bậc chia sẻ chi phí khác, thêm các hạn chế mới hoặc cả hai. Phiên bản của loại thuốc mà chúng tôi thêm vào sẽ có các hạn chế như cũ hoặc ít hơn.
 - Chúng tôi sẽ chỉ thực hiện những thay đổi này nếu chúng tôi thêm phiên bản chung mới của thuốc biệt dược hoặc thêm một số phiên bản thuốc sinh học tương tự mới của sản phẩm sinh học gốc vốn đã có trong Danh Sách Thuốc.
 - Chúng tôi sẽ cho quý vị biết ít nhất 30 ngày trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi này hoặc cho quý vị biết về thay đổi và bao trả lượng thuốc của loại thuốc quý vị đang dùng trong 30 ngày.

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

- **Loại bỏ các loại thuốc không an toàn và các loại thuốc khác trong Danh Sách Thuốc không còn trên thị trường.**
 - Đôi khi, một loại thuốc có thể bị coi là không an toàn hoặc bị rút khỏi thị trường vì một lý do khác. Trong trường hợp này, chúng tôi sẽ ngay lập tức xóa thuốc đó khỏi Danh Sách Thuốc. Nếu quý vị đang dùng thuốc đó, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị sau khi chúng tôi thực hiện thay đổi.
- **Thực hiện những thay đổi khác đối với thuốc trong Danh Sách Thuốc.**
 - Chúng tôi có thể thực hiện những thay đổi khác khi năm đó bắt đầu ảnh hưởng đến loại thuốc mà quý vị đang dùng. Ví dụ, chúng tôi dựa trên các cảnh báo được đóng khung của FDA hoặc các hướng dẫn lâm sàng mới được Medicare công nhận.
 - Chúng tôi sẽ cho quý vị biết ít nhất 30 ngày trước khi chúng tôi thực hiện những thay đổi này hoặc cho quý vị biết về thay đổi và bao trả thêm lượng thuốc quý vị đang dùng trong 30 ngày.

Nếu chúng tôi thực hiện bất kỳ thay đổi nào trong số này đối với bất kỳ loại thuốc nào quý vị đang dùng, hãy trao đổi với người kê toa của quý vị về các lựa chọn phù hợp nhất với quý vị, bao gồm cả việc đổi sang một loại thuốc khác để điều trị bệnh trạng của quý vị hoặc yêu cầu quyết định bảo hiểm để đáp ứng bất kỳ hạn chế mới nào đối với loại thuốc quý vị đang dùng. Quý vị hoặc người kê toa của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi áp dụng ngoại lệ để tiếp tục bao trả cho thuốc hoặc phiên bản thuốc quý vị đang dùng. Để biết thêm thông tin về cách yêu cầu quyết định bảo hiểm, bao gồm trường hợp ngoại lệ, hãy xem Chương 9.

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

Chúng tôi có thể thực hiện một số thay đổi đối với Danh Sách Thuốc không được mô tả ở trên. Trong những trường hợp này, thay đổi sẽ không áp dụng cho quý vị nếu quý vị đang dùng thuốc khi thực hiện thay đổi; tuy nhiên, những thay đổi này có thể sẽ ảnh hưởng đến quý vị bắt đầu từ ngày 1 tháng 1 của năm chương trình tiếp theo nếu quý vị vẫn tiếp tục tham gia chương trình này.

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

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

Nếu bất cứ thay đổi nào trong số nêu trên xảy ra đối với loại thuốc quý vị đang dùng (ngoại trừ trường hợp thu hồi trên thị trường, thuốc gốc thay thế thuốc biệt dược hoặc thay đổi khác được nêu trong phần trên), thì thay đổi đó sẽ không ảnh hưởng đến việc quý vị sử dụng thuốc hoặc phần chia sẻ chi phí của quý vị cho tới ngày 1 tháng 1 năm sau.

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

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

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

Phần 7.1 Những loại thuốc không được chúng tôi bao trả

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

Nếu quý vị kháng cáo và thuốc của quý vị được kết luận là không bị loại trừ theo Phần D, chúng tôi sẽ thanh toán hoặc bao trả thuốc đó. (Để biết thông tin về việc kháng cáo quyết định, hãy xem Chương 9.) Nếu thuốc bị chương trình của chúng tôi cũng như Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii loại trừ thì quý vị phải tự thanh toán cho thuốc đó.

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

- Bảo hiểm thuốc Phần D của chương trình chúng tôi không thể bao trả cho một loại thuốc có thể được bao trả theo Medicare Part A hay Part B.
- Chương trình không thể bao trả cho thuốc được mua bên ngoài Hoa Kỳ hoặc các lãnh thổ của Hoa Kỳ.
- Chương trình của chúng tôi không thể bao trả thuốc sử dụng ngoài chỉ định khi việc sử dụng không được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo nhất định, chẳng hạn như Thông Tin Thuốc Trong Danh Mục Thuốc Của Bệnh Viện Hoa Kỳ và Hệ Thống Thông Tin Micromedex DRUGDEX. Sử dụng ngoài chỉ định có nghĩa là sử dụng thuốc theo bất cứ cách nào khác ngoài các chỉ định ghi trên nhãn thuốc được Cục Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm chấp thuận.

Ngoài ra, luật pháp quy định rằng Medicare không được phép bao trả cho những nhóm thuốc dưới đây. Tuy nhiên, một số loại thuốc này có thể được bao trả cho quý vị theo bảo hiểm thuốc Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii của quý vị. Vui lòng liên lạc với Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii ở tiểu bang của quý vị để tìm hiểu về các chương trình bảo hiểm thuốc có thể dành sẵn cho quý vị. (Quý vị có thể tìm các số điện thoại và thông tin liên hệ của Medicaid ở Chương 2, Phần 6.)

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

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

Nếu quý vị đang nhận được “Trợ Giúp Bổ Sung” để trả chi phí cho thuốc theo toa, chương trình “Trợ Giúp Bổ Sung” sẽ không trả cho các loại thuốc thường không được bao trả. Tuy nhiên, nếu quý vị có bảo hiểm thuốc qua Medicaid, chương trình Medicaid của tiểu bang quý vị có thể đài thọ cho một số loại thuốc theo toa mà bình thường không được chương trình thuốc theo toa thuộc Medicare đài thọ. Vui lòng liên lạc với chương trình Medicaid ở tiểu bang của quý vị để tìm hiểu về các chương trình bảo hiểm thuốc có thể dành sẵn cho quý vị. (Quý vị có thể tìm các số điện thoại và thông tin liên hệ của Medicaid ở Chương 2, Phần 6.)

PHẦN 8 Lấy thuốc theo toa

Phần 8.1 Cung cấp thông tin hội viên của quý vị

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

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

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

Nếu nhà thuốc không thể thu thập được các thông tin cần thiết, **quý vị có thể cần thanh toán toàn bộ chi phí thuốc theo toa vào lúc lấy thuốc.** (Sau đó quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị. Xem Chương 7, Phần 2 để biết thông tin về cách yêu cầu chương trình bồi hoàn).

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

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

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

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

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

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

thuốc đó nằm trong mạng lưới chúng tôi.

Kiểm tra *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* www.2025wellcaredirectories.com của quý vị để tìm hiểu xem nhà thuốc trực thuộc cơ sở LTC của quý vị hay nhà thuốc mà cơ sở sử dụng có nằm trong mạng lưới của chúng tôi không. Nếu không, hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin hoặc sự hỗ trợ, vui lòng liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên. Nếu quý vị đang ở trong một cơ sở LTC, chúng tôi phải bảo đảm quý vị thường xuyên nhận được những quyền lợi Phần D của quý vị qua mạng lưới của các nhà thuốc LTC của chúng tôi.

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

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

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

Nếu quý vị hiện có bảo hiểm thuốc kê đơn khác qua hãng sở hoặc nhóm hưu trí của quý vị (hoặc của vợ/chồng hay bạn đời của quý vị) vui lòng liên hệ với **nhân viên quản trị quyền lợi của nhóm đó**. Họ có thể giúp tìm hiểu xem chương trình của chúng tôi có thể bổ sung cho bảo hiểm thuốc kê đơn hiện tại của quý vị như thế nào.

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

Lưu ý đặc biệt về bảo hiểm tiêu chuẩn:

Mỗi năm, hãng sở hoặc nhóm hưu trí sẽ gửi thông báo cho quý vị để cho biết là bảo hiểm thuốc kê đơn của quý vị có được coi là tiêu chuẩn trong năm dương lịch tới hay không.

Nếu bảo hiểm của nhóm hưu trí được xếp loại tiêu chuẩn, thì có nghĩa là chương trình đó có bảo hiểm thuốc mà theo dự kiến sẽ thanh toán trung bình ít nhất là tương đương với bảo hiểm thuốc kê đơn tiêu chuẩn của Medicare.

Hãy lưu giữ thông báo về bảo hiểm tiêu chuẩn, vì đó là tài liệu quý vị có thể cần đến sau này. Nếu quý vị ghi danh vào một chương trình Medicare bao gồm bảo hiểm thuốc Phần D, quý vị có thể cần xuất trình thông báo này để chứng minh rằng quý vị đã duy trì bảo hiểm tiêu chuẩn. Nếu quý vị không nhận được thông báo về bảo hiểm tiêu chuẩn, hãy yêu cầu một bản sao từ quản trị viên quyền lợi của hãng sở hoặc chương trình hưu trí hoặc hãng sở hoặc công đoàn của quý vị.

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

Chương trình chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi không bao trả đồng thời cùng một loại thuốc. Nếu quý vị đang tham gia vào chương trình chăm sóc cuối đời của Medicare và cần một loại thuốc nhất định (ví dụ như thuốc chống buồn nôn, thuốc nhuận trường, thuốc giảm đau hay thuốc an thần) mà

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

không được chương trình chăm sóc cuối đời bao trả vì thuốc đó không liên quan đến bệnh giai đoạn cuối của quý vị và các bệnh lý đi kèm, thì chương trình của chúng tôi phải nhận được thông báo từ người kê toa hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời xác nhận rằng thuốc đó không liên quan trước khi chương trình của chúng tôi có thể bao trả cho thuốc đó. Để tránh bị trì hoãn trong việc nhận những loại thuốc này khi chương trình của chúng tôi bao trả, hãy yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc người kê toa cung cấp thông báo trước khi quý vị lấy thuốc theo toa.

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

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

Phần 10.1 Các chương trình giúp hội viên sử dụng thuốc an toàn

Chúng tôi sẽ kiểm tra cách sử dụng thuốc của hội viên chúng tôi để giúp đảm bảo rằng mọi người được chăm sóc một cách thích hợp và an toàn.

Chúng tôi sẽ kiểm tra lại mỗi lần quý vị lấy thuốc theo toa. Chúng tôi cũng kiểm tra lại hồ sơ của chúng tôi theo định kỳ. Mục đích của việc kiểm tra là tìm các vấn đề tiềm tàng như:

- Các sai lầm có thể xảy ra liên quan đến thuốc
- Các loại thuốc có thể không cần thiết vì quý vị đang dùng thuốc tương tự khác để điều trị cùng một bệnh lý
- Các thuốc có thể không an toàn hay thích hợp vì tuổi hay giới tính của quý vị
- Một số kết hợp thuốc có thể gây hại cho quý vị nếu được dùng cùng lúc
- Các toa thuốc chứa thành phần gây dị ứng cho quý vị
- Các sai lầm có thể xảy ra về lượng (liều) thuốc quý vị đang dùng
- Số lượng thuốc giảm đau opioid không an toàn

Nếu phát hiện ra một vấn đề tiềm tàng trong chế độ dùng thuốc của quý vị thì chúng tôi sẽ làm việc với nhà cung cấp dịch vụ y tế cho quý vị để giải quyết vấn đề đó.

Phần 10.2 Chương Trình Quản Lý Thuốc (DMP) để giúp hội viên sử dụng thuốc opioid một cách an toàn

Chúng tôi có một chương trình giúp đảm bảo các hội 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

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

rằng việc sử dụng thuốc opioid theo toa của quý vị là phù hợp và cần thiết về mặt y tế. Làm việc với người kê toa của quý vị, nếu chúng tôi xét thấy việc quý vị sử dụng thuốc opioid hoặc benzodiazepine theo toa là không an toàn, chúng tôi có thể giới hạn cách quý vị có thể mua những loại thuốc đó. Nếu chúng tôi đưa quý vị vào DMP của chúng tôi, các giới hạn có thể bao gồm:

- Yêu cầu quý vị mua tất cả thuốc opioid hoặc benzodiazepine theo toa tại một số nhà thuốc nhất định
- Yêu cầu quý vị mua tất cả thuốc opioid hoặc benzodiazepine theo toa từ một số người kê toa nhất định
- Giới hạn số lượng thuốc opioid hoặc benzodiazepine mà chúng tôi sẽ bao trả cho quý vị

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

Quý vị sẽ không được đưa vào DMP nếu quý vị có một số bệnh lý nhất định, chẳng hạn như đau liên quan đến ung thư hoặc bệnh hồng cầu liềm, hoặc quý vị đang được chăm sóc cuối đời, chăm sóc giảm nhẹ hoặc chăm sóc đến hết đời hoặc sống ở cơ sở chăm sóc dài hạn.

Phần 10.3 Chương trình Quản Lý Trị Liệu Bằng Thuốc (MTM) để giúp hội viên quản lý thuốc của mình

Chúng tôi có một chương trình có thể giúp các hội viên có nhu cầu y tế phức tạp. Chương trình này được gọi là Chương Trình Quản Lý Trị Liệu Bằng Thuốc (MTM). Đây là chương trình tự nguyện được cung cấp miễn phí. Một nhóm dược sĩ và bác sĩ đã phát triển chương trình cho chúng tôi để giúp đảm bảo rằng các hội viên của chúng tôi có được lợi ích nhiều nhất từ thuốc họ dùng.

Một số hội viên mắc một số bệnh mãn tính và dùng nhiều loại thuốc mà vượt quá chi phí thuốc với số tiền cụ thể hoặc đang trong một chương trình DMP để giúp hội viên sử dụng thuốc opioid của họ một cách an toàn, có thể hội đủ điều kiện tham gia chương trình MTM. Nếu quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình này, dược sĩ hay chuyên gia y tế khác sẽ gặp quý vị để đánh giá kỹ lưỡng tất cả các loại thuốc của quý vị. Trong buổi đánh giá, quý vị có thể thảo luận về thuốc của quý vị, chi phí về thuốc và bất cứ vấn đề hoặc thắc mắc nào quý vị có về thuốc theo toa hoặc thuốc không cần toa. Quý vị sẽ nhận được một bản tóm tắt cùng với đề xuất danh sách việc cần làm bao gồm các bước cần thực hiện để có được hiệu quả tốt nhất từ

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

thuốc của quý vị. Quý vị cũng sẽ nhận được một danh sách thuốc liệt kê tất cả các loại thuốc quý vị đang dùng, lượng dùng, thời điểm và lý do quý vị dùng các thuốc đó. Ngoài ra, các hội viên trong chương trình MTM sẽ nhận được thông tin về việc thải bỏ an toàn thuốc theo toa là những chất kích thích có kiểm soát.

Quý vị nên trao đổi với bác sĩ về danh sách những việc cần làm được đề xuất và danh sách các loại thuốc của quý vị. Mang theo bản tóm tắt khi quý vị đến khám hoặc bất cứ lần nào quý vị cần nói chuyện với các bác sĩ, dược sĩ và người cung cấp dịch vụ y tế khác. Ngoài ra, quý vị nhớ cập nhật và mang theo danh sách thuốc này (ví dụ, mang kèm theo thẻ ID của quý vị) trong trường hợp phải vào bệnh viện hoặc đến phòng cấp cứu.

Cứ khi nào có chương trình phù hợp với nhu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ tự động ghi danh quý vị vào chương trình đó và gửi thông tin đến quý vị. Nếu quý vị quyết định không tham gia, vui lòng thông báo để chúng tôi có thể hủy ghi danh quý vị. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về chương trình này, vui lòng liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên.

PHẦN 11 Chúng tôi sẽ gửi báo cáo cho quý vị để giải thích các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị và giai đoạn chi trả tiền thuốc hiện tại của quý vị

Phần 11.1 Chúng tôi gửi báo cáo hàng tháng cho quý vị mang tên *Giải Thích Quyền Lợi Bảo Hiểm Phần D (EOB Phần D)*

Chương trình chúng tôi theo dõi chi phí thuốc theo toa của quý vị và tổng số tiền quý vị đã tự trả khi lấy thuốc theo toa lần đầu tiên hoặc lấy thêm thuốc tại nhà thuốc. Bằng cách này, chúng tôi có thể thông báo cho quý vị biết khi quý vị chuyển từ một giai đoạn chi trả thuốc sang giai đoạn khác. Đặc biệt là chúng tôi sẽ theo dõi hai con số chi trả dưới đây:

- Chúng tôi theo dõi số tiền tự trả của quý vị. Khoản này được gọi là **Số Tiền Tự Trả**. Điều này bao gồm những gì quý vị đã thanh toán khi quý vị nhận thuốc Phần D được bao trả, bất kỳ khoản thanh toán nào cho thuốc của quý vị do gia đình hoặc bạn bè thực hiện và bất kỳ khoản thanh toán nào được thực hiện cho thuốc của quý vị bằng “Trợ Giúp Bổ Sung” từ Medicare, chương trình bảo hiểm y tế của chủ lao động hoặc công đoàn, TRICARE, Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe cho Người Da Đỏ, chương trình hỗ trợ thuốc AIDS, tổ chức từ thiện và hầu hết các Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Tiểu Bang (SPAP).
- Chúng tôi theo dõi **Tổng Chi Phí Thuốc của quý vị**. Đây là tổng các khoản tiền thanh toán cho thuốc Phần D được bao trả của quý vị. Điều này bao gồm những gì chương trình đã thanh toán, những gì quý vị thanh toán và những gì chương trình hoặc tổ chức khác đã thanh toán cho thuốc Phần D được bao trả của quý vị.

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

- **Thông tin cho tháng đó.** Bản báo cáo cho biết thông tin chi tiết về các khoản thanh toán cho thuốc theo toa mà quý vị mua trong tháng trước. Báo cáo cho biết tổng chi phí thuốc, phần thanh toán của chương trình và phần tiền quý vị tự thanh toán và người khác đại diện cho quý vị thanh

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

toán.

- **Tổng số tiền thanh toán kể từ ngày 1 tháng 1.** Phần này được gọi là thông tin từ đầu năm đến nay. Số tiền này cho biết tổng chi phí thuốc cũng như tổng số tiền thanh toán cho thuốc của quý vị kể từ đầu năm.
- **Thông tin về giá thuốc.** Thông tin này sẽ thể hiện tổng giá thuốc và thông tin về tăng giá thuốc kể từ lần mua thuốc đầu tiên cho mỗi yêu cầu bảo hiểm thuốc kê đơn với cùng số lượng.
- **Có sẵn các đơn thuốc thay thế có giá thấp hơn.** Điều này sẽ bao gồm thông tin về các loại thuốc khác hiện có với mức chia sẻ chi phí thấp hơn cho mỗi yêu cầu bồi thường thuốc theo toa, nếu áp dụng.

Phần 11.2 Hãy giúp chúng tôi cập nhật thông tin về số tiền quý vị trả cho thuốc

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

- **Cung cấp thẻ hội viên của quý vị mỗi khi quý vị mua thuốc theo toa.** Điều này giúp chúng tôi đảm bảo rằng chúng tôi biết về các toa thuốc mà quý vị mua và quý vị thanh toán bao nhiêu.
- **Hãy đảm bảo chúng tôi nhận được thông tin cần thiết.** Có những lúc quý vị có thể thanh toán toàn bộ chi phí của thuốc theo toa. Trong những trường hợp này, chúng tôi sẽ không tự động nhận được thông tin chúng tôi cần để theo dõi số tiền tự trả của quý vị. Để giúp chúng tôi theo dõi số tiền tự trả của quý vị, hãy cung cấp cho chúng tôi các bản sao biên lai của quý vị. **Dưới đây là một số ví dụ về thời điểm mà quý vị cần cung cấp cho chúng tôi bản sao các biên lai thuốc của quý vị:**
 - Khi quý vị mua một loại thuốc được bao trả tại nhà thuốc trong mạng lưới với giá đặc biệt hoặc sử dụng thẻ giảm giá không thuộc quyền lợi trong chương trình chúng tôi
 - Khi quý vị đóng khoản đồng thanh toán cho thuốc được cấp theo chương trình của nhà sản xuất thuốc nhằm trợ giúp bệnh nhân
 - Bất cứ khi nào quý vị mua thuốc được bao trả tại nhà thuốc ngoài mạng lưới hoặc các trường hợp khác mà quý vị thanh toán giá đầy đủ cho một loại thuốc được bao trả trong một số trường hợp đặc biệt
 - Nếu quý vị nhận hóa đơn tính tiền cho một loại thuốc được bao trả thì quý vị có thể yêu cầu chương trình chi trả phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Để biết cách yêu cầu điều này, hãy xem Chương 7, Phần 2.
- **Cho chúng tôi biết thông tin về các khoản thanh toán mà người khác thanh toán hộ quý vị.** Các khoản thanh toán được thực hiện bởi một số cá nhân và tổ chức khác cũng được tính vào số tiền tự trả của quý vị. Thí dụ, các khoản thanh toán từ những chương trình như Chương trình Trợ giúp được phẩm của tiểu bang, là một Chương Trình Trợ Giúp Thuốc AIDS (ADAP), Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe Người Mỹ bản xứ và các tổ chức từ thiện đều được tính vào số tiền tự trả của quý vị. Hãy

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

giữ hồ sơ chứng minh về các khoản thanh toán này và gửi hồ sơ cho chúng tôi để giúp chúng tôi theo dõi các chi phí của quý vị.

- **Kiểm tra bản báo cáo mà chúng tôi gửi cho quý vị.** Khi quý vị nhận được bản EOB Phần D, hãy đọc kỹ để chắc chắn rằng thông tin trong đó là đầy đủ và chính xác. Nếu quý vị cho rằng có điều gì đó thiếu sót hoặc nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên. Thay vì nhận một bản *Giải Thích Quyền Lợi Bảo Hiểm Phần D (EOB Phần D)* qua thư, quý vị có lựa chọn nhận một bản điện tử EOB Phần D. Quý vị có thể yêu cầu một bản này bằng cách truy cập <https://www.express-scripts.com/>. Nếu quý vị chọn đăng ký, quý vị sẽ nhận được một email khi đã có eEOB Phần D của quý vị để 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. Nhớ lưu giữ các báo cáo này.

CHƯƠNG 6:

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

Chương 6 Số tiền quý vị phải trả cho thuốc theo toa Phần D



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

Vì quý vị đủ điều kiện tham gia Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii, quý vị đủ điều kiện và đang nhận “Trợ Giúp Bổ Sung” từ Medicare để thanh toán cho các chi phí thuộc chương trình thuốc theo toa của quý vị. Vì quý vị đang tham gia chương trình “trợ giúp bổ sung”, **một số thông tin trong Chứng Từ Bảo Hiểm về chi phí cho thuốc theo toa Phần D có thể không áp dụng với quý vị.** Chúng tôi đã gửi cho quý vị một bản thông tin riêng gọi là *Phụ Lục Chứng Từ Bảo Hiểm cho Những Người Nhận “Trợ Giúp Bổ Sung” cho Thuốc Theo Toa* (còn được gọi là *Phụ Lục về Trợ Cấp Thu Nhập Thấp* hay *Phụ Lục LIS*), cho quý vị biết về bảo hiểm thuốc của mình. Nếu quý vị không có bản thông tin này, hãy gọi bộ phận Dịch Vụ Hội Viên và hỏi xin một bản *Phụ Lục LIS*.

CHƯƠNG 7:

*Yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn
mà quý vị đã nhận được cho các loại
thuốc hoặc dịch vụ y tế được bao trả*

Chương 7 Yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho các loại thuốc hoặc dịch vụ y tế được bao trả

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

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

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

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

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

1. Khi quý vị nhận được chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc y tế cần thiết khẩn cấp từ nhà cung cấp không nằm trong mạng lưới của chương trình

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

- Nếu quý vị tự thanh toán toàn bộ số tiền khi nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hãy đề nghị chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị. Gửi cho chúng tôi hóa đơn, cùng với các tài liệu của bất kỳ khoản thanh toán quý vị đã trả.
- Quý vị có thể nhận được hóa đơn yêu cầu thanh toán từ nhà cung cấp mà quý vị cho rằng mình không nợ. Gửi cho chúng tôi hóa đơn này, cùng với các tài liệu của bất kỳ khoản thanh toán quý vị đã trả.

Chương 7 Yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho các loại thuốc hoặc dịch vụ y tế được bao trả

- Nếu có nợ với nhà cung cấp dịch vụ này, chúng tôi sẽ trực tiếp trả tiền nhà cung cấp dịch vụ này.
- Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ, chúng tôi sẽ hoàn lại tiền cho quý vị.

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

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

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

3. Nếu quý vị ghi danh có tính hồi tố vào chương trình của chúng tôi

Đôi khi sự ghi danh của một người trong chương trình có tính hồi tố. (Điều này có nghĩa là ngày đầu tiên của sự ghi danh của họ đã qua rồi. Ngày ghi danh thậm chí có thể xảy ra năm ngoái.)

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

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

Nếu quý vị đến một nhà thuốc ngoài mạng lưới, nhà thuốc này có thể không gửi yêu cầu trực tiếp đến chúng tôi. Khi điều đó xảy ra, quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí của thuốc theo toa của quý vị.

Cất giữ các biên nhận của quý vị và gửi bản sao cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu chúng tôi trả tiền lại cho quý vị. Hãy nhớ rằng chúng tôi chỉ bao trả các nhà thuốc ngoài mạng lưới trong một số trường hợp hạn chế. Xem Chương 5, Phần 2.5 để biết thông tin về các tình huống này. Chúng tôi có thể không hoàn trả cho quý vị số tiền chênh lệch giữa số tiền quý vị đã trả cho toa thuốc mua tại nhà thuốc ngoài hệ thống và số tiền chúng tôi chi trả cho toa thuốc mua tại nhà thuốc trong hệ thống.

5. Khi quý vị phải trả toàn bộ chi phí cho một toa thuốc bởi vì quý vị không có thẻ hội viên chương trình của quý vị trong người

Nếu quý vị không có thẻ hội viên chương trình của quý vị trong người, quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc này gọi cho chương trình hoặc kiểm tra thông tin ghi danh trong chương trình của quý vị. Tuy nhiên, nếu hiệu thuốc này không thể lấy được dữ kiện ghi danh mà họ cần ngay lập tức, quý vị có thể tự mình phải trả toàn bộ chi phí toa thuốc. Cất giữ các biên nhận của quý vị và gửi bản sao cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu chúng tôi trả tiền lại cho quý vị. Chúng tôi có thể không hoàn trả cho quý vị toàn bộ chi phí quý vị đã thanh toán nếu giá bằng tiền mặt quý vị đã thanh toán cao hơn giá đã thương lượng của chúng tôi cho toa thuốc.

Chương 7 Yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho các loại thuốc hoặc dịch vụ y tế được bao trả

6. Khi quý vị phải trả toàn bộ chi phí cho một đơn thuốc trong các trường hợp khác

Quý vị có thể trả toàn bộ chi phí đơn thuốc bởi vì quý vị thấy rằng loại thuốc này không được chi trả vì một lý do nào.

- Ví dụ: loại thuốc này có thể không nằm trong Danh Sách Thuốc của chương trình hoặc danh sách có thể có yêu cầu hoặc hạn chế mà quý vị không biết hoặc không nghĩ là có áp dụng đối với quý vị. Nếu quý vị quyết định để có được thuốc ngay lập tức, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho nó.
- Cất giữ các biên nhận của quý vị và gửi bản sao cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu chúng tôi trả tiền lại cho quý vị. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể cần lấy thêm thông tin từ bác sĩ của quý vị để trả lại cho quý vị tiền thuốc. Chúng tôi có thể không hoàn trả cho quý vị toàn bộ chi phí quý vị đã thanh toán nếu giá bằng tiền mặt quý vị đã thanh toán cao hơn giá đã thương lượng của chúng tôi cho toa thuốc.

7. Nếu quý vị đã được ghi danh hồi tố trong chương trình của chúng tôi bởi vì quý vị đủ điều kiện hưởng bảo hiểm Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii.

Medicaid là chương trình kết hợp của chính phủ Liên Bang và tiểu bang để giúp hỗ trợ chi phí y tế cho một số người có thu nhập và nguồn lực hạn chế. Một số người có Medicaid được tự động ghi danh vào chương trình của chúng tôi để được nhận bảo hiểm thuốc kê đơn của họ. Đôi khi việc ghi danh của một người trong chương trình có hiệu lực từ một thời điểm trong quá khứ. (Hồi tố có nghĩa là ngày đầu tiên của sự ghi danh của họ đã qua rồi. Ngày ghi danh thậm chí có thể xảy ra năm ngoái.)

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

- Hãy gửi cho chúng tôi bản sao biên lai khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn tiền.
- Quý vị phải yêu cầu thanh toán cho số tiền tự trả của quý vị (không phải khoản chi phí đã được một bảo hiểm khác thanh toán).
 - Chương trình có thể không thanh toán cho các thuốc không nằm trong danh sách thuốc của chúng tôi. Tất cả các ví dụ trên là các loại quyết định mức chi trả. Điều này có nghĩa rằng nếu chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi. Chương 9 của tài liệu này (*Việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)*) có thông tin về cách kháng cáo.

Khi quý vị gửi yêu cầu thanh toán cho chúng tôi, chúng tôi sẽ xét duyệt yêu cầu của quý vị và quyết định dịch vụ hoặc thuốc có được bao trả hay không. Đây được gọi là đưa ra **quyết định bảo hiểm**. Nếu quyết định nên bao trả, chúng tôi sẽ trả tiền cho dịch vụ hoặc thuốc đó. Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi. Chương 9 của tài liệu này bao gồm thông tin về cách nộp đơn kháng cáo.

Chương 7 Yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho các loại thuốc hoặc dịch vụ y tế được bao trả

PHẦN 2 Cách yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị hoặc trả tiền cho hóa đơn quý vị đã nhận

Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi trả tiền lại cho quý vị bằng cách gửi cho chúng tôi một yêu cầu bằng văn bản. Nếu quý vị gửi yêu cầu bằng văn bản, hãy gửi hóa đơn của quý vị và chứng từ về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã trả. Quý vị nên sao chép hóa đơn và biên lai cho hồ sơ của quý vị. **Quý vị phải gửi yêu cầu bảo hiểm cho chúng tôi trong vòng 365 ngày (đối với các yêu cầu bảo hiểm y tế) và trong ba năm (đối với các yêu cầu bảo hiểm thuốc)** kể từ ngày quý vị nhận được dịch vụ, vật phẩm hoặc thuốc.

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

- Quý vị không phải sử dụng mẫu đơn này, nhưng mẫu này sẽ giúp chúng tôi xử lý thông tin nhanh hơn. Để Bồi Hoàn Cho Hội Viên, chúng tôi có các mẫu đơn yêu cầu có sẵn trên cổng thông tin web. Quý vị không cần phải dùng mẫu đơn này, nhưng chúng tôi khuyên các hội viên nên sử dụng mẫu đơn này để đảm bảo tất cả các chứng từ được gửi đi đầy đủ. Quý vị có thể gửi bản sao hóa đơn mà không cần mẫu đơn này. Dù là theo cách nào thì quý vị cũng cần gửi thông tin về nhà cung cấp, ngày cung cấp dịch vụ, mã Thuật Ngữ Thủ Thuật Hiện Hành (CPT) khi thích hợp, mã chẩn đoán hoặc mô tả chẩn đoán và số tiền được tính hóa đơn cùng với bất kỳ hồ sơ y tế quý vị có và nếu cần, mô tả ngắn gọn tại sao quý vị cần phải được chăm sóc y tế. Hội viên cũng nên gửi chứng từ thanh toán cùng lúc họ gửi yêu cầu. Chứng từ thanh toán hợp lệ là sao kê ngân hàng hoặc thẻ tín dụng hoặc bản sao séc bị hủy.
- Hoặc là tải về một bản sao của mẫu đơn từ trang web của chúng tôi (www.wellcare.com/ohana) hoặc là gọi Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên và hỏi xin mẫu đơn.

Đối với các dịch vụ y tế, hãy gửi qua bưu điện yêu cầu thanh toán cùng với bất kỳ hóa đơn hoặc biên lai cho chúng tôi tại địa chỉ này:

Địa Chỉ Yêu Cầu Thanh Toán

Wellcare
Medical Reimbursement Department
PO Box 31370
Tampa, FL 33631-3370

Đối với Thuốc Theo Toa Phần D, hãy gửi qua bưu điện yêu cầu thanh toán cùng với bất kỳ hóa đơn hoặc biên lai đã thanh toán cho chúng tôi tại địa chỉ này:

Địa Chỉ Yêu Cầu Thanh Toán Phần D

Wellcare Medicare Part D Claims
Attn: Member Reimbursement Department
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

Chương 7 Yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho các loại thuốc hoặc dịch vụ y tế được bao trả

PHẦN 3 Chúng tôi sẽ cân nhắc yêu cầu thanh toán của quý vị và tuyên bố đồng ý hay không

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

Khi chúng tôi nhận được yêu cầu thanh toán của quý vị, chúng tôi sẽ cho quý vị biết nếu chúng tôi cần bất cứ dữ kiện bổ sung nào từ quý vị. Nếu không, chúng tôi sẽ cân nhắc yêu cầu của quý vị và đưa ra quyết định mức chi trả.

- Nếu chúng tôi quyết định rằng việc chăm sóc y tế hoặc thuốc được bao trả và quý vị làm theo tất cả các quy định, chúng tôi sẽ chi trả cho dịch vụ hoặc loại thuốc đó. Nếu quý vị đã trả tiền cho dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ gửi bồi hoàn cho quý vị. Nếu quý vị đã thanh toán toàn bộ chi phí thuốc, quý vị có thể không được hoàn trả toàn bộ số tiền quý vị đã thanh toán (ví dụ: nếu quý vị mua thuốc tại nhà thuốc ngoài mạng lưới hoặc nếu giá tiền mặt quý vị đã thanh toán cho một loại thuốc cao hơn giá thương lượng của chúng tôi). Nếu quý vị chưa trả tiền cho dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ gửi phí thanh toán thẳng đến nhà cung cấp dịch vụ.
- Nếu chúng tôi quyết định dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc *không* được bao trả hoặc quý vị đã *không* tuân theo tất cả các quy định, chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ chăm sóc hoặc thuốc đó. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải thích lý do tại sao chúng tôi không gửi thanh toán và quyền kháng cáo quyết định đó của quý vị.

Phần 3.2 Nếu chúng tôi cho quý vị biết rằng chúng tôi sẽ không thanh toán tất cả hoặc một Phần Dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo

Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã sai khi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị hoặc số tiền chúng tôi trả không hợp lý, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo. Nếu quý vị lập kháng cáo, điều đó có nghĩa là quý vị yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định của chúng tôi khi chúng tôi đã từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị. Tiến trình kháng cáo là một quá trình chính thức với các thủ tục chi tiết và kỳ hạn quan trọng. Để biết thông tin chi tiết về cách nộp đơn kháng cáo này, hãy xem Chương 9 của tài liệu này.

CHƯƠNG 8:

Quyền và trách nhiệm của quý vị

PHẦN 1 Chương trình của chúng tôi phải tôn trọng các quyền và sự khác biệt về văn hóa của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình

Phần 1.1 Chúng tôi phải cung cấp thông tin cho quý vị bằng những hình thức mà quý vị sử dụng được và phù hợp với những khác biệt về văn hóa của quý vị (bằng những ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, âm thanh, chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn hoặc bằng những hình thức thay thế khác, v.v.)

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

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We also have materials available in languages other than English that are spoken in the plan's service area. We can also give you information in audio, in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services.

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

第 1.1 節 我們必須以適合您且符合您文化敏感度的方式（英語以外的語言、語音版、盲文版、大字版或其他替代格式等）提供資訊。

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

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

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

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

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

Mục 1.1 Chúng tôi phải cung cấp thông tin theo cách hiệu quả cho quý vị và phù hợp với các khía cạnh văn hóa nhạy cảm của quý vị (bằng các ngôn ngữ không phải Tiếng Anh, dưới dạng âm thanh, bằng chữ nổi braille, bằng bản in chữ lớn hoặc các định dạng thay thế khác v.v.)

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

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

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

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

quý vị cần, hãy gọi chương trình đó để biết thông tin về nơi nhận dịch vụ này mà quý vị chỉ thanh toán phần chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

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

Seksyon 1.1 Dapat magbigay kami ng impormasyon sa paraan na angkop sa iyo at alinsunod sa iyong mga cultural sensitivity (nasa mga wika maliban sa Ingles, nasa audio, nasa braille, nasa malaking print, o ibang alternatibong mga format, atbp.)

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

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

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

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

Kung mayroon kayong anumang problema sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano sa isang format na accessible at naaangkop sa inyo, mangyaring tumawag para maghain ng karaingan sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Puwede rin kayong maghain ng reklamo sa Medicare sa pamamagitan ng pagtawag

sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o nang direkta sa Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil (Office for Civil Rights) sa 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Seksion 1.1 Kasapulan a mangipaaykami iti impormasion iti pamay-an a makatulong kenka ken maitunos kadagiti kultural a sensibilidadmo (kadagiti lengguahe malaksid iti Ingles, iti audio, iti braille, kadagiti dadakkel a letra, wenno dadduma pay a kasukat a pormat, kdpay.)

Kasapulan ti planom tapno masigurado nga amin a serbisio, ti klinikal ken saan a klinikal, ket maipaay iti wagas a maiyannatup ti kultura ken maakses dagiti amin a nagpalista, agraman dagiti nabeddengan ti panagsao da iti Ingles, nabeddengan ti kabaelan da iti panagbasa, disabilidad ti panagdengngeng, wenno dagitay addaan kadagiti agduduma a nagappuan a kultura ken etnisidad. Iraman dagiti pagwadan no kasano a masabat ti maysa a plano dagitoy a kasapulan iti aksesibilidad ti, ngem saan a nabeddengan ti panangipaay kadagiti serbisio ti panangiyulog ti sabali a pagsasao, serbisio ti panangitarus, dagiti teletypewriter, wenno koneksion iti (text a telepono wenno teletypewriter a telepono) TTY.

Ti planomi ket addaan kadagiti tattao ken kadagiti libre a serbisio ti tagaipatarus a sidadaan a sumungbat kadagiti saludsod manipud kadagiti baldado ken miembro a saan nga Ingles ti pagsasaona. Addaankami met kadagiti materiales a sidadaan a mausar kadagiti pagsasao a saan nga Ingles a maus-usar iti lugar a serserbisioan ti plano. Mabalindaka met nga ipaayan iti impormasion iti uni, braille, iti dadakkel a letra, wenno kadagiti dadduma nga alternatibo a pormat a libre nu masapulmo daytoy. Kasapulanmi a mangipaay kenka iti impormasion a maipapan kadagiti benepisio ti plano iti pormat a maakses ken maitutop para kenka. Tapno makaala iti impormasion manipud kadakami iti wagas a nanam-ay para kenka, maidawat a tawagan ti Dagiti Serbisio iti Miembro.

Maikasapulan iti planomi a mangiyawat kadagiti babbai a nagpalista ti pagpilian iti tarus nga akses ti espesialista iti salun-at dagiti babbai iti uneg ti network para kadagiti serbisio ti rutina ken manglapped a panangtaripato ti salun-at kadagiti babbai.

Nu dagiti tagaipaay iti network ti plano para ti espesialidad ket saan a sidadaan, rebbengen ti plano nga agbirok kadagiti tagaipaay iti espesialidad iti ruar ti plano a mangipaay kenka ti kasapulan a panangtaripato. Iti daytoy a kasasaad, badayam laeng ti cost sharing iti uneg ti network. Nu adda ka ti kasasaad nga awan dagiti espesialista iti network ti plano a mangsakup ti serbisio a kasapulam, tawagan ti plano para iti impormasion nu sadinno ti papanam tapno magun-od daytoy a serbisio ti cost sharing iti uneg ti network.

Nu adda pakarikutam iti panangala iti impormasion manipud iti planomi iti pormat a maakses ken maitutop para kenka, maidawat a tumawagka tapno makaidatagka iti reklamo iti Dagiti Serbisio iti Miembro (dagiti numero ti telepono ket nakayimrenta iti akin-likod ti kalub daytoy a bassit a libro). Mabalín met a mangidatagka iti reklamo iti Medicare babaen ti panagtawag iti 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), wenno direkta iti Opisina para kadagiti Karbengan a Sibil iti 1-800-368-1019 wenno TTY 1-800-537-7697.

Vaega 1.1 E tatau ona matou tapenaina fa'amatalaga i se auala e talafeagai lelei ma oe ma ogatasi ma lou tulaga ma'ale'ale fa'aleaganuu (i gagana e ese mai le Igilisi, i leo, gagana patupatu, i lomiga tetele, poo isi suiga o fa'atulagana, ma isi.)

O lau fuafuaga e mana'omia e faamautinoa ai o auaunaga uma, o tausiga faafoma'i ma isi lava auaunaga, e ofoina atu i se auala maua luga faaleaganuu ma e avanoa uma mo ē e lesitala, e aofia ai latou e vaivai le faa-Igilisi, tau lē iloa faitau, lē lelei le faalogo, poo i latou e eseese o latou talaaga faaleaganuu. O faata'ita'iga pe faapefea ona ausia e se fuafuaga ia nei mana'oga e aofia ai ae lē gata ai le ofoina atu o auaunaga faaliliu upu, auaunaga faamatala upu, teletypewriters (laau lomitusi faapitoa mo ē e lē lelei le faalogo pe e faigatā ona tautatala) poo le fesoota'iga tau TTY (text telephone or teletypewriter phone) (masini faapitoa mo auaunaga faapitoa tau fe'au tusitusia ma faamatala upu e ala i telefoni ma telefoni feavea'i).

O le matou fuafuaga e iai tagata ma auaunaga faamatala upu e lē totogia, e tali atu i fesili a tagata auai e lē tautatala i le faa-Igilisi. O loo iai foi lomiga o loo maua i isi gagana e ese mai ai le faa-Igilisi o loo tautalagia i totonu o le vaega o le fuafuaga o auaunaga. E mafai ona matou tuuina atu faamatalaga i le pueina o leo ia mafai ona e faalogo iai, i gagana a le 'au tauaso (braille), lomiga i mata'itusi lapopo'a, poo isi ituaiga o lomiga e leai se totogi pe afai e te manaomia. Ua tǎpā i matou e avatu faamatalaga ia te oe e uiga i penefiti o le fuafuaga i se auala e faigofie ona e maua ma talafeagai ma oe. Ina ia maua faamatalaga mai ia matou e fetau i ia oe, faamolemole vili i le Auaunaga a Tagata Auai.

O le matou fuafuaga e tǎpā e tuu atu ai i tama'ita'i lesitala le filifiliga i avanoa tuusa'o i foma'i faapitoa o le soifua maloloina i totonu o faalapotopotoga (network) a tama'ita'i ma auaunaga o le puipuga ma le tausia o le soifua maloloina.

Afai o i latou e ofoina auaunaga faapitoa i se fuafuaga i totonu o le faalapotopotoga e lē avanoa, o le tiute a le fuafuaga le su'eina o se isi e saunia tausiga faapitoa i fafo atu e ofoina atu ia oe ia le tausiga talafeagai. I lea tulaga, o le a e totonuina ai na o le tau masani ona totonu tagata auai i totonu o le faalapotopotoga. IAfai e te iai i se tulaga e leai ni tagata faapitoa i le fuafuaga a le faalapotopotoga e kavaina se auaunaga o e mana'omia, vili le fuafuaga mo faamatalaga poo fea e maua ai lea auaunaga e alu i le tau masani ona totonu tagata auai a le faalapotopotoga.

Afai e iai se faafitauli i lou mauaina o faamatalaga mai le matou fuafuaga i se auala e faigofie ona e maua ma talafeagai ma oe, faamolemole vala'au ane ina ia tuuina atu se faaseā i le Auaunaga a Tagata Auai. E mafai foi ona tuuina atu se faaseā i le Medicare e ala i le vala'au le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), pe tuusa'o i le Ofisa o Aia Tatau (Office of Civil Rights) i le 1-800-368-1019 poo le TTY 1-800-537-7697.

Mahele 1.1 He pono ke ka'a pono 'ana o ka 'ikepili a e kū ana i kou 'ike ho'omaopopo (i nā 'ōlelo ma kahi o Pelekānia, i ka waihona leo kani, i ka 'ōlelo braille, i ke kinona hua nui, i nā 'ano like 'ole, apwa.)

Pono 'oe e hō'ōia i kēlā mau lawelawe āpau, 'o ka lā'au lapa'au a me ka non-clinical. Hā'awi 'ia lākou ma ke 'ano mo'omeheu. Loa'a ia mau mea i ka po'e i loko o ka papa inoa, me ka po'e me ka 'ike li'ili'i ma ka 'ōlelo Pelekania, ka hiki ke heluhelu li'ili'i, a i 'ole ka lohe maika'i 'ole. Loa'a lākou i nā po'e me nā 'ano mo'omeheu like 'ole. 'O kēia nā la'ana o ka ho'okō 'ana o kahi ho'olālā i kēia mau kōi āpau. Loa'a iā lākou nā lawelawe unuhi, nā lawelawe unuhi 'ōlelo, nā mea kākau kelepona, a i 'ole ka pilina TTY (kelepona kikokikona a i 'ole kelepona kākau kelepona) a 'oi aku.

Hā'awi mākou i nā lawelawe unuhi 'ōlelo manuahi e pane i nā nīnau mai nā lālā 'ōlelo Pelekania 'ole. Loa'a iā mākou nā mea i loa'a ma nā 'ōlelo 'ē a'e ma waho o ka 'ōlelo Pelekania i hā'awi 'ia ma ka papahana o ka lawelawe hana. Mākou iā mākou ke hā'awi iā 'oe i ka 'ike ma ka leo, ma ka braille, ma ka pa'i nui, a i 'ole nā palapala 'ē a'e no ka manuahi inā makemake 'oe. E hā'awi mākou iā 'oe i ka 'ike e pili ana i nā pōmaika'i o ka 'plan' ma kahi 'ano hiki ke loa'a a kūpono iā 'oe. No ka loa'a 'ana o ka 'ike mai e kōkua, e kōkua iā Nā lawelawe lawelawe (Member Services).

'O kā mākou papahana e hā'awi i ke komo i nā wahine i helu 'ia i kahi loea olakino wahine mai kā mākou pūnaeweale no nā lawelawe mālama ola wahine.

Inā 'a'ole loa'a nā mea ho'olako kūikawā i kekahi manawa, 'o ka 'plan' ke kuleana e 'imi i nā mea ho'olako kūikawā ma waho o ka pūnaeweale nāna e hā'awi iā 'oe i ka mālama pono. I kēia hihia, pono 'oe e uku wale no ke kumukū'ai o ke ka'ana pūnaeweale. Inā pilikia 'oe i ka loa'a 'ana o kahi loea ma ka pūnaeweale o ka papahana no ka lawelawe āu e pono ai, e ha'i mai iā mākou. Hiki iā 'Plan' ke hā'awi iā 'oe i ka 'ike ma kahi e loa'a ai kēia lawelawe kūikawā mai waho mai me ka ho'ohana 'ana i ke ka'ana like 'ana i nā kumukū'ai pūnaeweale.

Inā pilikia 'oe i ka loa'a 'ana o ka 'ike mai kā mākou ho'olālā ma kahi 'ano āu e makemake ai, e 'olu'olu e kelepona a waiho i kahi ho'opi'i me kā mākou Member Services. Hiki paha iā 'oe ke waiho i kahi ho'opi'i me Medicare ma ke kelepona 'ana iā 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) a i 'ole me ke Keena no na Kuleana Kivila (Office for Civil Rights) 1-800-368-1019 a i 'ole TTY 1-800-537-7697.

Nqe 1.1 Peb yuav tsum muab cov ntaub ntawv mus rau txoj hau kev uas siv tau hauj lwm rau koj thiab haum rau koj cov kab lis kev cai (ua hom lus uas tsis yog Lus Askiv, kaw ua suab lus, ua ntawv xuas, luam ua tus ntawv loj, los sis lwm hom qauv ntaub ntawv kev xaiv, thiab lwm yam)

Koj daim phiaj xwm yuav tsum tau ua kom ntseeg tau tias txhua yam kev pab cuam, tag nrho hauv chaw kho mob thiab tsis yog hauv chaw kho mob tib si, yog muab kom haum raws li kab lis kev cai thiab tuaj yeem nkag mus tau rau txhua tus neeg sau npe nkag, suav nrog cov neeg tsis paub Lus Askiv zoo, nyeem tsis tau ntawv zoo, tsis hnov lus, los sis cov neeg uas muaj ntau yam kab lis kev cai thiab yog haiv neeg tsawg. Cov piv txwv txog txoj hauv kev uas daim phiaj xwm yuav tuaj yeem ua kom tau raws li cov cai hais txog kev nkag mus siv tau yog suav nrog, tab sis tsis txwv rau kev muab kev pab cuam tus kws txhais ntaub ntawv, kev pab cuam tus kws txhais lus, kws ntaus ntawv xov tooj cua, los sis kev txuas TTY (xov tooj xa ntawv los sis xov tooj ntaus ntawv xov tooj cua).

Peb daim phiaj xwm muaj kev pab cuam kws txhais lus pub dawb los teb cov lus nug tuaj ntawm cov tswv cuab uas hais tsis laib Lus Askiv tuaj. Peb kuj tseem puav leej muaj cov ntaub ntawv ua lwm yam lus uas

tsis yog Lus Askiv uas siv hais nyob rau hauv daim phiaj xwm cheeb tsam muab kev pab cuam tib si thiab. Tsis tas li xwb, peb kuj tseem tuaj yeem muab cov ntaub ntawv ua suab kaw lus, ua ntawv xuas, luam ua tus ntawv loj, los sis lwm hom qauv ntaub ntawv kev xaiv yam tsis tau them nqi dab tsi li yog tias koj xav tau. Peb yuav tsum tau muab cov ntaub ntawv hais txog daim phiaj xwm cov txiaj ntsig ua hom qauv ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag mus siv tau thiab tsim nyog rau koj. Txhawm rau kom tau txais cov ntaub ntawv los ntawm peb mus rau txoj hauv kev uas siv tau hauj lwm rau koj, ces thov hu rau Feem Pab Cuam Tswv Cuab.

Peb daim phiaj xwm yuav tsum tau muab txoj kev xaiv rau cov poj niam uas teev npe nkag txog kev nkag ncaj qha mus rau tus kws kho mob tshwj xeeb rau cov poj niam uas nyob rau pab pawg koom tes rau cov kev pab cuam saib xyuas mob nkeeg li ib txwm thiab ua kev tiv thaiv rau cov poj niam.

Yog tias tsis muaj cov kws kho mob tshwj xeeb nyob rau hauv daim phiaj xwm pab pawg koom tes, ces nws yog daim phiaj xwm txoj kev thaj tsob los nrhiav cov kws kho mob tshwj xeeb uas nyob rau pab pawg koom tes sab nrauv uas yuav muab kev saib xyuas mob nkeeg tsim nyog rau koj. Nyob rau qhov xwm txheej no, koj tsuas yuav tau them tus nqi sib faib them hauv pab pawg koom tes nkaus xwb. Yog tias koj pom tau tias koj tus kheej poob rau hauv qhov xwm txheej uas tsis muaj cov kws kho mob tshwj xeeb nyob rau hauv daim phiaj xwm pab pawg koom tes uas muab qhov kev pab cuam uas koj xav tau, ces hu rau daim phiaj xwm kom paub txog qhov chaw uas yuav mus txais cov kev pab cuam no nyob rau tus nqi sib faib them hauv pab pawg koom tes.

Yog tias koj muaj teeb meem txog kev thov cov ntaub ntawv los ntawm peb daim phiaj xwm ua hom qauv ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag mus siv tau thiab tsim nyog rau koj, ces thov hu rau Feem Pab Cuam Tswv Cuab txhawm rau ua daim ntawv hais kev tsis zoo siab. Tsis tas li xwb, koj kuj tseem yuav tuaj yeem ua daim ntawv hais kev tsis txaus siab mus rau Medicare tau tib si thiab los ntawm kev hu rau 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) los sis hu ncaj qha mus rau Office for Civil Rights ntawm 1-800-368-1019 los sis TTY 1-800-537-7697.

セクション1.1 当社は、文化的背景を考慮し、お客様に合った方法（英語以外の言語、音声、点字、大活字、その他の代替フォーマットなど）で情報を提供しなければなりません

皆様がご加入のプランでは、臨床と非臨床の両方のサービスが、すべて文化的能力のある方法で提供され、英語の能力や読解力に制限のある方や聴覚障がいのある方、あるいはさまざまな文化のおよび民族的背景を持つ方など、すべての登録者がアクセスできるようにする必要があります。プランがこのようなアクセシビリティ要件を満たす例には、翻訳サービス、通訳サービス、テレタイプライター、または TTY（テキスト電話またはテレタイプライター電話）接続などがありますが、これらに限定されません。

当プランでは、英語を話さない方からの質問に回答するための無料の通訳サービスが用意されています。、プランのサービス対象地域で話されている英語以外の言語の資料も用意されています。また、必要に応じて音声、点字、大判プリントなどの代替形式により、無料で情報を提供することもできます。私たちは、皆様がアクセスできる、適切な形式でプランの利点に関する情報

を提供する必要があります。皆様に適した方法で情報を入手するには、会員サービスまでお電話ください。

私たちのプランでは、女性の皆様に日常のおよび予防的な医療サービスを提供するために、ネットワーク内の医療専門家の女性に直接連絡を取れる選択肢を提供する必要があります。

プランの専門分野ネットワークに属する医療従事者が利用できない場合、プランの責任において、必要なケアを提供する医療従事者をネットワーク外で見つける必要があります。この場合、皆様はネットワーク内の費用共同負担分のみを支払うことになります。必要なサービスに対応する専門家がプランのネットワークにいない場合は、このサービスをネットワーク内の費用共同負担で受けるための方法についてプランまでお問い合わせください。

当社のプランから、アクセス可能かつ適切な形式で情報を入手できない場合は、会員サービスまでご意見をお寄せください。また、1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) にお電話いただくか、あるいは Office for Civil Rights 1-800-368-1019 または TTY 1-800-537-7697 に直接お電話いただき、メディケアにご意見をお寄せいただくこともできます。

1.1항 당사는 귀하에게 적합하고 귀하의 문화적 민감성에 부합하는 방식으로 정보를 제공해야 합니다(영어 이외의 언어, 오디오, 한글 점자, 큰 활자 또는 기타 대체 형식 등).

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

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

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

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

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

Điểm 1.1 **Yើងត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចប្រើបាន**
និងស្របតាមតម្រូវការវប្បធម៌របស់អ្នក (ជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ជាសំឡេងអូឌីយ៉ូ
ជាអក្សរស្នាប អក្សរធំ ឬទម្រង់ជំនួសផ្សេងទៀត ។ល។)

គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានធានាថាសេវាកម្មទាំងអស់ ទាំងគ្លីនិក និងមិនមែនគ្លីនិកត្រូវបានផ្តល់ជូននៅក្នុងលក្ខណៈសមនឹងវប្បធម៌ និងមានភាពងាយស្រួលក្នុងការចូលដំណើរការបានសម្រាប់អ្នកចុះឈ្មោះទាំងអស់ រួមទាំងអ្នកចេះភាសាអង់គ្លេសតិចតួច មានជំនាញអានតិចតួច អសមត្ថភាពក្នុងការស្តាប់ ឬអ្នកដែលមានវប្បធម៌និងប្រវត្តិជនជាតិផ្សេងៗ។ ឧទាហរណ៍នៃរបៀបដែលគម្រោងសុខភាពអាចបំពេញតម្រូវការចូលប្រើបានទាំងនេះរួមមាន ប៉ុន្តែមិនត្រូវបានកំណត់តែចំពោះការផ្តល់សេវាអ្នកបកប្រែ សេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ឧបករណ៍ទូរអង្គុយលេខប្រាស្រ័យ ឬ TTY (ទូរសព្ទជាអក្សរ ឬទូរសព្ទទូរអង្គុយលេខប្រាស្រ័យ)។

គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែភាគតិចត្រូវបានផ្តល់ជូនដើម្បីឆ្លើយសំណួរពីសមាជិកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។ យើងក៏មានសម្ភារៈផងដែរ ជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសដែលត្រូវបាននិយាយនៅក្នុងតំបន់ដែលគម្រោងផ្តល់សេវាកម្ម។ យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានជាសម្លេងអូឌីយ៉ូ ជាអក្សរស្នាប បោះពុម្ពធំ ឬទម្រង់ជំនួសផ្សេងទៀតដោយមិនគិតថ្លៃប្រសិនបើអ្នកត្រូវការវា។ យើងតម្រូវឱ្យផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងក្នុងទម្រង់មួយដែលលោកអ្នកអាចចូលប្រើបាននិងសមរម្យសម្រាប់អ្នក។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានពីយើងតាមរបៀបដែលសមស្រប និងតម្រូវការរបស់អ្នកសូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក។

គម្រោងយើងតម្រូវឱ្យផ្តល់ឱ្យអ្នកចុះឈ្មោះជាស្រ្តីនូវជម្រើសនៃការចូលទៅទទួលសេវាសុខភាពស្រ្តីដោយផ្ទាល់ពីអ្នកឯកទេសក្នុងបណ្តាញសម្រាប់សេវាថែទាំនិងសេវាបង្ការសុខភាពស្រ្តី។

ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាផ្នែកឯកទេសនៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងមិនមានទេ វាក៏ជាការទទួលខុសត្រូវរបស់គម្រោងដើម្បីរកអ្នកផ្តល់សេវាឯកទេសនៅខាងក្រៅបណ្តាញដែលនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការថែទាំចាំបាច់។ ក្នុងករណីនេះ អ្នកនឹងបង់ប្រាក់ចែករំលែកការចំណាយលើសេវាក្នុងបណ្តាញ។ ប្រសិនបើអ្នកក្នុងស្ថានភាពដែលគ្មានអ្នកឯកទេសនៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងដែលវាបង្កើនលើសវាកម្មដែលអ្នកត្រូវការទេ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោងដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីកន្លែងដែលត្រូវទៅដើម្បីទទួលបានសេវានេះដោយការចែករំលែកការចំណាយសម្រាប់សេវាក្នុងបណ្តាញ។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងក្នុងទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបាន និងសមរម្យសម្រាប់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅសេវាកម្មសមាជិកដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹង។ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅ Medicare តាមរយៈការទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ឬ ទៅកាន់ Office for Civil Rights ផ្ទាល់តាមរយៈលេខ 1-800-368-1019 ឬ TTY 1-800-537-7697។

ข้อ 1.1 เราต้องให้ข้อมูลในลักษณะที่เหมาะสมกับคุณและสอดคล้องกับความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรมของคุณ (ในภาษาอื่นนอกเหนือจากภาษาอังกฤษ ในรูปแบบเสียง อักษรเบรลล์ ตัวพิมพ์ขนาดใหญ่ หรือในรูปแบบทางเลือกอื่นๆ เป็นต้น)

แผนของคุณจะต้องรับรองว่าได้มีการจัดหาบริการทั้งหมด ทั้งทางคลินิกและไม่ใช่วินิจฉัยทางคลินิก ในลักษณะที่เหมาะสมในแง่ของวัฒนธรรมและผู้ลงทะเบียนทุกคนสามารถเข้าถึงได้ รวมถึงผู้ที่มีความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษอย่างจำกัด มีทักษะการอ่านที่จำกัด มีความบกพร่องทางการได้ยิน หรือผู้ที่มีภูมิหลังทางวัฒนธรรมและทางชาติพันธุ์ที่หลากหลาย ตัวอย่างที่แสดงว่าแผนอาจตรงตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงเหล่านี้รวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียง การให้บริการแปล บริการล่าม เครื่องโทรศัพท์ หรือการเชื่อมต่อ TTY (การติดต่อสื่อสารด้วยข้อความผ่านสายโทรศัพท์หรือโทรศัพท์โดยใช้เครื่องโทรศัพท์)

แผนของเรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบคำถามจากสมาชิกที่ไม่สามารถพูดภาษาอังกฤษได้ เรายังมีเอกสารเป็นภาษาอื่นๆ นอกเหนือจากภาษาอังกฤษ ซึ่งเป็นภาษาที่ใช้ในพื้นที่ให้บริการของแผนด้วย นอกจากนี้ เรายังสามารถให้ข้อมูลในรูปแบบเสียง อักษรเบรลล์ ตัวพิมพ์ขนาดใหญ่ หรือรูปแบบอื่นๆ ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหากคุณต้องการ เราจำเป็นต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของแผน ในรูปแบบที่สามารถเข้าถึงได้และเหมาะสมกับคุณ หากต้องการขอรับข้อมูลจากเราในลักษณะที่เหมาะสมกับคุณ โปรดโทรติดต่อฝ่ายบริการสมาชิก

แผนของเราจะต้องเสนอทางเลือกแก่ผู้ลงทะเบียนที่เป็นผู้หญิงในการเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพสตรี ภายในเครือข่ายโดยตรง เพื่อเข้ารับบริการดูแลสุขภาพตามรอบปกติและการดูแลเชิงป้องกันสำหรับผู้หญิง

หากไม่มีผู้ให้บริการเฉพาะทางในเครือข่ายของแผน ถือเป็นความรับผิดชอบของแผนในการค้นหาผู้ให้บริการเฉพาะทางนอกเครือข่ายที่จะให้การดูแลที่จำเป็นแก่คุณ ในกรณีนี้ คุณจะชำระเฉพาะส่วนร่วมจ่ายในเครือข่ายเท่านั้น หากคุณอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่มีผู้เชี่ยวชาญในเครือข่ายของแผนที่ครอบคลุมบริการที่คุณต้องการ โปรดโทรติดต่อแผนเพื่อสอบถามข้อมูลว่าจะไปรับบริการนี้ได้จากที่ใด โดยมีส่วนร่วมจ่ายในเครือข่าย

หากคุณประสบปัญหาในการขอรับข้อมูลจากแผนของเราในรูปแบบที่สามารถเข้าถึงได้และเหมาะสมกับคุณ โปรดโทรติดต่อเพื่อร้องทุกข์กับฝ่ายบริการสมาชิก นอกจากนี้ คุณยังสามารถยื่นเรื่องร้องเรียนต่อ Medicare ได้โดยโทรไปที่หมายเลข 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) หรือติดต่อ Office for Civil Rights โดยตรงที่หมายเลข 1-800-368-1019 หรือ TTY 1-800-537-7697

ຂໍ້ທີ 1.1 ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນໄປໃນວິທີທາງທີ່ເໝາະສຳລັບທ່ານ ແລະ ສອດຄ່ອງກັບຄວາມອ່ອນໄຫວທາງດ້ານວັດທະນະທຳຂອງທ່ານ (ເປັນພາສາອື່ນນອກຈາກພາສາອັງກິດ, ເປັນສຽງບັນທຶກ, ຕົວອັກສອນນູນ, ເພີມເປັນຕົວໃຫຍ່ ຫຼື ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນ ແລະ ອື່ນໆ)

ແຜນປະກັນຂອງທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບປະກັນໃຫ້ການບໍລິການທັງໝົດ, ທັງທາງດ້ານຄວິນິກ ແລະ ບໍ່ແມ່ນທາງດ້ານຄວິນິກ ແມ່ນໄດ້ຮັບການສະໜອງໃຫ້ໃນລັກສະນະທີ່ເຂົ້າກັບວັດທະນະທຳ ແລະ ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ແກ່ບັນດາຜູ້ລົງທະບຽນໝົດທຸກຄົນ, ລວມທັງຜູ້ທີ່ສາມາດເວົ້າພາສາອັງກິດໄດ້ຈຳກັດ, ມີທັກສະການອ່ານທີ່ຈຳກັດ, ມີຄວາມພິການດ້ານການໄດ້ຍິນ ຫຼື ຜູ້ທີ່ມີພື້ນຖານວັດທະນະທຳທີ່ຫຼາກຫຼາຍ ແລະ ເປັນຄົນຊົນເຜົ່າ. ຕົວຢ່າງກ່ຽວກັບວິທີທີ່ແຜນປະກັນອາດຈະບັນລຸໄດ້ຕາມຂໍ້ກຳນົດການເຂົ້າເຖິງເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນລວມທັງ, ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດພຽງແຕ່ ການໃຫ້ບໍລິການນັກແປເອກະສານ, ການບໍລິການລ່າມແປພາສາ, ນັກໂທລະເພີມ ຫຼື ການເຊື່ອມຕໍ່ TTY (ໂທລະສັບຮັບສົ່ງຂໍ້ຄວາມ ຫຼື ໂທລະສັບນັກໂທລະເພີມ).

ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາມີການບໍລິການລ່າມແປພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄຳຖາມຕ່າງໆທີ່ມາຈາກບັນດາສະມາຊິກທີ່ບໍ່ສາມາດເວົ້າພາສາອັງກິດໄດ້. ນອກຈາກນັ້ນ, ພວກເຮົາກໍຍັງມີເອກະສານຕ່າງໆເປັນພາສາອື່ນນອກເໜືອໄປຈາກພາສາອັງກິດ ທີ່ໄດ້ໃຊ້ເວົ້າຢູ່ໃນພື້ນທີ່ບໍລິການຂອງແຜນປະກັນອີກດ້ວຍ. ພວກເຮົາຍັງສາມາດໃຫ້ຂໍ້ມູນແກ່ທ່ານເປັນສຽງບັນທຶກ, ເປັນຕົວອັກສອນນູນ, ເພີມເປັນຕົວໃຫຍ່ ຫຼື ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນໆ ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆອີກດ້ວຍ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການ. ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສິດທິປະໂຫຍດຂອງແຜນປະກັນໃຫ້ແກ່ທ່ານ ໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ ແລະ ເໝາະກັບທ່ານ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຈາກພວກເຮົາໄປໃນທາງທີ່ເໝາະສຳລັບທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາ ໜ່ວຍບໍລິການສະມາຊິກ.

ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ໃຫ້ຕົວເລືອກແກ່ບັນດາຜູ້ລົງທະບຽນເພດຍິງ ໃນການເຂົ້າເຖິງໂດຍກົງກັບຜູ້ຊ່ວຍຊານດ້ານສຸຂະພາບຂອງແມ່ຍິງຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍ ສຳລັບການບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບຕາມປົກກະຕິ ແລະ ເພື່ອເປັນການປ້ອງກັນຂອງແມ່ຍິງ.

ຖ້າບໍ່ມີຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນປະກັນ ສຳລັບຄວາມຊ່ວຍຊານສະເພາະດ້ານ, ແຜນປະກັນມີຄວາມຮັບຜິດຊອບທີ່ຈະຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສະເພາະດ້ານຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ ທີ່ຈະໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ຈຳເປັນໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ໃນກໍລະນີນີ້, ທ່ານຈະຈ່າຍພຽງແຕ່ສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍເທົ່ານັ້ນ. ຖ້າທ່ານພົບວ່າຕົວທ່ານເອງຕົກຢູ່ໃນສະຖານະການທີ່ບໍ່ມີຜູ້ຊ່ວຍຊານສະເພາະດ້ານໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນປະກັນທີ່ໃຫ້ການບໍລິການທີ່ທ່ານຕ້ອງການ, ໃຫ້ໂທຫາແຜນປະກັນເພື່ອຂໍຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບບ່ອນທີ່ຈະໄປເຂົ້າຮັບການບໍລິການນີ້ ດ້ວຍສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍ.

ຖ້າທ່ານມີບັນຫາໃດໆໃນການຂໍຂໍ້ມູນຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ ແລະ ເໝາະກັບທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາໜ່ວຍບໍລິການສະມາຊິກ ເພື່ອຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ. ນອກຈາກນັ້ນ, ທ່ານກໍຍັງສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງຮຽນຕໍ່ Medicare ໄດ້ອີກດ້ວຍ ໂດຍການໂທຫາເບີ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ຫຼື ໂດຍກົງກັບ Office for Civil Rights ທີ່ເບີ 1-800-368-1019 ຫຼື TTY 1-800-537-7697.

Phần 1.2 Chúng tôi phải đảm bảo rằng quý vị sẽ được tiếp cận kịp thời với các dịch vụ và thuốc được bao trả của quý vị

Quý vị có quyền lựa chọn một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) trong mạng lưới của chương trình để cung cấp và sắp xếp cho các dịch vụ được bao trả của quý vị. Chúng tôi không yêu cầu quý vị phải có giấy giới thiệu để đến các nhà cung cấp trong mạng lưới.

Quý vị có quyền đặt hẹn và nhận dịch vụ được bao trả từ mạng lưới nhà cung cấp của chương trình *trong khoảng thời gian hợp lý*. Điều này bao gồm quyền nhận các dịch vụ kịp thời từ các bác sĩ chuyên khoa khi quý vị cần được chăm sóc. Quý vị cũng có quyền mua hoặc mua thêm thuốc theo toa tại bất cứ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi mà không phải chờ quá lâu.

Nếu quý vị cho rằng quý vị không nhận được chăm sóc y tế hoặc thuốc Phần D trong một khoảng thời gian hợp lý, Chương 9 sẽ cho biết quý vị có thể làm gì.

Phần 1.3 Chúng tôi phải bảo vệ quyền riêng tư đối với thông tin về sức khỏe cá nhân của quý vị

Luật pháp liên bang và tiểu bang giữ bí mật hồ sơ y tế và thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị. Chúng tôi bảo vệ dữ kiện sức khỏe cá nhân của quý vị theo đòi hỏi của các luật này.

- Thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị bao gồm các **thông tin cá nhân** mà quý vị đã trao cho chúng tôi khi quý vị ghi danh vào chương trình này cũng như các hồ sơ y tế và thông tin y tế và sức khỏe khác.
- Quý vị có quyền liên quan đến thông tin của mình và kiểm soát cách sử dụng thông tin sức khỏe của quý vị. Chúng tôi cung cấp cho quý vị một văn bản thông báo, được gọi là *Thông Báo về Thực Hành Quyền Riêng Tư*, trong đó cho quý vị biết về những quyền này và giải thích cách chúng tôi bảo vệ quyền riêng tư đối với thông tin sức khỏe của quý vị.

Chúng tôi giữ bí mật thông tin sức khỏe của quý vị như thế nào?

- Chúng tôi đảm bảo rằng những người không có quyền sẽ không được xem hoặc sửa hồ sơ của quý vị.
- Ngoại trừ các trường hợp được nêu dưới đây, nếu chúng tôi dự định cung cấp thông tin sức khỏe của quý vị cho bất kỳ ai không cung cấp dịch vụ chăm sóc của quý vị hoặc chi trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị, trước tiên *chúng tôi bắt buộc phải có sự cho phép bằng văn bản từ quý vị hoặc người nào đó quý vị trao quyền hợp pháp để ra quyết định cho quý vị*.
- Có vài ngoại lệ nhất định trong đó chúng tôi không cần lấy giấy phép của quý vị trước. Những ngoại lệ này được pháp luật cho phép hoặc yêu cầu.
 - Chúng tôi được yêu cầu tiết lộ thông tin sức khỏe cho các cơ quan chính phủ kiểm tra về chất lượng chăm sóc.
 - Vì quý vị là hội viên của chương trình chúng tôi thông qua Medicare, chúng tôi buộc phải cung cấp cho Medicare thông tin sức khỏe của quý vị bao gồm các thông tin về thuốc theo toa Phần D của quý vị. Nếu Medicare công bố thông tin của quý vị cho việc nghiên cứu hoặc các mục đích sử dụng khác, việc này sẽ được thực hiện theo các quy định và luật pháp Liên Bang; thông thường, điều này đòi hỏi không được chia sẻ thông tin định danh cá nhân của quý vị.

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

Quý vị có quyền xem hồ sơ y tế của mình được lưu trữ trong chương trình và nhận bản sao của hồ sơ của quý vị. Chúng tôi được phép thu một khoản phí cho việc sao chép hồ sơ. Quý vị cũng có quyền yêu cầu chúng tôi bổ sung hoặc sửa đổi hồ sơ y tế của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi 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 xem có nên thực hiện các thay đổi đó hay không.

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

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

Phần 1.4 Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về chương trình, mạng lưới các nhà cung cấp và các dịch vụ được bao trả của quý vị

Là một hội viên của chương trình, quý vị có quyền nhận nhiều loại thông tin từ chúng tôi. Nếu quý vị muốn có bất kỳ loại thông tin nào sau đây, vui lòng gọi cho Bộ Phận

Dịch Vụ Hội Viên:

- **Thông tin về chương trình của chúng tôi.** Điều này bao gồm, ví dụ như thông tin về tình hình tài chính của chương trình.
- **Thông tin về các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.** Quý vị có quyền lấy thông tin về bằng cấp của các nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi và cách chúng tôi trả tiền cho nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới của chúng tôi.
- **Thông tin về mức bao trả cho quý vị và quy định quý vị phải tuân theo khi sử dụng bảo hiểm.** Chương 3 và 4 cung cấp thông tin về dịch vụ y tế. Chương 5 và 6 cung cấp thông tin về bảo hiểm thuốc kê đơn Phần D.
 - **Lưu ý:** Chương trình của chúng tôi không trả thù lao cho các chuyên viên, nhà cung cấp hoặc các nhân viên khác tiến hành đánh giá việc sử dụng dịch vụ y tế, bao gồm các tổ chức được chỉ định. Ra quyết định về Quản Lý Dịch Vụ Y Tế (UM) chỉ dựa vào tính thích hợp của chăm sóc, dịch vụ và sự tồn tại của bảo hiểm. Ngoài ra chương trình không trả thù lao riêng cho các chuyên viên hoặc cá nhân ra quyết định từ chối bảo hiểm. Các khoản tiền thưởng khuyến khích cho những người ra quyết định của UM không khuyến khích các quyết định dẫn đến việc sử dụng không đúng mức.
- **Thông tin về nguyên nhân không được bao trả và quý vị có thể làm gì trong trường hợp này.** Chương 9 cung cấp thông tin về cách yêu cầu giải thích bằng văn bản về lý do dịch vụ y tế hoặc thuốc Phần D không được bao trả hoặc nếu bảo hiểm của quý vị bị hạn chế. Chương 9 cũng cung cấp thông tin về việc yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định, còn gọi là kháng cáo.

Phần 1.5 Chúng tôi phải hỗ trợ quyền quý vị được ra quyết định về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình

Quý vị có quyền được biết các lựa chọn điều trị và tham gia vào các quyết định chăm sóc sức khỏe của mình

Quý vị có quyền nhận thông tin đầy đủ từ các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Nhà cung cấp của quý vị phải giải thích bệnh lý và lựa chọn điều trị của quý vị *theo cách quý vị có thể hiểu được*.

Quý vị có quyền được biết các lựa chọn điều trị và tham gia vào các quyết định chăm sóc sức khỏe của mình. Để giúp quý vị ra quyết định cùng với bác sĩ về lựa chọn điều trị tốt nhất cho quý vị, quyền của quý vị bao gồm:

- **Được biết về tất cả các lựa chọn của quý vị.** Quý vị có quyền được thông báo về tất cả các lựa chọn điều trị được đề nghị cho tình trạng quý vị, dù chi phí là bao nhiêu hoặc liệu chúng được bao trả bởi chương trình của chúng tôi hay không. Điều này cũng có nghĩa là quý vị có quyền được thông báo về chương trình của chúng tôi hỗ trợ các hội viên quản lý thuốc của họ và sử dụng thuốc một cách an toàn.
- **Hiểu rõ các rủi ro.** Quý vị có quyền được thông báo về bất cứ rủi ro nào liên quan đến dịch vụ chăm sóc của quý vị. Quý vị phải được thông báo trước nếu bất cứ đề nghị chăm sóc y tế hoặc điều trị nào nằm trong phạm vi của thử nghiệm nghiên cứu. Quý vị luôn có quyền từ chối bất kỳ phương pháp điều trị thử nghiệm nào.
- **Quyền nói “không”.** Quý vị có quyền từ chối mọi đề nghị chữa trị. Điều này bao gồm quyền rời khỏi bệnh viện hoặc cơ sở y tế, ngay cả khi bác sĩ của quý vị khuyên quý vị ở lại. Quý vị có quyền ngưng dùng thuốc. Tất nhiên, nếu quý vị từ chối điều trị hoặc ngưng dùng thuốc, quý vị chịu hoàn toàn trách nhiệm đối với những gì xảy ra với cơ thể của quý vị.

Quý vị có quyền đưa ra các chỉ dẫn về những gì phải làm trong trường hợp quý vị không còn khả năng ra quyết định y tế cho chính mình

Đôi khi con người rơi vào tình trạng không thể ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho bản thân do tai nạn hoặc bệnh nặng. Quý vị có quyền tuyên bố những gì quý vị muốn xảy ra nếu quý vị ở trong tình trạng này. Điều này có nghĩa rằng, *nếu quý vị muốn*, quý vị có thể:

- Điền vào mẫu văn bản để cung cấp cho **một người nào đó quyền pháp lý để đưa ra các quyết định y tế cho quý vị nếu quý vị** từng không thể đưa ra quyết định cho chính mình.
- **Cung cấp cho bác sĩ của quý vị văn bản hướng dẫn** về cách quý vị muốn họ xử lý dịch vụ chăm sóc y tế nếu quý vị không thể đưa ra quyết định cho chính mình.

Các tài liệu pháp lý mà quý vị có thể sử dụng để cung cấp chỉ dẫn trước của quý vị trong các trường hợp này được gọi là **chỉ thị trước**. Có nhiều loại chỉ thị trước khác nhau và các tên gọi khác nhau. Các tài liệu gọi là **di chúc sống** và **giấy ủy quyền cho chăm sóc sức khỏe** là những ví dụ của chỉ thị trước.

Nếu quý vị muốn sử dụng một chỉ thị trước để cung cấp hướng dẫn quý vị, đây là những việc cần làm:

- **Lấy mẫu đơn.** Quý vị có thể lấy một mẫu đơn chỉ thị trước từ luật sư, từ một nhân viên xã hội, hoặc từ một số cửa hàng tiếp liệu văn phòng. Đôi khi quý vị có thể nhận được mẫu chỉ thị trước từ các tổ chức cung cấp thông tin về Medicare.
- **Điền và ký tên.** Bất kể quý vị lấy mẫu này từ đâu, hãy nhớ rằng đó là một tài liệu pháp lý. Quý vị cần cân nhắc việc nhờ luật sư giúp quý vị soạn lập mẫu đơn này.
- **Cấp bản sao cho những người thích hợp.** Quý vị nên gửi một bản sao mẫu đơn cho bác sĩ và cho người mà quý vị nêu tên trong mẫu đơn là người có thể đưa ra quyết định cho quý vị khi quý vị không thể đưa ra quyết định. Quý vị có thể muốn cung cấp bản sao cho bạn thân hoặc thành viên gia đình. Giữ một bản sao ở nhà.

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

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

Hãy nhớ rằng, quý vị có quyền lựa chọn điền hoặc không điền một chỉ thị trước (bao gồm cả việc liệu quý vị có muốn ký chỉ thị trước nếu quý vị đang ở trong bệnh viện không). Theo luật, không ai có thể từ chối chăm sóc y tế cho quý vị hoặc kỳ thị quý vị dựa trên việc quý vị đã ký một chỉ thị trước hay không.

Còn nếu bản chỉ dẫn của quý vị không được tuân theo?

Nếu quý vị đã ký một chỉ thị trước nhưng quý vị nghĩ rằng bác sĩ hoặc bệnh viện đã không làm theo ý nguyện mà quý vị nêu ra, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Văn Phòng Điều Hành về Người Cao Tuổi Hawaii.

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

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

Phần 1.7	Quý vị có quyền đưa ra đề xuất liên quan đến chính sách về quyền và nghĩa vụ của hội viên
-----------------	--

Nếu quý vị có câu hỏi hoặc lo ngại về các quyền và trách nhiệm hoặc nếu quý vị có gợi ý để cải thiện chính sách về quyền của hội viên của chúng tôi, hãy chia sẻ suy nghĩ của quý vị với chúng tôi bằng cách liên hệ bộ phận Dịch Vụ Hội Viên.

Phần 1.8 Đánh giá các công nghệ mới

Các công nghệ mới bao gồm thủ thuật, thuốc, sản phẩm sinh học hoặc thiết bị được phát triển gần đây cho việc điều trị các bệnh hoặc tình trạng cụ thể, hoặc ứng dụng mới của các thủ thuật, thuốc, sản phẩm sinh học và thiết bị hiện có. Chương trình của chúng tôi tuân theo Quyết Định Bảo Hiểm Cấp Quốc Gia và Địa Phương của Medicare khi có thể.

Khi không có quyết định bảo hiểm của Medicare, chương trình của chúng tôi đánh giá công nghệ mới hoặc ứng dụng mới của các công nghệ hiện có để đưa vào các chương trình quyền lợi phù hợp để đảm bảo hội viên được tiếp cận sự chăm sóc hiệu quả và an toàn bằng cách thực hiện đánh giá quan trọng các y văn mới xuất bản từ những các ấn phẩm được bình duyệt bao gồm đánh giá hệ thống, thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng, các nghiên cứu thuần tập, nghiên cứu bệnh chứng, nghiên cứu thử nghiệm chẩn đoán với kết quả có ý nghĩa thống kê nhằm chứng minh tính an toàn và hiệu quả và xem xét các hướng dẫn dựa trên bằng chứng được phát triển bởi các tổ chức quốc gia và các cơ quan có thẩm quyền được công nhận. Chương trình của chúng tôi cũng xem xét các ý kiến, khuyến nghị và đánh giá của các bác sĩ hành nghề, các hiệp hội y khoa được công nhận trên toàn quốc bao gồm Hội Bác sĩ Chuyên khoa, ban đồng thuận hoặc các tổ chức đánh giá công nghệ hoặc nghiên cứu được công nhận trên toàn quốc khác, các báo cáo và công bố của các cơ quan chính phủ (ví dụ: Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA), Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật (CDC), Viện Y tế Quốc gia (NIH)).

Phần 1.9 Quý vị có thể làm gì nếu quý vị tin rằng quý vị bị đối xử bất công hoặc quyền của quý vị không được tôn trọng?

Nếu đó là về việc kỳ thị, xin gọi cho Phòng Dân Quyền

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

Hay đó là về một điều gì khác?

Nếu quý vị tin rằng quý vị đã bị đối xử bất công hoặc quyền của quý vị đã không được tôn trọng, và đó *không* phải là do phân biệt đối xử thì quý vị có thể được trợ giúp để xử lý vấn đề quý vị đang gặp phải:

- Quý vị có thể gọi cho **bộ phận Dịch Vụ Hội Viên**.
- Quý vị có thể gọi cho **SHIP**. Để biết thông tin chi tiết, hãy xem Chương 2, Phần 3.
- Hoặc **quý vị có thể gọi Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần (TTY 1-877-486-2048).

Phần 1.10 Có một số cách để có thêm thông tin về quyền của quý vị

Có nhiều nguồn có thể cung cấp thêm thông tin về quyền của quý vị:

- Quý vị có thể gọi cho **bộ phận Dịch Vụ Hội Viên**.
- Quý vị có thể gọi cho **SHIP**. Để biết thông tin chi tiết, hãy xem Chương 2, Phần 3.
- Quý vị có thể liên hệ với **Medicare**.
 - Quý vị có thể truy cập vào trang web của Medicare để đọc hoặc tải xuống các ấn phẩm *Quyền & Biện Pháp Bảo Vệ của Medicare*. (Ấn phẩm có tại: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
 - Hoặc, quý vị có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần (TTY 1-877-486-2048).

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

Điều quý vị cần làm khi là một hội viên của chương trình được nêu ở dưới đây. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên.

- **Làm quen với các dịch vụ được bao trả và các quy định mà quý vị phải tuân theo để nhận được những dịch vụ được bao trả này.** Sử dụng Chứng Từ Bảo Hiểm này để tìm hiểu những gì được bao trả cho quý vị và các quy định quý vị cần tuân theo để nhận được dịch vụ được bao trả.
 - Chương 3 và 4 cung cấp thông tin chi tiết về các dịch vụ y tế của quý vị.
 - Chương 5 và 6 cung cấp các chi tiết về bảo hiểm thuốc kê đơn Phần D của quý vị.
- **Nếu quý vị có bất kỳ bảo hiểm y tế nào khác hay một bảo hiểm thuốc kê đơn ngoài chương trình của chúng tôi, quý vị phải cho chúng tôi biết.** Chương 1 cho quý vị biết về việc phối hợp các quyền lợi này.
- **Thông báo với bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị rằng quý vị đã ghi danh vào chương trình của chúng tôi.**
Xuất trình các thẻ hội viên chương trình và thẻ Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii của quý vị bất cứ khi nào quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc theo toa Phần D của quý vị.
- **Giúp bác sĩ của quý vị và nhà cung cấp khác trợ giúp quý vị bằng cách cung cấp thông tin cho họ, đặt câu hỏi và làm theo hướng dẫn về việc chăm sóc.**
 - Để giúp quý vị có được sự chăm sóc tốt nhất, hãy nói với bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác về các vấn đề sức khỏe của quý vị. Quý vị hãy tuân theo các chương trình điều trị và chỉ dẫn mà quý vị và bác sĩ của quý vị đã thống nhất.
 - Đảm bảo rằng các bác sĩ của quý vị biết tất cả các loại thuốc quý vị đang dùng, bao gồm cả thuốc không cần toa, vitamin và chất bổ sung.
 - Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, hãy luôn đặt câu hỏi và tìm kiếm câu trả lời mà quý vị có thể hiểu được. Quý vị có trách nhiệm phải hiểu vấn đề sức khỏe của quý vị và trợ giúp trong việc đặt ra các mục tiêu điều trị mà quý vị và bác sĩ cùng đồng ý.
- **Xin hãy thận trọng.** Chúng tôi yêu cầu tất cả các hội viên của mình tôn trọng các quyền của các

bệnh nhân khác. Chúng tôi cũng hy vọng quý vị sẽ phối hợp để giúp văn phòng bác sĩ, bệnh viện, và các văn phòng khác hoạt động thông suốt.

- **Thanh toán những gì quý vị nợ.** Là một hội viên chương trình, quý vị có trách nhiệm với các khoản thanh toán sau đây:
 - Nếu quý vị bắt buộc phải trả khoản bổ sung cho Phần D do thu nhập của quý vị đã tăng lên (theo báo cáo hoàn thuế gần nhất của quý vị), quý vị phải tiếp tục trả khoản bổ sung trực tiếp cho chính phủ để duy trì tư cách hội viên của chương trình.
- **Nếu quý vị chuyển nhà *trong* khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi,** chúng tôi sẽ cần biết để cập nhật hồ sơ hội viên của quý vị và biết cách liên hệ với quý vị.
- **Nếu quý vị chuyển ra *bên ngoài* khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi, quý vị không còn là một hội viên chương trình của chúng tôi.**
- Nếu quý vị chuyển chỗ ở, quý vị cũng nên thông báo cho Sở An Sinh Xã Hội (hoặc Ủy Ban Hưu Trĩ Ngành Đường Sắt).

CHƯƠNG 9:

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

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

PHẦN 1 Giới thiệu

Phần 1.1 Điều cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có quan tâm

Chương này giải thích các quy trình xử lý các vấn đề và quan ngại. Quy trình quý vị sử dụng để xử lý vấn đề phụ thuộc vào loại vấn đề quý vị đang gặp phải:

- Đối với một số vấn đề, quý vị cần sử dụng **quy trình cho các quyết định bảo hiểm và kháng cáo**.
- Đối với các vấn đề khác, quý vị cần sử dụng **quy trình khiếu nại**; còn gọi là than phiền.

Mỗi quy trình có một bộ các quy tắc, thủ tục và thời hạn phải được chúng tôi và quý vị tuân theo.

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

Phần 1.2 Về các thuật ngữ pháp lý?

Chương này có giải thích các thuật ngữ pháp lý đối với một số quy định, thủ tục và các loại thời hạn. Đa số những thuật ngữ này đều xa lạ với hầu hết mọi người và có thể khó hiểu. Để làm cho mọi thứ dễ dàng hơn, chương này sẽ:

- Sử dụng từ đơn giản hơn thay cho một số thuật ngữ pháp lý. Ví dụ: chương này thường nói nộp đơn khiếu nại thay vì nộp đơn than phiền, quyết định bảo hiểm thay vì quyết định cấp tổ chức hoặc quyết định bảo hiểm tích hợp hoặc quyết định có nguy cơ và tổ chức đánh giá độc lập thay vì Cơ Quan Đánh Giá Độc Lập.
- Chương này cũng sử dụng từ viết tắt ít nhất có thể.

Tuy nhiên, việc biết các thuật ngữ pháp lý chính xác có thể có ích và đôi khi khá quan trọng đối với quý vị. Biết được nên dùng những thuật ngữ nào sẽ giúp quý vị giao tiếp chính xác hơn để nhận được trợ giúp hoặc thông tin phù hợp cho tình huống của quý vị. Để giúp quý vị biết cần sử dụng thuật ngữ nào, chúng tôi có đưa ra các Thuật ngữ Pháp lý khi cung cấp thông tin chi tiết để xử lý các loại tình huống cụ thể.

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

Chúng tôi luôn sẵn sàng giúp đỡ quý vị. Ngay cả khi quý vị có khiếu nại về việc chúng tôi đối xử với quý vị, chúng tôi có nghĩa vụ tôn trọng quyền khiếu nại của quý vị. Vì vậy, quý vị nên luôn liên hệ với bộ phận dịch vụ khách hàng để được trợ giúp. Tuy nhiên, trong một số tình huống, quý vị cũng có thể muốn nhận trợ giúp hoặc hướng dẫn từ người không liên quan tới chúng tôi. Dưới đây là hai cơ quan có thể hỗ trợ quý vị.

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

Mỗi tiểu bang đều có chương trình chính phủ với các chuyên gia tư vấn được đào tạo. Chương trình không liên quan tới chúng tôi hoặc tới bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm y tế nào. Có vấn

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

thuộc chương trình này có thể giúp quý vị hiểu được quý vị cần sử dụng thủ tục nào để giải quyết vấn đề quý vị đang gặp phải. Họ cũng có thể giải đáp các thắc mắc của quý vị, cung cấp thêm thông tin cho quý vị và đưa ra hướng dẫn về điều cần làm.

Dịch vụ của các tư vấn SHIP đều miễn phí. Quý vị sẽ tìm thấy số điện thoại và URL của trang web trong Chương 2, Phần 3 của tài liệu này.

Medicare

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

- Quý vị có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.
- Quý vị cũng có thể truy cập vào trang web của Medicare (www.medicare.gov).

Quý vị có thể nhận trợ giúp và thông tin từ Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii

Để có thêm thông tin và trợ giúp trong việc giải quyết vấn đề, quý vị cũng có thể liên lạc với Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii. Đây là hai cách để có được thông tin trực tiếp từ Medicaid:

- Quý vị có thể gọi cho Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii theo số 1-800-316-8005. Người dùng TTY nên gọi 711, giờ làm việc là 7:45 sáng - 4:30 chiều giờ HT, Thứ Hai - Thứ Sáu.
- Quý vị có thể truy cập trang web của Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii (<https://medquest.hawaii.gov/en.html>).

PHẦN 3 Hiểu rõ về các khiếu nại và kháng cáo của Medicare và Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii trong chương trình của chúng tôi

Quý vị có Medicare và nhận hỗ trợ từ Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii. Thông tin trong chương này áp dụng cho **tất cả** các quyền lợi của Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) Medicare và Hawaii 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 Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii.

Đôi khi không kết hợp các quy trình của Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Medicare và Hawaii. Trong những trường hợp đó, quý vị sử dụng quy trình Medicare cho quyền lợi được bao trả bởi quy trình của Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Medicare và Hawaii cho quyền lợi được bao trả bởi Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST của Hawaii (Medicaid). Những tình huống này được giải thích trong **Phần 6.4** của chương này, *Hướng dẫn từng bước: Cách thực hiện Kháng Cáo Cấp 2*.

CÁC VẤN ĐỀ VỀ QUYỀN LỢI MEDICARE CỦA QUÝ VỊ

PHẦN 4 Quyết định bảo hiểm và kháng cáo

Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có quan ngại, quý vị chỉ cần đọc các phần của chương này có liên quan đến tình huống của mình. Thông tin dưới đây sẽ giúp quý vị tìm được đúng mục trong chương này về các vấn đề hoặc khiếu nại về **các quyền lợi được Medicare hoặc Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii bao trả**.

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

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

Có.

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

Không.

Chuyển đến **Phần 11** ở cuối chương này: **“Cách nộp đơn khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ, dịch vụ khách hàng hoặc các lo ngại khác”**.

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

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

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

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

Quyết định bảo hiểm là một quyết định chúng tôi đưa ra về quyền lợi và bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền mà chúng tôi trả cho các dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị. Ví dụ, nếu bác sĩ trong mạng lưới của chương trình giới thiệu quý vị đến một bác sĩ chuyên khoa không có trong mạng lưới, việc giới thiệu này được xem là một quyết định bảo hiểm được ủng hộ trừ khi bác sĩ trong mạng lưới của quý vị có thể cho thấy quý vị nhận được thông báo từ chối tiêu chuẩn cho bác sĩ chuyên khoa này, hoặc Chứng Từ Bảo Hiểm

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

nêu rõ ràng rằng dịch vụ được giới thiệu không bao giờ được bao trả trong bất kỳ điều kiện nào. Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị cũng có thể liên hệ với chúng tôi và yêu cầu một quyết định bảo hiểm nếu bác sĩ của quý vị không chắc chắn về việc chúng tôi sẽ chi trả một dịch vụ y tế cụ thể hay từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cho rằng mình cần. Nói cách khác, nếu quý vị muốn biết chúng tôi có bao trả cho một dịch vụ chăm sóc y tế hay không trước khi quý vị nhận dịch vụ đó, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm cho quý vị. Trong một số trường hợp hạn chế, yêu cầu quyết định bảo hiểm sẽ bị bác bỏ, nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu đó. Các ví dụ về yêu cầu sẽ bị bác bỏ bao gồm yêu cầu không hoàn chỉnh, nếu người khác yêu cầu thay cho quý vị nhưng không được ủy quyền hợp pháp để làm vậy hoặc nếu quý vị yêu cầu rút lại yêu cầu của mình. Nếu chúng tôi bác bỏ yêu cầu quyết định bảo hiểm, chúng tôi sẽ gửi thông báo giải thích lý do yêu cầu bị bác bỏ và cách yêu cầu xem lại bác bỏ đó.

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

Nộp đơn kháng cáo

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

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

Trong một số trường hợp hạn chế, yêu cầu kháng cáo Cấp 1 sẽ bị bác bỏ, nghĩa là chúng tôi sẽ không xét duyệt yêu cầu đó. Các ví dụ về yêu cầu sẽ bị bác bỏ bao gồm yêu cầu không hoàn chỉnh, nếu người khác yêu cầu thay cho quý vị nhưng không được ủy quyền hợp pháp để làm vậy hoặc nếu quý vị yêu cầu rút lại yêu cầu của mình. Nếu chúng tôi bác bỏ yêu cầu kháng cáo Cấp 1, chúng tôi sẽ gửi thông báo giải thích lý do yêu cầu bị bác bỏ và cách yêu cầu xem xét việc bác bỏ đó.

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

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

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

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

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

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

- Quý vị có thể gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên.
- Quý vị có thể nhận trợ giúp miễn phí từ chương trình Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang.
- **Bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác có thể yêu cầu quý vị.** Nếu bác sĩ của quý vị hỗ trợ kháng cáo trên Cấp 2, họ sẽ cần được chỉ định làm người đại diện cho quý vị. Vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên và xin mẫu đơn *Chỉ Định Người Đại Diện*. (Mẫu đơn cũng được đăng tải trên trang web của Medicare tại www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang web của chúng tôi tại www.wellcare.com/ohana.)
 - Đối với dịch vụ chăm sóc y tế, bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác có thể thay mặt quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc nộp đơn kháng cáo Cấp 1. Nếu đơn kháng cáo của quý vị bị từ chối ở Mức 1, đơn kháng cáo này sẽ được tự động chuyển tiếp lên Cấp 2.
 - Nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe 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 bác sĩ kê toa của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe khác làm người đại diện để hành động thay mặt cho quý vị.
 - Đối với thuốc theo toa Phần D, bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thể thay mặt quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo Cấp 1. Nếu kháng cáo Cấp 1 bị từ chối, bác sĩ hoặc người kê toa của quý vị có thể yêu cầu kháng cáo Cấp 2.
- **Quý vị có thể yêu cầu một người nào đó hành xử thay mặt quý vị.** Nếu muốn, quý vị có thể chỉ định người khác hành động với tư cách là **người đại diện** của quý vị để yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc nộp đơn kháng cáo.
 - Nếu quý vị muốn bạn bè, người thân hoặc một người khác làm người đại diện của mình, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên và yêu cầu mẫu đơn *Chỉ Định Người Đại Diện*. (Mẫu đơn cũng được đăng tải trên trang web của Medicare tại www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang web của chúng tôi tại www.wellcare.com/ohana.) Đơn này cho phép người đó hành xử thay mặt quý vị. Quý vị và người mà quý vị muốn hành xử thay mặt quý vị phải ký vào đơn này. Quý vị phải cung cấp cho chúng tôi một bản sao của mẫu đã ký.
 - Dù chúng tôi có thể chấp nhận một yêu cầu kháng cáo không có mẫu đơn này, chúng tôi không thể bắt đầu hoặc hoàn thành cuộc duyệt xét của mình cho đến khi nhận được mẫu đơn. Nếu

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

chúng tôi không nhận được đơn trước thời hạn của chúng tôi để đưa ra quyết định về đơn kháng cáo của quý vị, yêu cầu xét đơn kháng cáo của quý vị sẽ bị hủy bỏ. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản thông báo giải thích quyền yêu cầu tổ chức đánh giá độc lập xét duyệt quyết định của chúng tôi về việc bác bỏ kháng cáo của quý vị.

- **Quý vị cũng có quyền thuê luật sư.** Quý vị có thể liên lạc với luật sư riêng của quý vị, hoặc hỏi tên một luật sư từ hiệp hội luật sư địa phương của quý vị hoặc dịch vụ giới thiệu khác. Ngoài ra cũng có những nhóm sẽ cung cấp cho quý vị dịch vụ pháp lý miễn phí nếu quý vị đủ điều kiện hưởng dịch vụ này. Tuy nhiên, **quý vị không bắt buộc phải thuê luật sư** để yêu cầu bất kỳ loại quyết định bảo hiểm nào hoặc đề kháng cáo một quyết định.

Phần 5.3 Phần nào của chương này cung cấp các chi tiết cho tình huống của quý vị?

Có bốn trường hợp khác nhau liên quan đến quyết định bảo hiểm và kháng cáo. Vì mỗi tình huống có những quy định và thời hạn khác nhau, chúng tôi cung cấp các chi tiết cho từng tình huống trong một phần riêng biệt:

- **Phần 6** trong chương này, “Chăm sóc y tế”: Cách yêu cầu một quyết định mức bảo hiểm hoặc nộp đơn kháng cáo”
- **Phần 7** trong chương này, “Thuốc theo toa Phần D: Cách yêu cầu một quyết định mức bảo hiểm hoặc nộp đơn kháng cáo”
- **Phần 8** của chương này: “Cách yêu cầu chúng tôi bao trả cho điều trị nội trú tại bệnh viện kéo dài nếu quý vị cho rằng bác sĩ cho quý vị xuất viện quá sớm”
- **Phần 9** của chương này: “Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả một số dịch vụ y tế nếu quý vị cho rằng bảo hiểm của quý vị kết thúc quá sớm” (*Chỉ áp dụng cho các dịch vụ sau: dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn và các dịch vụ của Cơ Sở Phục Hồi Ngoại Trú Toàn Diện (CORF)*)

Nếu quý vị không chắc chắn mình nên sử dụng phần nào, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên. Quý vị cũng có thể nhận trợ giúp hoặc thông tin từ các tổ chức chính phủ như chương trình SHIP của quý vị.

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

Phần 6.1 Phần này cho biết điều cần làm nếu quý vị gặp các vấn đề khi nhận bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc nếu quý vị muốn chúng tôi hoàn trả tiền dịch vụ chăm sóc của quý vị

Phần này nói về các quyền lợi của quý vị đối với dịch vụ chăm sóc y tế. Các quyền lợi này được mô tả trong Chương 4 của tài liệu này: *Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)*. Trong một số trường hợp, những quy định khác nhau sẽ được áp dụng để yêu cầu thuốc theo toa Phần B. Trong những trường hợp này, chúng tôi sẽ giải thích những quy định đối với thuốc theo toa Phần B khác với những quy định đối với các thiết bị và dịch vụ y tế như thế nào.

Phần này cho biết quý vị có thể làm những gì nếu quý vị đang ở trong bất kỳ tình huống nào trong năm tình huống sau đây:

1. Quý vị không nhận được một số dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn, và quý vị tin rằng chương trình của chúng tôi có bao trả dịch vụ chăm sóc này. **Yêu cầu quyết định bảo hiểm. Phần 6.2.**
2. Chương trình của chúng tôi sẽ không chấp thuận dịch vụ chăm sóc y tế mà bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác muốn cung cấp cho quý vị, và quý vị tin rằng chương trình của chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc này. **Yêu cầu quyết định bảo hiểm. Phần 6.2.**
3. Quý vị đã nhận chăm sóc y tế mà quý vị tin rằng chương trình của chúng tôi phải bao trả, nhưng chúng tôi lại nói chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ chăm sóc này. **Nộp đơn kháng cáo. Phần 6.3.**
4. Quý vị đã nhận và đã thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị tin rằng chương trình của chúng tôi phải bao trả, và quý vị muốn yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn trả tiền cho quý vị đối với dịch vụ chăm sóc này. **Gửi hóa đơn cho chúng tôi. Phần 6.5.**
5. Quý vị đã được thông báo rằng bảo hiểm cho một số dịch vụ chăm sóc y tế nhất định quý vị đang nhận (mà chúng tôi đã chấp thuận trước đó) sẽ bị giảm hoặc ngừng và quý vị tin rằng việc giảm hoặc ngừng dịch vụ chăm sóc này có thể làm tổn hại đến sức khỏe của quý vị. **Nộp đơn kháng cáo. Phần 6.3.**

Lưu ý: Nếu ngừng bảo hiểm đối với dịch vụ chăm sóc trong bệnh viện, chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc dịch vụ tại Cơ Sở Phục Hồi Ngoại Trú Toàn Diện (CORF), quý vị cần đọc Phần 8 và 9 của chương này. Các quy tắc đặc biệt áp dụng cho những loại dịch vụ chăm sóc này.

Phần 6.2 Từng bước: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm

Thuật ngữ Pháp lý

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

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

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

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

- Quý vị *chỉ có thể yêu cầu* bảo hiểm cho các vật phẩm và/hoặc dịch vụ y tế (không yêu cầu thanh toán cho các vật phẩm và/hoặc dịch vụ đã nhận).
- Quý vị *chỉ có thể nhận được* quyết định nhanh về bảo hiểm nếu việc sử dụng thời hạn tiêu chuẩn có thể *gây hại nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị hoặc gây hại đến khả năng thực hiện hoạt động của quý vị*.
- Nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết rằng tình trạng sức khỏe của quý vị **yêu cầu quyết định nhanh về bảo hiểm**, chúng tôi sẽ tự động đồng ý cung cấp cho quý vị quyết định nhanh về bảo hiểm.
- Nếu quý vị tự mình yêu cầu một quyết định nhanh về bảo hiểm mà không cần sự hỗ trợ từ bác sĩ của quý vị, chúng tôi sẽ quyết định xem tình trạng sức khỏe của quý vị có **yêu cầu chúng tôi phải cung cấp cho quý vị một quyết định nhanh về bảo hiểm hay không**. Nếu chúng tôi không phê duyệt một quyết định nhanh về bảo hiểm, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị để:
 - Giải thích rằng chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.
 - Giải thích rằng nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu quyết định nhanh về bảo hiểm, chúng tôi sẽ tự động cung cấp một quyết định nhanh về bảo hiểm cho quý vị.
 - Giải thích rằng quý vị có thể nộp khiếu nại nhanh về quyết định của chúng tôi khi ra quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn thay vì quyết định nhanh về bảo hiểm như quý vị đã yêu cầu.

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

- Bắt đầu bằng cách gọi điện thoại, viết thư, hoặc gửi fax cho chương trình của chúng tôi để yêu cầu chúng tôi cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm đối với dịch vụ chăm sóc y tế quý vị

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

muốn. Quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người đại diện của quý vị có thể thực hiện điều này. Chương 2 có thông tin liên hệ.

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

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

Điều này có nghĩa là chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị cho một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế. Nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Medicare Part B, chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu.

- **Tuy nhiên**, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **chúng tôi có thể dành thêm tối đa 14 ngày theo lịch** nếu quý vị yêu cầu về vật phẩm hoặc dịch vụ y tế. Nếu chúng tôi dành thêm ngày để đưa ra quyết định, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Medicare Part B.
- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi *không* cần dành thêm ngày, quý vị có thể nộp khiếu nại nhanh. Chúng tôi sẽ đưa ra câu trả lời cho khiếu nại của quý vị ngay khi chúng tôi đưa ra quyết định. (Thủ tục nộp đơn khiếu nại khác thủ tục về quyết định mức bảo hiểm và kháng cáo. Xem Phần 11 của chương này để biết thêm thông tin về khiếu nại.)

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

Một quyết định nhanh về bảo hiểm có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 72 giờ nếu quý vị yêu cầu thiết bị hoặc dịch vụ y tế. Nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Medicare Part B, chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời trong vòng 24 giờ.

- **Tuy nhiên**, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **chúng tôi có thể dành thêm tối đa 14 ngày theo lịch**. Nếu chúng tôi dành thêm ngày để đưa ra quyết định, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Medicare Part B.
- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi không cần dành thêm ngày, quý vị có thể nộp khiếu nại nhanh. (Xem Phần 11 của chương này để biết thêm thông tin về khiếu nại). Chúng tôi sẽ gọi cho quý vị ngay khi chúng tôi đưa ra quyết định.
- Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi từ chối.

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

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

quy trình kháng cáo.

Phần 6.3

Từng bước: Cách nộp đơn Kháng Cáo Cấp 1

Thuật ngữ Pháp lý
Đơn kháng cáo chương trình về quyết định bảo hiểm dịch vụ chăm sóc y tế được gọi là tái xét quyết định của chương trình. Kháng cáo nhanh còn được gọi là tái xét quyết định nhanh.

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

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

- Nếu quý vị đang kháng cáo một quyết định mà chúng tôi đã đưa ra về mức bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị chưa nhận, quý vị và/hoặc bác sĩ của quý vị sẽ cần phải quyết định xem quý vị có cần kháng cáo nhanh hay không. Nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết rằng tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu kháng cáo nhanh, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị kháng cáo nhanh.
- Các yêu cầu để được xét đơn kháng cáo nhanh giống với các yêu cầu để nhận được quyết định nhanh về bảo hiểm ở Phần 6.2 của chương này.

Bước 2: Yêu cầu chương trình của chúng tôi xét đơn kháng cáo hoặc kháng cáo nhanh.

- Nếu quý vị đang yêu cầu xét đơn kháng cáo tiêu chuẩn, hãy nộp đơn kháng cáo tiêu chuẩn bằng văn bản. Quý vị cũng có thể yêu cầu kháng cáo bằng cách gọi cho chúng tôi. Chương 2 có thông tin liên hệ.
- Nếu quý vị yêu cầu kháng cáo nhanh, hãy kháng cáo bằng văn bản hoặc gọi điện cho chúng tôi. Chương 2 có thông tin liên hệ.
- Quý vị phải nộp yêu cầu kháng cáo trong vòng 65 ngày theo lịch kể từ ngày ghi trên văn bản thông báo chúng tôi đã gửi cho quý vị để cho biết câu trả lời của chúng tôi về quyết định bảo hiểm. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này và có lý do chính đáng, hãy giải thích lý do quý vị kháng cáo trễ hạn khi thực hiện kháng cáo. Chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để thực hiện kháng cáo. Ví dụ về lý do chính đáng có thể bao gồm bệnh nghiêm trọng khiến quý vị không liên hệ được với chúng tôi hoặc chúng tôi cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác hoặc không hoàn chỉnh về thời hạn cho yêu cầu kháng cáo.
- Quý vị có thể yêu cầu cung cấp miễn phí bản sao thông tin liên quan đến quyết định y tế của mình. Quý vị và bác sĩ của quý vị cũng có thể bổ sung thêm thông tin để hỗ trợ cho kháng cáo của quý vị.

Nếu chúng tôi đã thông báo với quý vị rằng chúng tôi sẽ ngừng hoặc giảm các dịch vụ hoặc vật tư mà

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

quý vị sẽ 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 hiện đang được nhận, chúng tôi sẽ gửi thông báo cho quý vị trước khi thực hiện hành động được đề xuất.
- Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo Cấp 1. Chúng tôi sẽ tiếp tục bao trả cho dịch vụ hoặc vật tư này nếu quý vị yêu cầu kháng cáo Cấp 1 trong vòng 10 ngày theo lịch kể từ ngày theo dấu bưu điện 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 có thể tiếp tục 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 tiếp tục 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.

Bước 3: Chúng tôi xem xét đơn kháng cáo của quý vị và chúng tôi cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi.

- Khi chúng tôi xét duyệt đơn kháng cáo của quý vị, chúng tôi sẽ xem xét thận trọng tất cả thông tin. Chúng tôi kiểm tra xem liệu chúng tôi có đang tuân theo tất cả các quy định khi chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị hay không.
- Chúng tôi sẽ thu thập thêm thông tin nếu cần, có thể liên hệ với quý vị hoặc bác sĩ của quý vị.

Thời hạn cho một kháng cáo nhanh

- Đối với kháng cáo nhanh, chúng tôi phải cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi **trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị**. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi làm thế.
 - Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **chúng tôi có thể dành thêm tối đa 14 ngày theo lịch** nếu quý vị yêu cầu về vật phẩm hoặc dịch vụ y tế. Nếu chúng tôi dành thêm ngày để đưa ra quyết định, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không được dành thêm thời gian nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Medicare Part B.
 - Nếu chúng tôi không cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi trong vòng 72 giờ (hoặc chậm nhất vào lúc kết thúc thời gian được gia hạn nếu chúng tôi dành thêm ngày), chúng tôi cần phải tự động chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo, lúc này yêu cầu của quý vị sẽ được xét duyệt bởi một tổ chức đánh giá độc lập. Phần 6.4 giải thích về quy trình kháng cáo Cấp 2.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu**

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

cầu, chúng tôi sẽ gửi quyết định của chúng tôi bằng văn bản cho quý vị và tự động chuyển tiếp kháng cáo của quý vị tới tổ chức đánh giá độc lập để thực hiện kháng cáo Cấp 2. Tổ chức đánh giá độc lập sẽ thông báo bằng văn bản cho quý vị khi tổ chức nhận được kháng cáo của quý vị.

Thời hạn cho một kháng cáo tiêu chuẩn

- Đối với kháng cáo tiêu chuẩn, chúng tôi phải cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi **trong vòng 30 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Medicare Part B mà quý vị chưa nhận được, chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi làm thế.
 - Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **chúng tôi có thể dành thêm tối đa 14 ngày theo lịch** nếu quý vị yêu cầu về vật phẩm hoặc dịch vụ y tế. Nếu chúng tôi dành thêm ngày để đưa ra quyết định, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Medicare Part B.
 - Nếu quý vị cho rằng chúng tôi **không** cần dành thêm ngày, quý vị có thể nộp khiếu nại nhanh. Khi quý vị nộp khiếu nại nhanh, chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời cho đơn khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ. (Để biết thêm thông tin về thủ tục nộp đơn khiếu nại, bao gồm đơn khiếu nại nhanh, hãy xem **Phần 11** của chương này).
 - Nếu chúng tôi không đưa ra câu trả lời cho quý vị kịp thời hạn (hoặc đến khi kết thúc khoảng thời gian được gia hạn), chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị lên mức kháng cáo Cấp 2, khi đó tổ chức đánh giá độc lập sẽ xét duyệt kháng cáo này. Phần 6.4 giải thích về quy trình kháng cáo Cấp 2.
- Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong **vòng 30 ngày theo lịch, hoặc trong vòng 7 ngày theo lịch** nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Medicare Part B, sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị.
- **Nếu chương trình của chúng tôi từ chối một phần hoặc toàn bộ kháng cáo của quý vị, quý vị có thêm quyền kháng cáo.**
- Nếu chúng tôi từ chối một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị.
 - Nếu vấn đề của quý vị là về bảo hiểm cho dịch vụ hoặc vật tư 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 để thực hiện kháng cáo Cấp 2.
 - Nếu vấn đề của quý vị là về bảo hiểm cho dịch vụ hoặc vật tư của Medicaid, thư này sẽ cho quý vị biết cách thức tự nộp kháng cáo Cấp 2.

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

Phần 6.4 Từng bước: Cách thực hiện Kháng Cáo Cấp 2

Thuật Ngữ Pháp Lý

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

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

- Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ hoặc vật tư do **Medicare 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 thường **do Medicaid bao trả**, quý vị có thể tự mình nộp kháng cáo Cấp 2. Thư này sẽ cho quý vị biết cách thức thực hiện việc này. Thông tin cũng được cung cấp bên dưới.
- Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc vật tư có thể được **cả Medicare và Medicaid bao trả**, quý vị sẽ tự động nhận được kháng cáo Cấp 2 với tổ chức đánh giá độc lập. Quý vị cũng có thể yêu cầu Phiên Điều Trần Công Bằng với tiểu bang.

Nếu quý vị đủ điều kiện để tiếp tục hưởng các quyền lợi khi quý vị đã nộp đơn kháng cáo Cấp 1, các quyền 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. Đi đến trang 179 để biết thông tin về cách tiếp tục các quyền 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 tổ chức đánh giá độc lập.
- Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ thường được Medicaid bao trả, quyền lợi về dịch vụ đó của quý vị sẽ tiếp tục nếu quý vị nộp kháng cáo Cấp 2 trong vòng 10 ngày theo lịch sau khi nhận được thư quyết định của chương trình.

Khi vấn đề của quý vị là về dịch vụ hoặc vật tư Medicare thường bao trả:

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

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

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

- Quý vị có quyền cung cấp thông tin bổ sung cho tổ chức đánh giá độc lập để hỗ trợ đơn kháng cáo của quý vị.
- Những người xét duyệt tại tổ chức đánh giá độc lập sẽ xem xét kỹ lưỡng tất cả thông tin liên quan đến đơn kháng cáo của quý vị.

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

- Đối với kháng cáo nhanh, tổ chức đánh giá phải cho quý vị biết câu trả lời đối với đơn kháng cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** kể từ khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.
- Nếu quý vị yêu cầu vật phẩm hoặc dịch vụ y tế và tổ chức đánh giá độc lập cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **có thể mất thêm tối đa là 14 ngày theo lịch**. Tổ chức đánh giá độc lập không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Medicare Part B.

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

- Đối với kháng cáo tiêu chuẩn, nếu quý vị yêu cầu vật phẩm hoặc dịch vụ y tế, tổ chức đánh giá phải cho quý vị biết câu trả lời đối với đơn kháng cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 30 ngày theo lịch** sau khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.
- Nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Medicare Part B, tổ chức đánh giá phải cho quý vị biết câu trả lời đối với đơn kháng cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi tổ chức này nhận được đơn kháng cáo của quý vị.
- Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu thiết bị hoặc dịch vụ y tế và tổ chức đánh giá độc lập cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **tổ chức này có thể dành thêm tối đa là 14 ngày theo lịch**. Tổ chức đánh giá độc lập không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Medicare Part B.

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

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

- **Nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý với một phần hoặc tất cả yêu cầu về vật phẩm hoặc dịch vụ y tế**, chúng tôi phải cho phép bao trả dịch vụ chăm sóc y tế **trong vòng 72 giờ** hoặc cung cấp dịch vụ trong vòng **14 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá độc lập đối với **yêu cầu tiêu chuẩn** hoặc cung cấp dịch vụ **trong vòng 72 giờ** từ ngày chương trình nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá độc lập đối với **yêu cầu nhanh**.
- **Nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý với một phần hoặc tất cả yêu cầu thuốc theo toa Medicare Part B**, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp thuốc theo toa Medicare Part B **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá độc lập đối với **yêu cầu tiêu chuẩn hoặc trong vòng 24 giờ** từ ngày chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá độc lập đối với **yêu cầu nhanh**.

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

- **Nếu tổ chức này từ chối một phần hoặc toàn bộ kháng cáo của quý vị**, điều này có nghĩa là họ đồng ý với chương trình của chúng tôi rằng yêu cầu (hoặc một phần yêu cầu) bao trả chăm sóc y tế của quý vị không nên được chấp thuận. (Đây được gọi là **giữ nguyên quyết định** hay **bác bỏ kháng cáo của quý vị**.) Trong trường hợp này, tổ chức đánh giá độc lập sẽ gửi thư cho quý vị:
 - Giải thích quyết định của họ.
 - Thông báo cho quý vị về quyền được kháng cáo Cấp 3 nếu giá trị tiền mặt của mức bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế đáp ứng mức tối thiểu nhất định. Thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được từ tổ chức đánh giá độc lập sẽ cho quý vị biết giá trị tiền mặt mà quý vị cần đáp ứng để được tiếp tục quy trình kháng cáo.
 - Cho quý vị biết cách nộp đơn kháng cáo Cấp 3.
 - Nếu Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị bị từ chối và quý vị đáp ứng các yêu cầu để tiếp tục thủ tục kháng cáo, quý vị phải quyết định liệu quý vị muốn đi tiếp tới Cấp 3 và nộp đơn kháng cáo lần thứ ba hay không. Chi tiết về cách thực hiện điều này có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau đơn Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị.
 - Kháng cáo Cấp 3 được giải quyết bởi một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử.
- Phần 10** của chương này sẽ giải thích về quy trình kháng cáo Cấp 3, 4 và 5.

Khi vấn đề của quý vị là về dịch vụ hoặc vật tư Medicaid thường bao trả:

Bước 1: Quý vị có thể yêu cầu Phiên Điều Trần Công Bằng với tiểu bang.

- Cấp 2 của quy trình kháng cáo đối với các dịch vụ thường được Medicaid bao trả là Phiên Điều Trần Công Bằng với tiểu bang. Quý vị phải yêu cầu Phiên Điều Trần Công Bằng bằng văn bản hoặc qua điện thoại **trong vòng 120 ngày theo lịch** kể từ ngày chúng tôi gửi thư quyết định về kháng cáo Cấp 1 của quý vị. Thư quý vị nhận được từ chúng tôi sẽ cho quý vị biết nơi gửi yêu cầu phiên điều trần của quý vị.

Bước 2: Văn phòng Phiên Điều Trần Công Bằng cho quý vị biết câu trả lời của họ.

Văn phòng Phiên Điều Trần Công Bằng sẽ cho quý vị biết quyết định của họ bằng văn bản và giải thích lý do cho quyết định đó.

- **Nếu văn phòng Phiên Điều Trần Công Bằng 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 từ văn phòng Phiên Điều Trần Công Bằng.
- **Nếu văn phòng Phiên Điều Trần Công Bằng từ chối một phần hoặc toàn bộ kháng cáo của quý vị**, điều này có nghĩa là họ đồng ý với chương trình của chúng tôi rằng yêu cầu (hoặc một phần yêu cầu) bao trả chăm sóc y tế của quý vị không nên được chấp thuận. (Đây được gọi là **giữ nguyên quyết định** hay **bác bỏ kháng cáo của quý vị**.)

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

Nếu quyết định là từ chối tất cả hoặc một phần những gì tôi đã yêu cầu, tôi có thể nộp đơn kháng cáo khác không?

Nếu tổ chức đánh giá độc lập hoặc quyết định của văn phòng Phiên Điều Trần Công Bằng là từ chối tất cả hoặc một phần những gì quý vị yêu cầu, quý vị có quyền **kháng cáo bổ sung**.

Thư quý vị nhận được từ văn phòng Phiên Điều Trần Công Bằng sẽ mô tả tùy chọn kháng cáo tiếp theo này.

Xem **Phần 10** của chương này để biết thêm thông tin về kháng cáo của quý vị sau Cấp 2.

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

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

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

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

Nếu quý vị muốn chúng tôi hoàn trả cho quý vị dịch vụ hoặc vật tư **Medicare** hoặc quý vị đang yêu cầu chúng tôi thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho dịch vụ hoặc vật tư Medicaid mà quý vị đã thanh toán, quý vị sẽ yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm này. Chúng tôi sẽ kiểm tra xem liệu dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã thanh toán có phải là dịch vụ được bao trả hay không. Chúng tôi cũng sẽ kiểm tra xem quý vị có tuân thủ tất cả các quy tắc về việc sử dụng bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị không.

- **Nếu chúng tôi đồng ý với yêu cầu của quý vị:** Nếu dịch vụ chăm sóc y tế được bao trả và quý vị đã tuân theo tất cả các quy định thì chúng tôi sẽ gửi cho quý vị khoản thanh toán cho chi phí đó thông thường trong vòng 30 ngày theo lịch, nhưng không muộn hơn 60 ngày theo lịch, sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
- **Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị:** Nếu dịch vụ chăm sóc y tế *không* được bao trả hoặc quý vị *không* tuân theo tất cả các quy định, chúng tôi sẽ không gửi thanh toán đi. Thay vào đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bức thư tuyên bố rằng chúng tôi sẽ không thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc y tế này và đưa ra lý do giải thích tại sao.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định từ chối của chúng tôi, **quý vị có thể nộp đơn kháng cáo**. Nếu quý vị nộp đơn kháng cáo, điều đó có nghĩa là quý vị đang yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định mức bảo hiểm

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

mà chúng tôi đã đưa ra khi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị.

Để nộp đơn kháng cáo này, hãy tuân theo quy trình kháng cáo mà chúng tôi mô tả trong Phần 6.3. Đối với các kháng cáo liên quan đến bồi hoàn, vui lòng lưu ý:

- Chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận được kháng cáo của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại cho quý vị số tiền thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận được và quý vị đã thanh toán thì quý vị không được phép yêu cầu xét đơn kháng cáo nhanh.
- Nếu tổ chức đánh giá độc lập quyết định rằng chúng tôi phải thanh toán, chúng tôi phải gửi cho quý vị hoặc nhà cung cấp khoản thanh toán trong vòng 30 ngày theo lịch. Nếu câu trả lời cho đơn kháng cáo của quý vị là đồng ý ở bất kỳ giai đoạn nào của thủ tục kháng cáo sau Cấp 2 thì chúng tôi phải gửi khoản thanh toán mà quý vị đã yêu cầu cho quý vị hoặc cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong vòng 60 ngày theo lịch.

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

Phần 7.1 Phần này cho quý vị biết phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề khi nhận thuốc Phần D hoặc quý vị muốn chúng tôi hoàn lại tiền thuốc Phần D cho quý vị

Quyền lợi của quý vị bao gồm bảo hiểm cho nhiều loại thuốc theo toa. Để được chi trả, thuốc phải được sử dụng theo chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. (Xem Chương 5 để biết chi tiết về một chỉ định được chấp nhận về mặt y tế.) Để biết chi tiết về thuốc Phần D, quy tắc, hạn chế và chi phí, vui lòng xem Chương 5.

Phần này chỉ nói về các loại thuốc Phần D của quý vị. Chúng tôi thường nói *thuốc* trong phần còn lại của phần này, thay vì luôn lặp lại thuốc theo toa dành cho bệnh nhân ngoại trú *được chi trả* hoặc *thuốc Phần D* cho ngắn gọn. Chúng tôi cũng sử dụng thuật ngữ Danh Sách Thuốc thay vì *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả* hoặc *Danh Mục Thuốc*.

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

Quyết định bảo hiểm và kháng cáo Phần D

Thuật Ngữ Pháp Lý

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

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

- Yêu cầu bao trả thuốc Phần D không nằm trong *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả của chương trình*. **Yêu cầu trường hợp ngoại lệ. Phần 7.2.**
- Yêu cầu miễn hạn chế về mức bảo hiểm của chương trình đối với một loại thuốc (chẳng hạn như các giới hạn về số lượng thuốc mà quý vị có thể nhận, sự ủy quyền trước hoặc yêu cầu thử một loại thuốc khác trước). **Yêu cầu trường hợp ngoại lệ. Phần 7.2.**
- Yêu cầu chấp thuận trước cho một loại thuốc. **Yêu cầu quyết định bảo hiểm. Phần 7.4.**
- Thanh toán cho thuốc theo toa mà quý vị đã mua. **Yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị. Phần 7.4.**

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định mức bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra thì quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Phần này cho quý vị biết cả cách yêu cầu quyết định mức bảo hiểm và cách yêu cầu xét đơn kháng cáo.

Phần 7.2

Trường hợp ngoại lệ là gì?

Thuật ngữ Pháp lý
Yêu cầu bảo hiểm cho một loại thuốc không nằm trong Danh Sách Thuốc đôi khi được gọi là yêu cầu ngoại lệ trong danh mục thuốc. Yêu cầu xóa bỏ hạn chế đối với mức bảo hiểm cho một loại thuốc đôi khi được gọi là yêu cầu ngoại lệ trong danh mục thuốc. Yêu cầu thanh toán ở giá thấp hơn cho một loại thuốc không ưu tiên được bao trả đôi khi được gọi là yêu cầu ngoại lệ phân bậc.

Nếu một loại thuốc không được bao trả theo cách mà quý vị muốn được bao trả, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi tạo một **trường hợp ngoại lệ**. Ngoại lệ là một loại quyết định bảo hiểm.

Để chúng tôi có thể cân nhắc yêu cầu trường hợp ngoại lệ của quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác sẽ cần đưa ra các lý do y tế giải thích tại sao quý vị cần trường hợp ngoại lệ được chấp thuận. Sau đây là hai ví dụ về các trường hợp ngoại lệ mà quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện:

1. **Bao trả một loại thuốc Phần D không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi.**
2. **Bỏ hạn chế đối với một loại thuốc được bao trả.** Chương 5 mô tả các quy tắc hoặc hạn chế bổ sung áp dụng cho một số loại thuốc nhất định trong “Danh Sách Thuốc” của chúng tôi.

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

Phần 7.3 Những điều quan trọng cần biết về việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ

Bác sĩ của quý vị phải cho chúng tôi biết các lý do y tế

Bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác phải gửi cho chúng tôi thông báo giải thích các lý do y tế về việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ. Để có quyết định nhanh hơn, hãy đưa vào thông báo này những thông tin y tế từ bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác khi quý vị yêu cầu trường hợp ngoại lệ.

Thông thường, Danh Sách Thuốc của chúng tôi bao gồm nhiều hơn một loại thuốc để điều trị một bệnh trạng cụ thể. Những khả năng khác nhau này được gọi là thuốc **thay thế**. Nếu thuốc thay thế có hiệu quả như loại thuốc mà quý vị yêu cầu và không gây thêm tác dụng phụ hoặc các vấn đề sức khỏe khác, chúng tôi thường sẽ *không* chấp thuận yêu cầu trường hợp ngoại lệ của quý vị.

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

- Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu trường hợp ngoại lệ của quý vị thì sự chấp thuận của chúng tôi thường có hiệu lực đến hết năm chương trình. Điều này đúng nếu bác sĩ của quý vị tiếp tục kê toa thuốc đó cho quý vị và thuốc đó vẫn an toàn và có hiệu quả để điều trị bệnh lý của quý vị.
- Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị, quý vị có thể yêu cầu xem xét bằng cách nộp đơn kháng cáo.

Phần 7.4 Từng bước: Cách yêu cầu quyết định bao trả, bao gồm cả ngoại lệ

Thuật Ngữ Pháp Lý

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

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

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

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

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

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

- Nếu quý vị tự mình yêu cầu một quyết định nhanh về bảo hiểm mà không cần sự hỗ trợ từ bác sĩ hoặc người kê toa của quý vị, chúng tôi sẽ quyết định xem tình trạng sức khỏe của quý vị có đòi hỏi chúng tôi phải cung cấp cho quý vị một quyết định nhanh về bảo hiểm hay không. Nếu chúng tôi không phê duyệt một quyết định nhanh về bảo hiểm, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị để:
 - Giải thích rằng chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.
 - Giải thích rằng nếu bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị yêu cầu quyết định nhanh về bảo hiểm, chúng tôi sẽ tự động cung cấp một quyết định nhanh về bảo hiểm cho quý vị.
 - Giải thích rằng quý vị có thể nộp khiếu nại nhanh về quyết định của chúng tôi khi ra quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn thay vì quyết định nhanh về bảo hiểm như quý vị đã yêu cầu. Chúng tôi sẽ trả lời khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ sau khi nhận được.

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

Bắt đầu bằng cách gọi điện thoại, viết thư, hoặc gửi fax cho chương trình của chúng tôi để yêu cầu chúng tôi cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm đối với dịch vụ chăm sóc y tế quý vị muốn. Quý vị cũng có thể tìm hiểu về thủ tục của việc quyết định về sự bao trả qua trang mạng của chúng tôi. Chúng tôi phải chấp nhận bất kỳ yêu cầu bằng văn bản nào, bao gồm một yêu cầu nộp lên theo *mẫu đơn Yêu Cầu Quyết Định Bảo Hiểm Mẫu của CMS*, có sẵn trên trang web của chúng tôi

www.wellcare.com/drug-coverage-determination-request. Chương 2 có thông tin liên hệ. Để hỗ trợ chúng tôi xử lý yêu cầu của quý vị, vui lòng nhớ điền tên, thông tin liên hệ và thông tin xác định yêu cầu bị từ chối nào đang được quý vị kháng cáo.

Quý vị, bác sĩ của quý vị (hoặc người kê toa khác) hoặc người đại diện của quý vị có thể thực hiện điều này. Quý vị cũng có thể yêu cầu luật sư hành xử thay mặt quý vị. Phần 5 của chương này cho biết cách quý vị có thể cho phép bằng văn bản để một người nào đó làm người đại diện cho quý vị.

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

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

Thời hạn đối với quyết định nhanh về bảo hiểm

- Chúng tôi nhìn chung phải cho quý vị biết câu trả lời **trong vòng 24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
 - Đối với trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được văn bản hỗ trợ từ bác sĩ của quý vị. Chúng tôi

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

sẽ cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi làm thế.

- Nếu chúng tôi không đáp ứng được thời hạn này, chúng tôi cần phải chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo để một tổ chức đánh giá độc lập xét duyệt yêu cầu này.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi phải cung cấp mức bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc tuyên bố của bác sĩ ủng hộ yêu cầu của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách nộp đơn kháng cáo.

Thời hạn cho quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn về một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được

- Chúng tôi phải cho quý vị biết câu trả lời **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
 - Đối với trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được văn bản hỗ trợ từ bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi làm thế.
 - Nếu chúng tôi không đáp ứng được thời hạn này, chúng tôi cần phải chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo để một tổ chức đánh giá độc lập xét duyệt yêu cầu này.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi phải **cung cấp mức bảo hiểm** mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc tuyên bố của bác sĩ ủng hộ yêu cầu của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách nộp đơn kháng cáo.

Thời hạn cho quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn về thanh toán cho một loại thuốc mà quý vị đã mua

- Chúng tôi phải cho quý vị biết câu trả lời **trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
 - Nếu chúng tôi không đáp ứng được thời hạn này, chúng tôi cần phải chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo để một tổ chức đánh giá độc lập xét duyệt yêu cầu này.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi cũng cần phải thanh toán cho quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

- Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách nộp đơn kháng cáo.

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối với yêu cầu ngoại lệ của quý vị, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo.

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

Phần 7.5 **Từng bước: Cách nộp đơn kháng cáo Cấp 1**

Thuật ngữ Pháp lý
Đơn kháng cáo lên chương trình về quyết định bảo hiểm đối với thuốc Phần D được gọi là tái quyết định của chương trình. Kháng cáo nhanh còn được gọi là tái quyết định nhanh .

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

Kháng cáo tiêu chuẩn thường được đưa ra trong vòng 7 ngày theo lịch. Kháng cáo nhanh thường được đưa ra trong vòng 72 giờ. Hãy yêu cầu kháng cáo nhanh nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi điều đó.

- Nếu quý vị định kháng cáo quyết định mà chúng tôi đã đưa ra về một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được thì quý vị và bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác sẽ cần quyết định xem liệu quý vị có cần xét đơn kháng cáo nhanh hay không.
- Các yêu cầu để được xét đơn kháng cáo nhanh giống với các yêu cầu để nhận được quyết định nhanh về bảo hiểm ở Phần 7.4 của chương này.

Bước 2: Quý vị, người đại diện, bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị phải liên hệ với chúng tôi và nộp đơn kháng cáo Cấp 1 của quý vị. Nếu sức khỏe của quý vị cần trả lời nhanh, quý vị phải yêu cầu **kháng cáo nhanh**.

- Đối với các kháng cáo tiêu chuẩn, hãy gửi yêu cầu bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi. Chương 2 có thông tin liên hệ.
- Để kháng cáo nhanh, vui lòng gửi kháng cáo của quý vị bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi theo số 1-888-846-4262 (TTY: 711). Chương 2 có thông tin liên hệ.
- Chúng tôi phải chấp nhận bất kỳ yêu cầu bằng văn bản nào, bao gồm một yêu cầu nộp lên theo mẫu đơn Yêu Cầu Quyết Định Bảo Hiểm Mẫu của CMS, có sẵn trên trang web của chúng tôi www.wellcare.com/drug-coverage-determination-appeal. Vui lòng đảm bảo điền tên, thông

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

tin liên hệ và thông tin liên quan đến yêu cầu của quý vị để hỗ trợ chúng tôi xử lý yêu cầu.

- **Quý vị có thể nộp đơn kháng cáo bằng phương thức điện tử thông qua trang web của chúng tôi tại www.wellcare.com/ohana.**
- **Quý vị phải nộp yêu cầu kháng cáo trong vòng 65 ngày theo lịch** kể từ ngày ghi trên văn bản thông báo chúng tôi đã gửi cho quý vị để cho biết câu trả lời của chúng tôi về quyết định bảo hiểm. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này và có lý do chính đáng, hãy giải thích lý do quý vị kháng cáo trễ hạn khi thực hiện kháng cáo. Chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để thực hiện kháng cáo. Ví dụ về lý do chính đáng có thể bao gồm bệnh nghiêm trọng khiến quý vị không liên hệ được với chúng tôi hoặc chúng tôi cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác hoặc không hoàn chỉnh về thời hạn cho yêu cầu kháng cáo.
- **Quý vị có thể yêu cầu bản sao thông tin trong đơn kháng cáo của quý vị và bổ sung thêm thông tin.** Quý vị và bác sĩ của quý vị cũng có thể bổ sung thêm thông tin để hỗ trợ cho kháng cáo của quý vị.

Bước 3: Chúng tôi xem xét đơn kháng cáo của quý vị và chúng tôi cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi.

- Khi chúng tôi đánh giá đơn kháng cáo của quý vị, chúng tôi sẽ xem xét thận trọng lại tất cả thông tin về yêu cầu bảo trả của quý vị. Chúng tôi kiểm tra xem liệu chúng tôi có đang tuân theo tất cả các quy định khi chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị hay không. Chúng tôi có thể liên lạc với quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác để biết thêm thông tin.

Thời hạn cho một kháng cáo nhanh

- Đối với kháng cáo nhanh, chúng tôi phải cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi **trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị**. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi làm thế.
 - Nếu chúng tôi không cho quý vị biết câu trả lời trong vòng 72 giờ, chúng tôi phải chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo, nơi một tổ chức đánh giá độc lập sẽ xét duyệt yêu cầu này. Phần 7.6 giải thích về quy trình kháng cáo Cấp 2.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi phải cung cấp mức bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản giải thích tại sao chúng tôi từ chối và cách quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Thời hạn cho kháng cáo tiêu chuẩn về một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được

- Đối với kháng cáo tiêu chuẩn, chúng tôi phải cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết quyết định của chúng tôi sớm hơn nếu quý vị chưa nhận

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

được thuốc và tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi làm như vậy.

- Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định cho quý vị biết câu trả lời trong vòng 7 ngày theo lịch, chúng tôi phải chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo, nơi một tổ chức đánh giá độc lập sẽ xét duyệt yêu cầu này. Phần 7.6 giải thích về quy trình kháng cáo Cấp 2.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm càng nhanh càng tốt theo nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị, nhưng không quá **7 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản giải thích tại sao chúng tôi từ chối và cách quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

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

- Chúng tôi phải cho quý vị biết câu trả lời **trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
 - Nếu chúng tôi không đáp ứng được thời hạn này, chúng tôi cần phải chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo để một tổ chức đánh giá độc lập xét duyệt yêu cầu này.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi cũng cần phải thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách nộp đơn kháng cáo.

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối đơn kháng cáo của quý vị thì quý vị sẽ quyết định xem liệu quý vị có muốn tiếp tục thủ tục kháng cáo và nộp đơn kháng cáo khác không.

- Nếu quý vị quyết định nộp đơn kháng cáo khác, điều này có nghĩa là đơn kháng cáo của quý vị sẽ chuyển lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo.

Phần 7.6 Từng bước: Cách nộp đơn kháng cáo Cấp 2

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

Tổ chức đánh giá độc lập là một tổ chức độc lập được Medicare thuê. Tổ chức này không liên kết với

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

chúng tôi và không phải là cơ quan chính phủ. Tổ chức này quyết định liệu quyết định chúng tôi đã đưa ra có chính xác không hoặc liệu có cần thay đổi hay không. Medicare giám sát hoạt động của tổ chức.

Bước 1: Quý vị (hoặc người đại diện của quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác) phải liên hệ với tổ chức đánh giá độc lập và yêu cầu xét duyệt trường hợp của quý vị.

- Nếu chúng tôi từ chối đơn kháng cáo Cấp 1 của quý vị thì thông báo bằng văn bản mà chúng tôi gửi cho quý vị sẽ bao gồm **hướng dẫn cách nộp đơn kháng cáo Cấp 2** lên tổ chức đánh giá độc lập. Những hướng dẫn này sẽ cho biết ai có thể nộp đơn kháng cáo Cấp 2 này, quý vị phải tuân theo những thời hạn nào và cách liên hệ với tổ chức đánh giá. Tuy nhiên, nếu chúng tôi không hoàn thành xét duyệt trong khung thời gian áp dụng hoặc đưa ra quyết định không mong muốn đối với quyết định **có nguy cơ** theo chương trình quản lý thuốc của chúng tôi, chúng tôi sẽ tự động gửi yêu cầu của quý vị đến IRE.
- Chúng tôi sẽ gửi thông tin về đơn kháng cáo của quý vị cho tổ chức này. Thông tin này được gọi là **hồ sơ trường hợp** của quý vị. **Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp một bản sao hồ sơ trường hợp của quý vị.**
- Quý vị có quyền cung cấp thông tin bổ sung cho tổ chức đánh giá độc lập để hỗ trợ đơn kháng cáo của quý vị.

Bước 2: Tổ chức đánh giá độc lập duyệt xét đơn kháng cáo của quý vị.

Những người xét duyệt tại tổ chức đánh giá độc lập sẽ xem xét kỹ lưỡng tất cả thông tin liên quan đến đơn kháng cáo của quý vị.

Thời hạn cho kháng cáo nhanh

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

Thời hạn cho kháng cáo tiêu chuẩn

- Đối với kháng cáo tiêu chuẩn, tổ chức đánh giá phải cho quý vị biết câu trả lời đối với đơn kháng cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi tổ chức này nhận được đơn kháng cáo của quý vị nếu đó là kháng cáo về thuốc mà quý vị chưa nhận. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại cho quý vị đối với loại thuốc mà quý vị đã mua, tổ chức đánh giá phải cho quý vị biết câu trả lời đối với kháng cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.

Bước 3: Tổ chức đánh giá độc lập sẽ cho quý vị biết câu trả lời của họ.

Đối với kháng cáo nhanh:

- Nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã

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

yêu cầu, chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm thuốc mà đã được tổ chức đánh giá phê duyệt **trong vòng 24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá này.

- **Đối với kháng cáo tiêu chuẩn:**
 - Nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý với một phần hoặc tất cả yêu cầu bảo hiểm quý vị, chúng tôi phải **cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được tổ chức đánh giá chấp thuận **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá này.
 - Nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý với một phần hoặc tất cả yêu cầu hoàn lại tiền cho quý vị đối với loại thuốc mà quý vị đã mua thì chúng tôi cần phải **gửi khoản thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá này.

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

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

- Giải thích quyết định của họ.
- Thông báo cho quý vị về quyền được kháng cáo Cấp 3 nếu giá trị tính bằng đô la của mức bảo hiểm thuốc mà quý vị yêu cầu đáp ứng mức tối thiểu nhất định. Nếu trị giá của thuốc được bao trả tính bằng đồng đô la mà quý vị yêu cầu quá thấp, quý vị không thể tiếp tục kháng cáo thêm và quyết định cho trường hợp kháng cáo của quý vị ở Cấp 2 sẽ là quyết định cuối cùng.
- Cho quý vị biết giá trị đang tranh chấp tính bằng đô la phải là bao nhiêu để tiếp tục quy trình kháng cáo.

Bước 4: Nếu trường hợp của quý vị đáp ứng yêu cầu, quý vị có thể chọn muốn nộp đơn kháng cáo lên mức cao hơn hay không.

- Có thêm ba mức trong thủ tục kháng cáo sau Cấp 2 (tổng số năm mức kháng cáo).
- Nếu quý vị muốn tiếp tục nộp đơn kháng cáo Cấp 3 thì những chi tiết về cách thực hiện sẽ có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau khi có quyết định về kháng cáo Cấp 2 của quý vị.
- Kháng cáo Cấp 3 được giải quyết bởi một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử. **Phần 10** của chương này cho biết thêm về quy trình cho kháng cáo Cấp 3, 4 và 5.

PHẦN 8 Cách yêu cầu chúng tôi bao trả cho thời gian nằm viện điều trị nội trú kéo dài nếu quý vị cho rằng quý vị được cho xuất viện quá sớm

Khi quý vị nhập viện, quý vị có quyền nhận tất cả dịch vụ bệnh viện được chi trả cần thiết để chẩn đoán và điều trị chấn thương hoặc căn bệnh của quý vị.

Trong thời gian ở bệnh viện được bao trả, bác sĩ và nhân viên bệnh viện sẽ làm việc với quý vị để chuẩn bị cho ngày mà quý vị sẽ xuất bệnh viện. Họ sẽ giúp sắp xếp dịch vụ chăm sóc mà quý vị có thể cần sau khi quý vị ra viện.

- Ngày quý vị ra viện được gọi là **ngày xuất viện**.
- Khi ngày xuất viện của quý vị đã được quyết định, bác sĩ của quý vị hoặc nhân viên bệnh viện sẽ cho quý vị biết.
- Nếu quý vị cho rằng quý vị được yêu cầu ra viện quá sớm, quý vị có thể yêu cầu thời gian nằm viện lâu hơn và yêu cầu của quý vị sẽ được xem xét.

Phần 8.1 Trong suốt thời gian quý vị nằm viện điều trị nội trú, quý vị sẽ nhận được văn bản thông báo từ Medicare cho biết các quyền của quý vị

Trong vòng hai ngày theo lịch sau khi nhập viện, quý vị sẽ nhận được thông báo bằng văn bản gọi là *Thông Báo Quan Trọng từ Medicare về Các Quyền Của Quý Vị*. Tất cả mọi người có Medicare sẽ nhận được một bản sao của thông báo này.

Nếu quý vị không nhận được thông báo từ một người trong bệnh viện (ví dụ như một nhân viên công tác xã hội hoặc y tá), hãy hỏi nhân viên bệnh viện để xin bản thông báo. Nếu quý vị cần trợ giúp, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần (TTY 1-877-486-2048).

1. Hãy đọc kỹ thông báo này và đặt câu hỏi nếu quý vị không hiểu thông báo. Thông báo này cho quý vị biết:

- Quyền nhận các dịch vụ được Medicare bao trả trong và sau thời gian quý vị nằm viện, theo chỉ thị của bác sĩ. Quyền này bao gồm quyền được biết các dịch vụ này là gì, ai sẽ thanh toán dịch vụ, và quý vị có thể nhận các dịch vụ này ở đâu.
- Quyền được tham gia vào bất kỳ quyết định nào về việc nằm viện của quý vị.
- Cần báo cáo bất kỳ quan tâm nào mà quý vị có về chất lượng dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện của quý vị cho ai.
- Quyền của quý vị được **yêu cầu xem xét ngay lập tức** quyết định xuất viện nếu quý vị cho

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

rằng quý vị được xuất viện quá sớm. Đây là một cách chính thức, hợp pháp để yêu cầu hoãn ngày xuất viện để chúng tôi bao trả dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện của quý vị trong thời gian lâu hơn.

2. Quý vị sẽ được yêu cầu ký văn bản thông báo để thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông báo và hiểu các quyền của mình.

- Quý vị hoặc người khác hành động thay mặt cho quý vị sẽ được yêu cầu ký tên vào thông báo này.
- Việc ký thông báo *chỉ* thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông tin về các quyền của mình. Thông báo này không đưa ra ngày xuất viện của quý vị. Việc ký thông báo **không có nghĩa** là quý vị đồng ý với ngày xuất viện.

3. Hãy giữ bản sao của thông báo ở nơi thuận tiện để quý vị có thông tin về việc nộp đơn kháng cáo (hoặc báo cáo lo ngại về chất lượng dịch vụ chăm sóc) khi cần.

- Nếu quý vị ký thông báo hơn hai ngày theo lịch trước ngày xuất viện, quý vị sẽ nhận được một bản sao khác trước khi quý vị được lên lịch xuất viện.
- Để xem trước bản sao thông báo này, quý vị có thể gọi bộ phận Dịch Vụ Hội Viên hoặc 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Quý vị cũng có thể xem thông báo trực tuyến tại www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

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

Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi bao trả các dịch vụ bệnh viện nội trú của mình lâu hơn, quý vị sẽ cần sử dụng quy trình kháng cáo để thực hiện yêu cầu này. Trước khi quý vị bắt đầu, hãy hiểu quý vị cần làm gì và thời hạn là ngày nào.

- **Tuân theo thủ tục.**
- **Đáp ứng thời hạn.**
- **Hãy yêu cầu trợ giúp nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp tại bất cứ thời điểm nào, vui lòng gọi đến bộ phận Dịch Vụ Hội Viên. Hoặc gọi chương trình Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang, một tổ chức chính phủ cung cấp trợ giúp cá nhân.

Trong quá trình kháng cáo Cấp 1, Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ xét duyệt đơn kháng cáo của quý vị. Tổ chức kiểm tra xem ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị có thích hợp về mặt y tế cho quý vị không.

Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng là một nhóm các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc y tế khác do chính phủ Liên Bang trả lương để kiểm tra và cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc dành cho những người tham gia Medicare. Việc này bao gồm duyệt xét ngày xuất viện đối với những người tham gia Medicare. Những

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

chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi.

Bước 1: Liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng tại tiểu bang của quý vị và yêu cầu xét duyệt ngay lập tức việc xuất viện của quý vị. Quý vị phải nhanh chóng hành động.

Làm thế nào quý vị có thể liên lạc với tổ chức này?

- Văn bản thông báo mà quý vị nhận được (*Thông Báo Quan Trọng từ Medicare về Các Quyền Của Quý Vị*) sẽ cho quý vị biết cách liên hệ với tổ chức này. Hoặc tìm tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng trong tiểu bang của quý vị trong Chương 2.

Nhanh chóng hành động:

- Để nộp đơn kháng cáo, quý vị phải liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng *trước khi* quý vị ra viện và **chậm nhất là vào nửa đêm ngày xuất viện.**
 - **Nếu quý vị đáp ứng được thời hạn này,** quý vị được phép nằm viện sau ngày xuất viện mà *không phải thanh toán cho thời gian này* trong khi chờ quyết định từ Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng.
 - **Nếu quý vị không đáp ứng được thời hạn này và quyết định nằm viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch,** quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau ngày xuất viện theo kế hoạch.

Sau khi yêu cầu xem xét ngay lập tức việc xuất viện của quý vị, Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ liên hệ với chúng tôi. Muộn nhất là trưa ngày hôm sau khi chúng tôi được họ liên hệ, chúng tôi sẽ đưa ra **Thông Báo Chi Tiết về Xuất Viện** cho quý vị. Thông báo này cung cấp cho quý vị ngày xuất viện theo kế hoạch và giải thích chi tiết lý do vì sao bác sĩ, bệnh viện và chúng tôi nghĩ rằng quý vị được xuất viện vào ngày đó là đúng (phù hợp về mặt y tế).

Quý vị có thể lấy mẫu **Thông Báo Chi Tiết về Xuất Viện** bằng cách gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048.) Hoặc quý vị có thể xem thông báo mẫu trực tuyến tại www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Bước 2: Tổ chức Cải tiến Chất lượng tiến hành duyệt xét độc lập trường hợp của quý vị.

- Các chuyên gia sức khỏe tại Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (chúng tôi sẽ gọi tắt họ là người xét duyệt) sẽ hỏi quý vị (hoặc người đại diện của quý vị) tại sao quý vị tin rằng bảo hiểm cho dịch vụ cần tiếp tục. Quý vị không phải chuẩn bị bất kỳ thứ gì bằng văn bản, nhưng quý vị có thể làm như vậy nếu muốn.
- Những người duyệt xét cũng sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, trao đổi với bác sĩ của quý vị, và duyệt xét thông tin mà bệnh viện và chúng tôi cung cấp cho họ.
- Muộn nhất là vào trưa ngày sau khi những người xét duyệt thông báo cho chúng tôi về kháng cáo của quý vị, quý vị sẽ nhận được thông báo bằng văn bản của chúng tôi cho biết ngày xuất

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

viện theo kế hoạch của quý vị. Thông báo này cũng giải thích chi tiết lý do vì sao bác sĩ, bệnh viện và chúng tôi nghĩ rằng quý vị được xuất viện vào ngày đó là đúng (phù hợp về mặt y tế).

Bước 3: Trong vòng một ngày sau khi có tất cả thông tin cần thiết, Tổ chức Cải tiến Chất lượng sẽ cho quý vị biết câu trả lời của họ đối với đơn kháng cáo của quý vị.

Điều gì sẽ xảy ra nếu câu trả lời là đồng ý?

- Nếu tổ chức đánh giá đồng ý, **chúng tôi phải tiếp tục cung cấp các dịch vụ nội trú tại bệnh viện được bao trả trong thời gian các dịch vụ này vẫn còn cần thiết về mặt y tế.**
- Quý vị phải tiếp tục trả phần chia sẻ chi phí của quý vị (như tiền khấu trừ hoặc đồng thanh toán, nếu có). Ngoài ra, có thể có các giới hạn đối với các dịch vụ tại bệnh viện được chi trả của quý vị.

Điều gì xảy ra nếu câu trả lời là từ chối?

- Nếu tổ chức đánh giá từ chối, họ cho rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là phù hợp về mặt y tế. Nếu điều này xảy ra, **bảo hiểm của chúng tôi cho các dịch vụ nội trú tại bệnh viện của quý vị sẽ kết thúc vào buổi trưa của ngày sau ngày Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng** cho quý vị biết câu trả lời của họ đối với đơn kháng cáo của quý vị.
- Nếu tổ chức đánh giá *từ chối* đơn kháng cáo của quý vị và quý vị quyết định nằm viện, khi đó **quý vị có thể phải trả toàn bộ** chi phí của dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau buổi trưa của ngày sau khi Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng cho quý vị biết câu trả lời của họ đối với đơn kháng cáo của quý vị.

Bước 4: Nếu câu trả lời đối với đơn kháng cáo Cấp 1 của quý vị là từ chối, quý vị quyết định liệu quý vị có muốn làm một đơn kháng cáo khác hay không.

- Nếu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng *từ chối* đơn kháng cáo của quý vị và quý vị nằm viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch của mình, thì quý vị có thể làm một đơn kháng cáo khác. Làm một đơn kháng cáo khác có nghĩa quý vị sẽ tới **Cấp 2** của quy trình kháng cáo.

Phần 8.3	Từng bước: Cách nộp đơn kháng cáo Cấp 2 để thay đổi ngày quý vị xuất viện
-----------------	--

Trong quá trình kháng cáo Cấp 2, quý vị yêu cầu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng xem xét lại quyết định của họ đối với đơn kháng cáo đầu tiên của quý vị. Nếu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng từ chối đơn kháng cáo Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho thời gian quý vị nằm viện sau ngày xuất viện dự kiến.

Bước 1: Quý vị liên lạc với Tổ chức Cải tiến Chất lượng một lần nữa và yêu cầu cuộc duyệt xét khác.

- Quý vị phải yêu cầu lần xét duyệt này **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau ngày mà Tổ Chức

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

Cải Tiến Chất Lượng *từ chối* đơn kháng cáo Cấp 1 của quý vị. Quý vị chỉ có thể yêu cầu lần xét duyệt này nếu quý vị nằm viện sau ngày bảo hiểm của quý vị cho dịch vụ chăm sóc kết thúc.

Bước 2: Tổ chức Cải tiến Chất lượng thực hiện cuộc duyệt xét lần thứ hai đối với tình huống của quý vị.

- Những người duyệt xét tại Tổ chức Cải tiến Chất sẽ xem xét kỹ lưỡng lại tất cả thông tin liên quan đến đơn kháng cáo của quý vị.

Bước 3: Trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu kháng cáo Cấp 2 của quý vị, những người xét duyệt sẽ quyết định về đơn kháng cáo và cho biết quyết định của họ.

Nếu tổ chức đánh giá đồng ý:

- **Chúng tôi phải hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho các dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được kể từ buổi trưa của ngày sau ngày kháng cáo đầu tiên của quý vị bị Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng từ chối. Chúng tôi phải tiếp tục cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện trong thời gian điều đó còn cần thiết về mặt y tế.**
- Quý vị phải tiếp tục thanh toán chia sẻ chi phí của quý vị và có thể áp dụng giới hạn mức bảo hiểm.

Nếu tổ chức đánh giá từ chối:

- Điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định họ đã đưa ra đối với đơn kháng cáo Cấp 1 của quý vị.
- Thông báo quý vị nhận được bằng văn bản sẽ cho quý vị biết những điều quý vị có thể làm nếu quý vị muốn tiếp tục thủ tục đánh giá.

Bước 4: Nếu câu trả lời là từ chối, quý vị sẽ cần quyết định xem quý vị có muốn nộp đơn kháng cáo lên mức cao hơn bằng cách chuyển sang Cấp 3 hay không.

- Có thêm ba mức trong thủ tục kháng cáo sau Cấp 2 (tổng số năm mức kháng cáo). Nếu quý vị muốn tiếp tục nộp đơn kháng cáo Cấp 3 thì những chi tiết về cách thực hiện sẽ có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau khi có quyết định về kháng cáo Cấp 2 của quý vị.
- Kháng cáo Cấp 3 được giải quyết bởi một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử. Phần 10 của chương này cho biết thêm về Cấp 3, 4 và 5.

PHẦN 9

Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả một số dịch vụ y tế nếu quý vị cho rằng bảo hiểm của quý vị kết thúc quá sớm

Phần 9.1

Phần này chỉ trình bày về ba loại dịch vụ: Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn và các dịch vụ của Cơ Sở Phục Hồi Ngoại Trú Toàn Diện (CORF)

Khi quý vị đang nhận được **dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc điều dưỡng chuyên môn hoặc chăm sóc phục hồi chức năng (Cơ Sở Phục Hồi Ngoại Trú Toàn Diện)** được bao trả, quý vị có quyền tiếp tục nhận được dịch vụ cho loại chăm sóc đó trong thời gian dịch vụ chăm sóc đó còn cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh tật hoặc chấn thương của quý vị.

Khi chúng tôi quyết định đã đến lúc phải ngừng chi trả bất kỳ loại nào trong ba loại dịch vụ chăm sóc dành cho quý vị, chúng tôi cần phải thông báo trước cho quý vị. Khi bảo hiểm dành cho loại dịch vụ chăm sóc đó của quý vị kết thúc, **chúng tôi sẽ ngừng thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị.**

Nếu quý vị nghĩ chúng tôi đang chấm dứt bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị quá sớm, **quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.** Phần này sẽ cho quý vị biết cách yêu cầu xét đơn kháng cáo.

Phần 9.2

Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết trước khi nào bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt

Thuật Ngữ Pháp Lý

Thông Báo Về Việc Không Bao Trả Của Medicare. Thông báo này cho quý vị biết cách yêu cầu xét đơn **kháng cáo giải quyết nhanh**. Yêu cầu xét đơn kháng cáo giải quyết nhanh là cách chính thức, hợp pháp để yêu cầu thay đổi quyết định mức bảo hiểm của chúng tôi về thời điểm ngừng dịch vụ chăm sóc của quý vị.

1. Quý vị nhận được thông báo bằng văn bản ít nhất hai ngày theo lịch trước khi chương trình của chúng tôi ngừng bao trả dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Thông báo sẽ cho quý vị biết:
- Ngày chúng tôi sẽ ngừng bao trả dịch vụ chăm sóc cho quý vị.

• Cách yêu cầu kháng cáo giải quyết nhanh để yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả dịch vụ chăm sóc của quý vị trong một khoảng thời gian dài hơn.
2. Quý vị, hoặc một người hành động thay mặt cho quý vị, sẽ được yêu cầu ký văn bản thông báo để thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông báo. Việc ký tên vào thông báo này *chỉ* cho thấy quý vị đã nhận được thông tin về thời điểm bảo hiểm của quý vị sẽ ngừng. **Việc ký vào thông báo này không có nghĩa là quý vị đồng ý** với quyết định của chương trình về việc ngừng dịch vụ chăm sóc.

Phần 9.3 Từng bước: Cách nộp đơn kháng cáo Cấp 1 để yêu cầu chương trình của chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị trong thời gian lâu hơn

Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi chi trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị trong thời gian lâu hơn, quý vị sẽ cần phải sử dụng thủ tục kháng cáo để thực hiện yêu cầu này. Trước khi quý vị bắt đầu, hãy hiểu quý vị cần làm gì và thời hạn là ngày nào.

- **Tuân theo thủ tục.**
- **Đáp ứng thời hạn.**
- **Hãy yêu cầu trợ giúp nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp tại bất cứ thời điểm nào, vui lòng gọi đến bộ phận Dịch Vụ Hội Viên. Hoặc gọi chương trình Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang, một tổ chức chính phủ cung cấp trợ giúp cá nhân.

Trong quá trình kháng cáo Cấp 1, Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ xét duyệt đơn kháng cáo của quý vị. Tổ chức này sẽ quyết định xem ngày kết thúc dịch vụ chăm sóc của quý vị có phù hợp về mặt y tế hay không.

Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng là một nhóm các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc y tế khác do chính phủ Liên Bang trả lương để kiểm tra và cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc dành cho những người tham gia Medicare. Điều này bao gồm xem xét các quyết định của chương trình về thời điểm ngừng bao trả một số loại dịch vụ chăm sóc y tế nhất định. Những chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi.

Bước 1: Nộp đơn Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị: liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng và yêu cầu kháng cáo giải quyết nhanh. Quý vị phải nhanh chóng hành động.

Làm thế nào quý vị có thể liên lạc với tổ chức này?

- Thông báo bằng văn bản quý vị đã nhận được (*Thông Báo Về Việc Không Bao Trả Của Medicare*) cho quý vị biết cách liên hệ với tổ chức này. Hoặc tìm tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng trong tiểu bang của quý vị trong Chương 2.

Nhanh chóng hành động:

- Quý vị phải liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng để bắt đầu kháng cáo **muộn nhất là vào buổi trưa ngày trước ngày có hiệu lực** trong Thông Báo về việc Không Bao Trả Của Medicare.
- Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn để liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng, quý vị vẫn có quyền kháng cáo. Liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng.

Bước 2: Tổ chức Cải tiến Chất lượng tiến hành duyệt xét độc lập trường hợp của quý vị.

Thuật Ngữ Pháp Lý
Giải Thích Chi Tiết về Việc Không Bao Trả. Thông báo nhằm cung cấp thông tin chi tiết về các lý do kết thúc bảo hiểm.

Điều gì xảy ra trong cuộc duyệt xét này?

- Các chuyên gia sức khỏe tại Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (những người xét duyệt) sẽ hỏi quý vị hoặc người đại diện của quý vị, tại sao quý vị tin rằng bảo hiểm cho dịch vụ cần được tiếp tục. Quý vị không phải chuẩn bị bất kỳ thứ gì bằng văn bản, nhưng quý vị có thể làm như vậy nếu muốn.
- Tổ chức đánh giá cũng sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, trao đổi với bác sĩ của quý vị và đánh giá thông tin mà chương trình của chúng tôi đã cung cấp cho họ.
- Cuối cùng, những người xét duyệt thông báo cho chúng tôi biết về kháng cáo của quý vị, quý vị cũng sẽ nhận được thư **Giải Thích Chi Tiết về Việc Không Bao Trả** từ chúng tôi nhằm giải thích chi tiết lý do chúng tôi ngừng bao trả cho các dịch vụ của quý vị.

Bước 3: Trong vòng tròn một ngày sau khi có tất cả các thông tin cần thiết, những người duyệt xét sẽ cho quý vị biết quyết định của họ.

Điều gì sẽ xảy ra nếu những người xét duyệt trả lời đồng ý?

- Nếu những người đánh giá *đồng ý* với kháng cáo của quý vị, thì **chúng tôi phải tiếp tục cung cấp các dịch vụ được bao trả của quý vị trong thời gian quý vị còn cần thiết về mặt y tế.**
- Quý vị phải tiếp tục trả phần chia sẻ chi phí của quý vị (như tiền khấu trừ hoặc đồng thanh toán, nếu có). Có thể có các giới hạn đối với các dịch vụ được bao trả của quý vị.

Điều gì sẽ xảy ra nếu những người xét duyệt trả lời từ chối?

- Nếu những người xét duyệt *từ chối*, thì **bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt vào ngày chúng tôi đã thông báo cho quý vị.**
- Nếu quý vị quyết định tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, hoặc dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc dịch vụ tại Cơ Sở Phục Hồi Ngoại Trú Toàn Diện (CORF) *sau* ngày này khi bảo hiểm của quý vị chấm dứt, thì **quý vị sẽ phải tự thanh toán toàn bộ chi phí** của dịch vụ chăm sóc này.

Bước 4: Nếu câu trả lời đối với đơn kháng cáo Cấp 1 của quý vị là từ chối, quý vị quyết định liệu quý vị có muốn làm một đơn kháng cáo khác hay không.

- Nếu những người xét duyệt *từ chối* đơn kháng cáo Cấp 1 của quý vị – và quý vị chọn tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau khi bảo hiểm của quý vị cho dịch vụ chăm sóc đó chấm dứt – thì quý vị có thể nộp đơn kháng cáo Cấp 2.

Phần 9.4 Từng bước: Cách nộp đơn kháng cáo Cấp 2 để yêu cầu chương trình của chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị trong thời gian lâu hơn

Trong quá trình Kháng Cáo Cấp 2, quý vị yêu cầu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng xem xét lại quyết định của họ đối với đơn kháng cáo đầu tiên của quý vị. Nếu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng từ chối đơn kháng cáo Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, hoặc dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc dịch vụ tại Cơ Sở Phục Hồi Ngoại Trú Toàn Diện (CORF) của mình *sau* ngày chúng tôi cho biết bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt.

Bước 1: Quý vị liên lạc với Tổ chức Cải tiến Chất lượng một lần nữa và yêu cầu cuộc duyệt xét khác.

- Quý vị phải yêu cầu duyệt xét này **trong vòng 60 ngày** theo lịch sau ngày Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng *từ chối* Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị. Quý vị chỉ có thể yêu cầu cuộc duyệt xét này nếu quý vị tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau ngày bảo hiểm của quý vị cho dịch vụ chăm sóc đó đã chấm dứt.

Bước 2: Tổ chức Cải tiến Chất lượng thực hiện cuộc duyệt xét lần thứ hai đối với tình huống của quý vị.

- Những người duyệt xét tại Tổ chức Cải tiến Chất sẽ xem xét kỹ lưỡng lại tất cả thông tin liên quan đến đơn kháng cáo của quý vị.

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

Điều gì sẽ xảy ra nếu tổ chức đánh giá trả lời đồng ý?

- **Chúng tôi phải hoàn trả cho quý vị** phần chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc quý vị đã nhận được kể từ ngày chúng tôi cho biết bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt. **Chúng tôi phải tiếp tục bao trả** cho dịch vụ chăm sóc đó trong thời gian dịch vụ còn cần thiết về mặt y tế.
- Quý vị phải tiếp tục thanh toán phần chi phí của quý vị và có thể có các giới hạn mức bảo hiểm áp dụng.

Điều gì xảy ra nếu tổ chức duyệt xét từ chối?

- Điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định chúng tôi đã đưa ra đối với đơn kháng cáo Cấp 1 của quý vị.
- Thông báo quý vị nhận được bằng văn bản sẽ cho quý vị biết những điều quý vị có thể làm nếu quý vị muốn tiếp tục thủ tục đánh giá. Thông báo sẽ cung cấp cho quý vị chi tiết về cách chuyển lên mức kháng cáo tiếp theo, mức được Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử giải quyết.

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

Bước 4: Nếu câu trả lời là từ chối, quý vị sẽ cần quyết định xem có muốn kháng cáo lên mức cao hơn hay không.

- Có ba cấp bổ sung của thủ tục kháng cáo sau Cấp 2, trong tổng số năm mức kháng cáo. Nếu quý vị muốn tiếp tục nộp đơn kháng cáo Cấp 3 thì những chi tiết về cách thực hiện sẽ có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau khi có quyết định về kháng cáo Cấp 2 của quý vị.
- Kháng cáo Cấp 3 được giải quyết bởi một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử. Phần 10 của chương này cho biết thêm về quy trình cho kháng cáo Cấp 3, 4 và 5.

PHẦN 10 Tiếp tục chuyển đơn kháng cáo của quý vị lên Cấp 3 và các mức cao hơn

Phần 10.1 Các Cấp Kháng Cáo 3, 4 và 5 cho Yêu Cầu Dịch Vụ Y Tế

Phần này có thể thích hợp cho quý vị nếu quý vị đã nộp đơn kháng cáo Cấp 1 và kháng cáo Cấp 2, và cả hai đơn kháng cáo của quý vị đều bị từ chối.

Nếu giá trị tính bằng đồng đô la của hạng mục hoặc dịch vụ y tế quý vị đã kháng cáo đáp ứng một số mức tối thiểu, quý vị có thể tiếp tục chuyển lên các mức kháng cáo tiếp theo. Nếu giá trị tính bằng đồng đô la thấp hơn mức tối thiểu, quý vị không thể tiếp tục kháng cáo thêm nữa. Văn bản trả lời mà quý vị nhận được cho đơn kháng cáo Cấp 2 của quý vị sẽ giải thích cách nộp đơn kháng cáo Cấp 3.

Đối với hầu hết các tình huống liên quan đến kháng cáo, ba mức kháng cáo cuối cùng hoạt động giống nhau. Đây là người giải quyết việc duyệt xét đơn kháng cáo của quý vị ở mỗi mức trong những mức này.

Kháng cáo Cấp 3 Một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử làm việc cho chính phủ Liên Bang sẽ xét duyệt kháng cáo và trả lời quý vị.

- **Nếu Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử đồng ý đơn kháng cáo của quý vị, quy trình kháng cáo có thể kết thúc hoặc không thể kết thúc.** Không giống như quyết định ở kháng cáo Cấp 2, chúng tôi có quyền kháng cáo quyết định ở Cấp 3 mà có lợi cho quý vị. Nếu chúng tôi quyết định kháng cáo, trường hợp này sẽ chuyển thành kháng cáo Cấp 4.
 - Nếu chúng tôi quyết định *không* kháng cáo, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi nhận được quyết định của Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử.
 - Nếu chúng tôi quyết định kháng cáo quyết định đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị bản sao yêu cầu kháng cáo Cấp 4 cùng bất kỳ tài liệu kèm theo nào. Chúng tôi có thể chờ quyết định kháng cáo Cấp 4 trước khi cho phép hoặc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế đang tranh chấp.
- **Nếu Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử từ chối đơn kháng cáo của quý vị, thủ tục kháng cáo có thể kết thúc hoặc có thể không kết thúc.**

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

- Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối đơn kháng cáo của quý vị, quy trình kháng cáo kết thúc.
- Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục tới mức tiếp theo của thủ tục duyệt xét. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết việc cần làm cho kháng cáo Cấp 4.

Kháng Cáo Cấp 4 Hội Đồng Kháng Cáo Medicare (Hội Đồng) sẽ đánh giá đơn kháng cáo của quý vị và cho quý vị biết câu trả lời. Hội Đồng này thuộc chính quyền Liên Bang.

- **Nếu câu trả lời là đồng ý, hoặc nếu Hội Đồng từ chối yêu cầu xét duyệt của chúng tôi đối với quyết định có lợi ở kháng cáo Cấp 3, quy trình kháng cáo có thể kết thúc hoặc có thể không kết thúc.** Không giống như quyết định ở Cấp 2, chúng tôi có quyền kháng cáo quyết định ở Cấp 4 mà có lợi cho quý vị. Chúng tôi sẽ quyết định có nên kháng cáo quyết định này đến Cấp 5 hay không.
 - Nếu chúng tôi quyết định *không* kháng cáo quyết định đó, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi nhận được quyết định của Hội Đồng.
 - Nếu chúng tôi quyết định kháng cáo quyết định đó, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản.
- **Nếu câu trả lời là từ chối hoặc nếu Hội Đồng từ chối yêu cầu xét duyệt, quy trình kháng cáo có thể kết thúc hoặc có thể không kết thúc.**
 - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối đơn kháng cáo của quý vị, quy trình kháng cáo kết thúc.
 - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định đó, quý vị có thể tiếp tục chuyển lên cấp tiếp theo của quy trình xét duyệt. Nếu Hội Đồng từ chối đơn kháng cáo của quý vị, thông báo quý vị nhận được sẽ cho biết liệu các quy định có cho phép quý vị tiếp tục lên kháng cáo Cấp 5 hay không và cách tiếp tục với kháng cáo Cấp 5.

Kháng Cáo Cấp 5 Một thẩm phán tại Tòa Án Khu Vực Liên Bang sẽ đánh giá đơn kháng cáo của quý vị.

- Thẩm phán sẽ xét duyệt tất cả thông tin và quyết định *đồng ý* hoặc *từ chối* yêu cầu của quý vị. Đây là câu trả lời cuối cùng. Không còn thêm cấp kháng cáo nào sau cấp Tòa Án Quận Liên Bang.

Phần 10.2 Kháng cáo Medicaid bổ sung

Quý vị cũng có quyền kháng cáo khác nếu kháng cáo của quý vị là về các dịch vụ hoặc vật tư Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) thường bao trả. Thư quý vị nhận được từ văn phòng Phiên Điều Trần Công Bằng sẽ cho quý vị biết những việc cần làm nếu muốn tiếp tục quy trình kháng cáo.

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

Phần 10.3 Các Cấp Kháng Cáo 3, 4 và 5 cho Yêu Cầu Thuốc Phần D

Phần này có thể thích hợp cho quý vị nếu quý vị đã nộp đơn kháng cáo Cấp 1 và kháng cáo Cấp 2, và cả hai đơn kháng cáo của quý vị đều bị từ chối.

Nếu giá trị của thuốc mà quý vị đã kháng cáo đáp ứng được một số tiền nhất định, quý vị có thể chuyển sang các mức kháng cáo bổ sung. Nếu số tiền ít hơn, quý vị không thể kháng cáo thêm nữa. Văn bản trả lời mà quý vị nhận được cho đơn kháng cáo Cấp 2 của quý vị sẽ giải thích cần liên hệ với ai và cần làm gì để yêu cầu xét đơn kháng cáo Cấp 3.

Đối với hầu hết các tình huống liên quan đến kháng cáo, ba mức kháng cáo cuối cùng hoạt động giống nhau. Đây là người giải quyết việc duyệt xét đơn kháng cáo của quý vị ở mỗi mức trong những mức này.

Kháng cáo Cấp 3 Một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử làm việc cho chính phủ Liên Bang sẽ xét duyệt kháng cáo và trả lời quý vị.

- **Nếu câu trả lời là đồng ý, thủ tục kháng cáo kết thúc.** Chúng tôi phải **cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử chấp thuận **trong vòng 72 giờ (24 giờ đối với kháng cáo nhanh) hoặc thanh toán chậm nhất là 30 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định.
- **Nếu câu trả lời là từ chối, quy trình kháng cáo có thể kết thúc hoặc có thể không kết thúc.**
 - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối đơn kháng cáo của quý vị, quy trình kháng cáo kết thúc.
 - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục tới mức tiếp theo của thủ tục duyệt xét. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết việc cần làm cho kháng cáo Cấp 4.

Kháng Cáo Cấp 4 Hội Đồng Kháng Cáo Medicare (Hội Đồng) sẽ đánh giá đơn kháng cáo của quý vị và cho quý vị biết câu trả lời. Hội Đồng này thuộc chính quyền Liên Bang.

- **Nếu câu trả lời là đồng ý, thủ tục kháng cáo kết thúc.** Chúng tôi phải **cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được Hội Đồng chấp thuận **trong vòng 72 giờ (24 giờ đối với kháng cáo nhanh) hoặc thanh toán chậm nhất là 30 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định.
- **Nếu câu trả lời là từ chối, quy trình kháng cáo có thể kết thúc hoặc có thể không kết thúc.**
 - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối đơn kháng cáo của quý vị, quy trình kháng cáo kết thúc.
 - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định đó, quý vị có thể tiếp tục chuyển lên cấp tiếp theo của quy trình xét duyệt. Nếu Hội Đồng từ chối đơn kháng cáo của quý vị hoặc từ chối yêu cầu xem xét đơn kháng cáo của quý vị, thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết liệu các quy định có cho phép quý vị tiếp tục kháng cáo lên Cấp 5 hay không. Thông báo này cũng sẽ thông báo cho quý vị biết cần liên hệ với ai và cần làm gì nếu quý vị lựa chọn tiếp tục

kháng cáo.

Kháng Cáo Cấp 5 Một thẩm phán tại **Tòa Án Khu Vực Liên Bang** sẽ đánh giá đơn kháng cáo của quý vị.

- Thẩm phán sẽ xét duyệt tất cả thông tin và quyết định *đồng ý* hoặc *từ chối* yêu cầu của quý vị. Đây là câu trả lời cuối cùng. Không còn thêm cấp kháng cáo nào sau cấp Tòa Án Quận Liên Bang.

PHẦN 11 **Cách nộp đơn khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ, dịch vụ khách hàng hoặc các quan tâm khác**

Phần 11.1 **Những loại vấn đề nào được giải quyết theo thủ tục khiếu nại?**

Quy trình khiếu nại *chỉ được* dùng cho một số loại vấn đề nhất định. Những loại này gồm các vấn đề về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ, và dịch vụ khách hàng. Dưới đây là các ví dụ về các loại vấn đề được giải quyết theo thủ tục khiếu nại.

Khiếu nại	Ví dụ
Chất lượng dịch vụ chăm sóc y tế	Quý vị có không hài lòng với chất lượng chăm sóc quý vị nhận được (kể cả dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện) không?
Tôn trọng quyền riêng tư của quý vị	Có người không tôn trọng quyền riêng tư của quý vị hoặc chia sẻ thông tin bí mật không?
Thiếu tôn trọng, dịch vụ khách hàng kém hoặc những hành vi tiêu cực khác	- Có người đã thô lỗ hoặc thiếu tôn trọng quý vị không? - Quý vị có không hài lòng với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi không? - Quý vị có cảm thấy mình đang được khuyến khích rời khỏi chương trình không?
Thời gian chờ	- Quý vị có gặp khó khăn khi đặt hẹn hoặc phải chờ quá lâu để đặt hẹn không? - Quý vị có phải chờ bác sĩ, dược sĩ hoặc chuyên gia y tế khác quá lâu không? Hoặc bởi bộ phận Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi hoặc nhân viên khác của chương trình? - Ví dụ như chờ quá lâu khi gọi điện, trong phòng chờ hoặc phòng khám, hoặc lấy toa thuốc.
Tình trạng vệ sinh	Quý vị có không hài lòng với tình trạng vệ sinh hoặc tình trạng của một phòng khám, bệnh viện hoặc phòng mạch của bác sĩ?

Khiếu nại	Ví dụ
Thông tin quý vị nhận được từ chúng tôi	- Có phải chúng tôi không gửi cho quý vị thông báo cần thiết không? - Thông tin bằng văn bản của chúng tôi có khó hiểu không?
Tính kịp thời (Những loại khiếu nại này đều liên quan đến <i>tính kịp thời</i> trong hành động của chúng tôi liên quan đến quyết định bảo hiểm và kháng cáo)	Nếu quý vị đã yêu cầu chúng tôi về một quyết định bảo hiểm hoặc đã nộp đơn kháng cáo và quý vị cho rằng chúng tôi không trả lời đủ nhanh, quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về sự chậm trễ của chúng tôi. Dưới đây là các ví dụ: - Nếu quý vị đã yêu cầu chúng tôi ra một quyết định nhanh về bảo hiểm hoặc kháng cáo nhanh và chúng tôi đã từ chối, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại. - Quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn của các quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo; quý vị có thể khiếu nại. - Quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn bao trả hoặc bồi hoàn cho quý vị về một số vật phẩm hoặc dịch vụ y tế hoặc thuốc đã được phê duyệt; quý vị có thể khiếu nại. - Quý vị tin rằng chúng tôi không đáp ứng được thời hạn theo yêu cầu trong việc chuyển tiếp trường hợp của quý vị đến tổ chức đánh giá độc lập; quý vị có thể khiếu nại.

Phần 11.2

Cách nộp đơn khiếu nại

Thuật ngữ Pháp lý
Khiếu nại cũng được gọi là than phiền. Nộp đơn khiếu nại cũng được gọi là nộp đơn than phiền. Sử dụng quy trình khiếu nại cũng được gọi là sử dụng quy trình nộp đơn than phiền. Khiếu nại nhanh còn được gọi là than phiền cấp tốc.

Phần 11.3

Từng bước: Nộp đơn khiếu nại

Bước 1: Liên hệ với chúng tôi ngay lập tức – qua điện thoại hoặc bằng văn bản.

- Thông thường**, bước đầu tiên là gọi bộ phận Dịch Vụ Hội Viên. Nếu có bất kỳ điều gì khác quý vị cần phải làm, bộ phận Dịch Vụ Hội Viên sẽ cho quý vị biết.

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

- **Nếu quý vị không muốn gọi điện thoại (hoặc quý vị đã gọi và không hài lòng), quý vị có thể lập khiếu nại của quý vị bằng văn bản và gửi cho chúng tôi.** Nếu quý vị lập khiếu nại bằng văn bản, chúng tôi sẽ trả lời đơn khiếu nại của quý vị bằng văn bản.
- **Nếu chúng tôi không thể giải quyết đơn khiếu nại của quý vị qua điện thoại, chúng tôi có một thủ tục chính thức để xem xét đơn khiếu nại của quý vị. Chúng tôi gọi đây là Thủ Tục Than Phiền.** Để nộp đơn khiếu nại hoặc nếu quý vị có câu hỏi về thủ tục này, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên. Hoặc, quý vị có thể gửi email cho chúng tôi một yêu cầu bằng văn bản tới địa chỉ được nêu trong phần *Khiếu Nại về Dịch Vụ Chăm Sóc Y Tế* hoặc *Khiếu Nại về Thuốc Theo Toa Phần D* trong Chương 2 của tài liệu này.
 - Nếu quý vị yêu cầu trả lời bằng văn bản, nếu quý vị nộp đơn khiếu nại (than phiền) bằng văn bản, hoặc nếu đơn khiếu nại của quý vị liên quan đến chất lượng chăm sóc, chúng tôi sẽ trả lời quý vị bằng văn bản. Quý vị cần nộp đơn khiếu nại trong vòng 60 ngày sau ngày xảy ra sự kiện. Quý vị có thể gửi khiếu nại của mình một cách chính thức bằng văn bản theo địa chỉ được nêu trong phần *Khiếu Nại về Dịch Vụ Chăm Sóc Y Tế* hoặc *Khiếu Nại về Thuốc Theo Toa Phần D* trong Chương 2 của tài liệu này.
 - Chúng tôi phải nhanh chóng thông báo cho quý vị quyết định của chúng tôi về khiếu nại của quý vị tùy theo trường hợp của quý vị dựa vào tình trạng sức khỏe của quý vị, nhưng không quá 30 ngày sau khi nhận được khiếu nại. Chúng tôi có thể gia hạn thời gian tối đa 14 ngày theo lịch nếu quý vị yêu cầu gia hạn hoặc nếu chúng tôi thấy cần thêm thông tin và việc trì hoãn là có lợi nhất cho quý vị.
 - Trong một số trường hợp nhất định, quý vị có quyền yêu cầu một đánh giá nhanh khiếu nại của quý vị. Đây được gọi là Thủ Tục Khiếu Nại Nhanh. Quý vị được quyền được đánh giá nhanh khiếu nại của mình nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi trong các trường hợp sau:
 - Chúng tôi từ chối yêu cầu được đánh giá nhanh một yêu cầu về dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc Phần D của quý vị.
 - Chúng tôi từ chối yêu cầu được đánh giá nhanh một kháng cáo về dịch vụ hoặc thuốc Phần D bị từ chối.
 - Chúng tôi quyết định rằng chúng tôi cần thêm thời gian để đánh giá yêu cầu dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị.
 - Chúng tôi quyết định rằng chúng tôi cần thêm thời gian để đánh giá kháng cáo về chăm sóc y tế bị từ chối của quý vị.
 - Quý vị có thể gửi loại khiếu nại này qua điện thoại bằng cách gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên. Quý vị cũng có thể gửi khiếu nại cho chúng tôi bằng văn bản theo địa chỉ được nêu trong phần *Khiếu Nại về Dịch Vụ Chăm Sóc Y Tế* hoặc *Khiếu Nại về Thuốc Theo Toa Phần D* trong Chương 2 của tài liệu này. Sau khi nhận được khiếu nại nhanh, một Bác Sĩ Lâm Sàng sẽ đánh giá trường hợp của quý vị và quyết định lý do từ chối yêu cầu được đánh giá nhanh của quý vị hay gia hạn cho trường hợp này có phù hợp hay không. Chúng tôi sẽ thông báo miệng

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

cho quý vị về quyết định xử lý nhanh trường hợp và thông báo bằng văn bản trong vòng 24 giờ kể từ khi nhận được khiếu nại của quý vị.

Bước 2: Chúng tôi xem xét đơn khiếu nại của quý vị và cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi.

- Nếu có thể, chúng tôi sẽ trả lời quý vị ngay lập tức. Nếu quý vị gọi cho chúng tôi để khiếu nại, chúng tôi có thể cho quý vị biết câu trả lời ngay trong cuộc gọi đó.
- Hầu hết các đơn khiếu nại đều được trả lời trong vòng 30 ngày theo lịch. Nếu chúng tôi cần thêm thông tin và sự chậm trễ là vì lợi ích tốt nhất của quý vị hoặc nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, chúng tôi có thể dành thêm tối đa là 14 ngày theo lịch (tổng cộng là 44 ngày theo lịch) để trả lời đơn khiếu nại của quý vị. Nếu chúng tôi quyết định dành thêm ngày để đưa ra quyết định, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản.
- Nếu quý vị nộp đơn khiếu nại vì chúng tôi đã từ chối yêu cầu quyết định nhanh về bảo hiểm hoặc kháng cáo nhanh của quý vị, chúng tôi sẽ tự động cung cấp đơn khiếu nại nhanh cho quý vị. Nếu quý vị có đơn khiếu nại nhanh, điều đó có nghĩa là chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời trong vòng 24 giờ.
- Nếu chúng tôi không đồng ý với một phần hoặc toàn bộ đơn khiếu nại của quý vị hoặc không chịu trách nhiệm về vấn đề quý vị đang khiếu nại, chúng tôi sẽ cho quý vị biết lý do trong câu trả lời của chúng tôi.

Phần 11.4 Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về chất lượng chăm sóc lên Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng

Khi đơn khiếu nại của quý vị là về chất lượng chăm sóc, quý vị cũng có hai tùy chọn bổ sung:

- Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại trực tiếp lên Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng. Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng là một nhóm các bác sĩ thực hành và các chuyên gia chăm sóc y tế khác do chính phủ Liên bang trả lương để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc dành cho bệnh nhân tham gia Medicare. Chương 2 có thông tin liên hệ.

Hoặc

- Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại cùng lúc lên Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng và chúng tôi.

Phần 11.5 Quý vị cũng có thể thông báo cho Medicare và Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii về đơn khiếu nại của quý vị

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại về chương trình của chúng tôi trực tiếp lên Medicare. Để nộp đơn khiếu nại lên Medicare, hãy truy cập www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY/TDD có thể gọi số 1-877-486-2048.

Đối với các khiếu nại liên quan đến các dịch vụ được bao trả theo Chương Trình Bộ Phận Hawaii Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii, vui lòng liên hệ với văn phòng Medicaid Tiểu Bang của quý vị. Quý vị có

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

thể tìm thông tin liên hệ trong Chương 2, Phần 6.

CHƯƠNG 10:

*Chấm dứt tham gia chương trình với tư
cách hội viên*

PHẦN 1 Giới thiệu về chấm dứt tham gia chương trình của chúng tôi với tư cách hội viên

Việc chấm dứt là hội viên chương trình Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) có thể là **tự nguyện** (quý vị tự chọn), hoặc **không tự nguyện** (không là chọn lựa của quý vị):

- Quý vị có thể rời bỏ chương trình của chúng tôi, bởi vì quý vị đã quyết định rằng mình *muốn* rời bỏ. Phần 2 và 3 cung cấp thông tin về việc tự nguyện chấm dứt tư cách hội viên của quý vị.
- Cũng có một số trường hợp bị hạn chế, khi quý vị không chọn việc bỏ đi, nhưng chúng tôi bị bắt buộc ngưng tư cách hội viên của quý vị. Phần 5 cho quý vị biết về các tình huống, khi chúng tôi phải ngưng tư cách hội viên của quý vị.

Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, chương trình của chúng tôi phải tiếp tục cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế và thuốc theo toa của quý vị và quý vị sẽ tiếp tục thanh toán phần chia sẻ chi phí cho đến khi tư cách hội viên của quý vị kết thúc.

PHẦN 2 Khi nào quý vị có thể chấm dứt tham gia chương trình của chúng tôi với tư cách hội viên?

Phần 2.1 Quý vị có thể bị chấm dứt tư cách hội viên do quý vị có Medicare và Medicaid

- Hầu hết mọi người tham gia Medicare có thể kết thúc tư cách hội viên chỉ trong những thời điểm nhất định của năm. Vì quý vị có Chương Trình Bộ Phận Hawaii Med-QUEST (Medicaid), quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi bất kỳ tháng nào trong năm. Quý vị cũng có các lựa chọn ghi danh vào một chương trình Medicare khác bất kỳ tháng nào, bao gồm:
 - Original Medicare *kèm theo* chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt
 - Với Original Medicare *không kèm theo* một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt (Nếu quý vị chọn lựa chọn này, Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình bảo hiểm thuốc, trừ khi quý vị yêu cầu không tự động ghi danh) hoặc
 - Nếu hội đủ điều kiện, D-SNP tích hợp cung cấp cho Medicare của quý vị và hầu hết hoặc tất cả các quyền lợi và dịch vụ Chương Trình Bộ Phận Hawaii Med-QUEST (Medicaid) của quý vị trong một chương trình.

Lưu ý: Nếu quý vị rút tên khỏi chương trình bảo hiểm thuốc kê đơn Medicare và không có bảo hiểm thuốc kê đơn tiêu chuẩn, trong một khoảng thời gian 63 ngày liên tục trở lên, thì quý vị có thể cần trả tiền phạt ghi danh trễ Phần D, nếu sau đó quý vị tham gia một chương trình bảo hiểm thuốc Medicare.

Chương 10 Kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Liên hệ Văn Phòng Medicaid Tiểu Bang của quý vị để tìm hiểu thêm về các lựa chọn chương trình Medicaid (các số điện thoại có trong Chương 2, Phần 6 của tài liệu này).

- Các tùy chọn chương trình bảo hiểm y tế Medicare khác được cung cấp trong **Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm**. Phần 2.2 cho quý vị biết thêm về Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm.
- **Khi nào quý vị ngưng là hội viên?** Tư cách hội viên của quý vị sẽ thường kết thúc vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu thay đổi chương trình của quý vị. Việc ghi danh của quý vị trong chương trình mới cũng sẽ bắt đầu vào ngày này.

Phần 2.2 Quý vị có thể ngưng là hội viên chương trình trong Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm

Quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong **Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm** (còn được gọi là Giai Đoạn Ghi Danh Mở Hàng Năm). Trong thời gian này, hãy xem xét bảo hiểm thuốc và sức khỏe của quý vị và quyết định về bảo hiểm cho năm tiếp theo.

- **Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm** là từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12.
- **Hãy chọn giữ lại bảo hiểm hiện tại, hoặc thay đổi bảo hiểm của mình cho năm tới.** Nếu quý vị quyết định đổi qua một chương trình mới, thì quý vị có thể chọn bất cứ loại chương trình nào sau đây:
 - Một chương trình bảo hiểm y tế Medicare khác, có hoặc không có bảo hiểm thuốc kê đơn.
 - Original Medicare *kèm theo* chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt

HOẶC

 - Original Medicare *không kèm theo* một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt.
- **Tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi sẽ chấm dứt** khi chương trình bảo hiểm mới của quý vị bắt đầu vào ngày 1 tháng 1.

Nếu quý vị nhận được “Trợ Giúp Bổ Sung” từ Medicare để trả tiền thuốc theo toa: Nếu quý vị đổi qua Original Medicare và không ghi danh vào một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt, thì Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình bảo hiểm thuốc, trừ khi quý vị yêu cầu không tự động ghi danh.

Lưu ý: Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi chương trình bảo hiểm thuốc kê đơn Medicare và không có bảo hiểm thuốc kê đơn tiêu chuẩn từ 63 ngày liên tiếp trở lên, thì quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh trễ Phần D nếu sau đó quý vị tham gia một chương trình thuốc Medicare.

Phần 2.3 Quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong Giai Đoạn Ghi Danh Mở của Medicare Advantage

Quý vị có cơ hội thay đổi bảo hiểm y tế của quý vị *một lần* trong **Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage**.

- **Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage** kéo dài từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3

Chương 10 Kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

và cũng dành cho những người thụ hưởng Medicare mới đã ghi danh vào một chương trình MA, từ tháng được hưởng Phần A và Phần B cho đến ngày cuối cùng của tháng thứ 3 được hưởng.

- **Trong Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage hàng năm**, quý vị có thể:
 - Chuyển sang một Chương Trình Medicare Advantage khác có hoặc không có bảo hiểm thuốc kê đơn.
 - Rút tên khỏi chương trình của chúng tôi và nhận bảo hiểm thông qua Original Medicare. Nếu quý vị chọn đổi qua Original Medicare trong thời hạn này, quý vị cũng có thể tham gia một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng vào thời điểm đó.
- **Tư cách hội viên của quý vị sẽ chấm dứt** vào ngày đầu tháng sau khi quý vị ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage khác hoặc chúng tôi nhận thư yêu cầu của quý vị xin đổi qua Original Medicare. Nếu quý vị cũng chọn ghi danh vào một chương trình thuốc theo toa Medicare, thì tư cách hội viên của quý vị trong chương trình bảo hiểm thuốc sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng, sau khi bảo hiểm thuốc nhận thư quý vị yêu cầu ghi tên tham gia.

Phần 2.4 Trong một số tình huống nhất định, quý vị có thể ngưng là hội viên trong Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt

Trong một trường hợp, quý vị có thể đủ điều kiện chấm dứt tư cách hội viên vào các thời điểm khác trong năm. Đây gọi là **Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt**.

Quý vị có thể đủ điều kiện để kết thúc tư cách hội viên trong Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt nếu quý vị nằm trong bất kỳ tình huống nào sau đây. Đây chỉ là những ví dụ, để có toàn bộ danh sách, quý vị có thể liên hệ với chương trình, gọi Medicare, hoặc vào trang web của Medicare (www.medicare.gov):

- Thông thường, khi nào quý vị đã di chuyển đi nơi khác.
- Nếu quý vị tham gia Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii
- Nếu quý vị hội đủ điều kiện được “Trợ Giúp Bỏ Sung”, với tiền bao trả cho thuốc qua Medicare.
- Nếu chúng tôi vi phạm hợp đồng với quý vị.
- Nếu quý vị được chăm sóc trong một y viện, như viện dưỡng lão hoặc một bệnh viện chăm sóc dài hạn (LTC).
- **Lưu ý:** Nếu quý vị đang tham gia chương trình quản lý thuốc, quý vị có thể không thay đổi được chương trình. Chương 5, Phần 10 cho quý vị biết nhiều hơn về các chương trình quản lý thuốc.
- **Lưu ý:** Phần 2.1 cho quý vị biết thêm về giai đoạn ghi danh đặc biệt cho những người có Medicaid.

Các giai đoạn thời gian ghi danh khác nhau tùy trường hợp của quý vị.

Để tìm hiểu xem quý vị có đủ điều kiện ghi danh trong Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt hay không, xin gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. Nếu quý vị hợp lệ ngưng tư cách hội viên, vì một hoàn cảnh đặc biệt, quý vị có thể chọn thay đổi cả hai bảo hiểm y tế Medicare và bảo hiểm thuốc kê đơn. Quý vị có thể chọn:

Chương 10 Kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

- Một chương trình bảo hiểm y tế Medicare khác, có hoặc không có bảo hiểm thuốc kê đơn,
- Original Medicare *kèm theo* chương trình bảo hiểm thuốc kê đơn Medicare riêng biệt,
- - *hoặc* - Original Medicare *không kèm theo* một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt.

Lưu ý: Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi chương trình bảo hiểm thuốc kê đơn Medicare và không có bảo hiểm thuốc kê đơn tiêu chuẩn từ 63 ngày liên tiếp trở lên, thì quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh trễ Phần D nếu sau đó quý vị tham gia một chương trình thuốc Medicare.

Nếu quý vị nhận được “Trợ Giúp Bổ Sung” từ Medicare để trả tiền thuốc theo toa: Nếu quý vị đổi qua Original Medicare và không ghi danh vào một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt, thì Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình bảo hiểm thuốc, trừ khi quý vị yêu cầu không tự động ghi danh.

Tư cách hội viên của quý vị thông thường sẽ chấm dứt vào ngày đầu tiên của tháng sau khi nhận thư quý vị yêu cầu đổi chương trình.

Lưu ý: Phần 2.1 và 2.2 cho quý vị biết thêm về thời gian ghi danh đặc biệt cho những người có Medicaid và “Trợ Giúp Bổ Sung”.

Phần 2.5 Quý vị có thể tìm thêm thông tin về việc khi nào quý vị ngưng là hội viên ở đâu?

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về việc kết thúc tư cách hội viên, quý vị có thể:

- **Gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên.**
- Tìm thông tin trong sổ tay *Medicare & Quý Vị năm 2025*.
- Liên hệ **Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. (TTY 1-877-486-2048).

PHẦN 3 Quý vị có thể chấm dứt tham gia chương trình của chúng tôi với tư cách hội viên bằng cách nào?

Bảng liệt kê sau đây giải thích cách nào quý vị nên ngưng là tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi.

Nếu quý vị muốn chuyển từ chương trình của chúng tôi sang:	Đây là điều quý vị nên làm:
Một chương trình bảo hiểm y tế Medicare khác	- Ghi danh vào một chương trình bảo hiểm y tế Medicare mới. Bảo hiểm mới của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo. - Quý vị sẽ được tự động hủy ghi danh khỏi Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) khi bảo hiểm của chương trình mới của quý vị bắt đầu.
Original Medicare <i>kèm theo</i> chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt	- Ghi danh vào một chương trình thuốc theo toa Medicare mới. Bảo hiểm mới của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo. - Quý vị sẽ được tự động hủy ghi danh khỏi Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) khi bảo hiểm của chương trình mới của quý vị bắt đầu.
- Original Medicare <i>không kèm theo</i> một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt - Nếu quý vị đổi qua Original Medicare và không ghi danh vào một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt, thì Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình bảo hiểm thuốc, trừ khi quý vị yêu cầu không tự động ghi danh. - Nếu quý vị rút tên khỏi chương trình bảo hiểm thuốc kê đơn Medicare và không có bảo hiểm thuốc kê đơn tiêu chuẩn khác từ 63 ngày trở lên liên tiếp thì quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh trễ nếu sau đó quý vị tham gia một chương trình bảo hiểm thuốc của Medicare.	Gửi chúng tôi yêu cầu rút tên bằng văn bản. Hãy liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên nếu quý vị cần thêm thông tin về cách thực hiện việc này. - Quý vị cũng có thể liên hệ Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần và yêu cầu được hủy ghi danh. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. - Quý vị sẽ được hủy ghi danh khỏi Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) khi bắt đầu có bảo hiểm Original Medicare.

Lưu ý: Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi chương trình bảo hiểm thuốc kê đơn Medicare và không có bảo hiểm thuốc kê đơn tiêu chuẩn từ 63 ngày liên tiếp trở lên, thì quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh trễ Phần D nếu sau đó quý vị tham gia một chương trình thuốc Medicare.

Nếu quý vị có thắc mắc về các quyền lợi của Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid), hãy liên hệ với Chương trình Bộ phận Hawaii Med-QUEST (Medicaid) theo số 1-800-316-8005, TTY 711, từ 7:45 sáng đến 4:30 chiều giờ HT, Thứ Hai - Thứ Sáu. Hãy hỏi cách tham gia một chương trình khác, nếu không quay lại Original Medicare sẽ ảnh hưởng đến cách quý vị nhận bảo hiểm Chương Trình Bộ Phận Hawaii Med-QUEST (Medicaid).

PHẦN 4 Cho tới khi ngưng là hội viên, quý vị phải tiếp tục nhận các vật phẩm y tế, dịch vụ và thuốc qua chương trình của chúng tôi

Cho đến khi tư cách hội viên Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) của quý vị kết thúc, và bảo hiểm Medicare và Medicaid mới của quý vị bắt đầu, quý vị phải tiếp tục nhận các vật phẩm y tế, dịch vụ và thuốc theo toa thông qua chương trình của chúng tôi.

- **Tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi để nhận dịch vụ chăm sóc y tế.**
- **Tiếp tục sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi hoặc đặt hàng qua đường bưu điện để lấy thuốc theo toa của quý vị.**
- **Nếu quý vị nhập viện vào ngày kết thúc tư cách hội viên, thời gian nằm viện của quý vị sẽ được chương trình của chúng tôi bao trả cho đến khi xuất viện (ngay cả khi quý vị được xuất viện sau khi bắt đầu bảo hiểm y tế mới).**

PHẦN 5 Chúng tôi phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình trong một số trường hợp nhất định

Phần 5.1 Khi nào chúng tôi phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình?

Chúng tôi phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình nếu xảy ra bất cứ trường hợp nào sau đây:

- Nếu quý vị không còn được hưởng các Medicare Part A và Part B.
- Nếu quý vị không còn đủ điều kiện tham gia Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii. Như đã nêu trong Chương 1, Phần 2.1, chương trình của chúng tôi dành cho những người đủ điều kiện nhận cả Medicare và Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii. Nếu quý vị không còn đáp ứng được các yêu cầu đủ điều kiện đặt biệt cho chương trình của chúng tôi, tư cách hội viên của quý vị trong chương trình này sẽ chấm dứt sau 6 tháng. Quý vị sẽ nhận được một thông báo từ chúng tôi thông báo cho quý vị về việc chấm dứt tư cách hội viên của quý vị và các lựa chọn của quý vị. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về yêu cầu đủ điều kiện của quý vị, vui lòng liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên.
 - Giai đoạn được coi là vẫn tiếp tục đủ điều kiện cho chương trình của chúng tôi kéo dài 6 tháng.

Giai đoạn được coi là vẫn tiếp tục đủ điều kiện bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sau tháng mà quý vị bị mất tình trạng nhu cầu đặc biệt.

- Nếu quý vị chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi.
- Nếu quý vị ra khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi, lâu hơn sáu tháng.
 - Nếu quý vị chuyển chỗ ở hoặc có chuyến đi xa lâu ngày, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên để tìm hiểu xem liệu nơi quý vị chuyển đến hoặc đi du lịch tới có thuộc khu vực của chương trình chúng tôi hay không.
- Nếu quý vị bị giam giữ (vào tù).
- Nếu quý vị không còn là công dân Hoa Kỳ hoặc sống hợp pháp tại Hoa Kỳ.
- Nếu quý vị nói dối hoặc che giấu thông tin về bảo hiểm khác quý vị có mà cung cấp bảo hiểm thuốc kê đơn
- Nếu quý vị cố tình cung cấp thông tin sai lệch cho chúng tôi khi quý vị 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. (Chúng tôi không thể bắt buộc quý vị rời chương trình của chúng tôi vì lý do này, trừ khi chúng tôi được Medicare cho phép trước.)
- Nếu quý vị tiếp tục ứng xử theo cách quấy rối và gây khó khăn cho chúng tôi trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị và các hội viên khác trong chương trình của chúng tôi. (Chúng tôi không thể bắt buộc quý vị rời chương trình của chúng tôi vì lý do này, trừ khi chúng tôi được Medicare cho phép trước.)
- Nếu quý vị cho người khác sử dụng thẻ hội viên của mình để nhận dịch vụ chăm sóc y tế. (Chúng tôi không thể bắt buộc quý vị rời chương trình của chúng tôi vì lý do này, trừ khi chúng tôi được Medicare cho phép trước.)
 - Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị vì lý do này, Medicare có thể yêu cầu Tổng Thanh Tra điều tra trường hợp của quý vị.
- Nếu quý vị phải trả thêm cho số tiền Phần D vì thu nhập của quý vị và quý vị không chịu trả thì Medicare sẽ hủy ghi danh quý vị khỏi chương trình của chúng tôi.

Quý vị có thể lấy thêm thông tin ở đâu?

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc muốn biết thêm thông tin về thời điểm chúng tôi có thể kết thúc tư cách hội viên của mình, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên.

Phần 5.2	Chúng tôi <u>không</u> được yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất cứ lý do gì liên quan tới sức khỏe
-----------------	---

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) không được phép yêu cầu quý vị rời chương trình của chúng tôi vì bất cứ lý do gì liên quan tới sức khỏe.

Quý vị nên làm gì nếu chuyện này xảy ra?

Nếu quý vị cảm thấy đang bị yêu cầu rời chương trình của chúng tôi vì lý do liên quan đến sức khỏe, hãy gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần (TTY: 1-877-486-2048).

Phần 5.3 Quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Nếu chúng tôi ngưng tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi, thì chúng tôi phải cho quý vị biết bằng văn bản, lý do gì ngưng tư cách hội viên của quý vị. Chúng tôi cũng phải giải thích cách quý vị có thể nộp đơn than phiền hoặc đơn khiếu nại về quyết định chấm dứt tư cách hội viên của quý vị mà chúng tôi đưa ra.

CHƯƠNG 11:

Thông báo pháp lý

PHẦN 1 Thông báo về luật quy định

Luật chủ yếu áp dụng cho tài liệu *Chứng Từ Bảo Hiểm* này là Tiêu Đề XVIII của Đạo Luật An Sinh Xã Hội và các quy định được tạo ra theo Đạo Luật An Sinh Xã Hội bởi Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid hay CMS. Ngoài ra, có thể áp dụng luật Liên bang và trong vài tình huống, là luật tiểu bang quý vị sinh sống. Điều này có thể ảnh hưởng tới các quyền hạn và trách nhiệm của quý vị, kể cả khi luật chưa được bao gồm hay giải thích, trong tài liệu này.

PHẦN 2 Thông báo về việc không phân biệt đối xử

Chương trình bảo hiểm y tế của chúng tôi tuân thủ Luật Dân Quyền Liên Bang. **Chúng tôi không phân biệt đối xử** dựa trên chủng tộc, dân tộc, nguồn gốc quốc gia, màu da, tôn giáo, giới tính, tuổi tác, khuynh hướng tính dục, khuyết tật về thể chất hoặc tinh thần, tình trạng sức khỏe, kinh nghiệm khiếm nại, tiền sử bệnh tật, thông tin di truyền, bằng chứng về bảo hiểm hoặc vị trí địa lý trong khu vực dịch vụ. Mọi tổ chức cung cấp các chương trình Medicare Advantage, như chương trình của chúng tôi, đều phải tuân hành luật Liên Bang chống kỳ thị, bao gồm Tiêu đề VI của Đạo luật Dân Quyền năm 1964, Đạo luật Phục hồi năm 1973, Đạo luật Không kỳ thị Tuổi tác năm 1975, Đạo luật người Mỹ Khuyết tật, Phần 1557 Đạo Luật Bảo Vệ Bệnh Nhân Và Chăm Sóc Sức Khỏe Giá Phải Chăng, tất cả các luật khác áp dụng cho các tổ chức nhận ngân quỹ chính quyền Liên Bang, và bất cứ luật và quy định gì khác, áp dụng cho bất cứ lý do gì.

Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin hoặc quan tâm đến phân biệt đối xử hoặc đối xử bất công, xin gọi cho **Phòng Dân Quyền** của Sở Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh theo số 1-800-368-1019

(TTY 1-800-537-7697) hoặc Phòng Dân Quyền địa phương của quý vị. Quý vị cũng có thể xem lại thông tin từ Phòng Dân Quyền của Sở Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh tại

<https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Nếu quý vị bị khuyết tật và cần trợ giúp về việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi. Nếu quý vị có khiếu nại, ví dụ như về vấn đề về lối ra vào cho xe lăn, Dịch Vụ Hội Viên có thể trợ giúp.

PHẦN 3 Thông báo về quyền thay thế của Người Phụ Trả Tiền cho Medicare

Chúng tôi có quyền hạn và trách nhiệm truy thu tiền cho các dịch vụ Medicare chi trả, do bởi Medicare không phải là phía chi trả chính yếu. Thẻ theo quy định của CMS, tham chiếu điều khoản 42 CFR 422.108 và 423.462 của Bộ luật Liên bang, chương trình của chúng tôi, trong vai trò một Tổ Chức Medicare Advantage, sẽ thực thi các quyền hạn tương đương khi truy thu chi phí, mà Bộ Trưởng thực thi qua luật quy định của CMS trong các phần phụ B tới D của phần 411 điều khoản 42 CFR, và luật quy định trong phần này thay thế bất cứ luật gì của Tiểu Bang.

PHẦN 4 Thu hồi quyền lợi chương trình của chúng tôi đã thanh toán theo chương trình Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) của quý vị

Khi quý vị bị thương

Nếu quý vị bị thương, bị ốm hoặc mắc một bệnh trạng 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 quyền lợi cho những dịch vụ được đài thọ 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 trạng 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 vấp và ngã trong một cửa hàng; hoặc
- Quý vị tiếp xúc với một chất hóa học nguy hiểm tại nơi làm việc.

Quyền thu hồi của chương trình chúng tôi áp dụng cho mọi và tất cả các khoản tiền quý vị nhận được từ bên chịu trách nhiệm, bao gồm nhưng không giới hạn ở:

- Các khoản thanh toán được thực hiện bởi một bên thứ ba hoặc bất kỳ công ty bảo hiểm nào thay mặt cho một bên thứ ba;
- Bảo hiểm cho người lái xe ô tô không có bảo hiểm hoặc bảo hiểm không đủ;
- Bảo vệ thương tích cá nhân, bảo hiểm bất kể do lỗi bên nào hoặc bất kỳ bảo hiểm nào khác của bên mua bảo hiểm;
- Bồi thường cho người lao động hoặc cung cấp hoặc giải quyết quyền lợi cho người khuyết tật;
- Bao trả các khoản thanh toán y tế theo bất kỳ hợp đồng bảo hiểm ô tô nào, bao trả bảo hiểm của chủ nhà hoặc cơ sở hoặc bao trả bảo hiểm vượt mức quy định;
- Mọi 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 quyền lợi theo chương trình này, quý vị đồng ý rằng chương trình của chúng tôi có quyền ưu

Chương 11 Thông báo pháp lý

tiền thay thế và bồi hoàn đầu tiên đi kèm khi chương trình này đã thanh toán cho các quyền 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 quyền 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 quyền 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 quyền lợi cho các Dịch Vụ Được Bao Trả đã được thanh toán theo chương trình của chúng tôi liên quan đến thương tích, bệnh hoặc bệnh lý của quý vị do những hành động hoặc sai sót của một bên chịu trách nhiệm. Quyền ưu tiên này sẽ áp dụng bất kể số tiền được xác định cụ thể là khoản thu hồi chi phí y tế và bất kể quý vị có được bồi thường toàn bộ cho tổn thất của mình hay không. Chương trình của chúng tôi có thể thu hồi toàn bộ chi phí của tất cả các quyền lợi được chương trình này cung cấp mà không tính đến bất kỳ khiếu nại nào về lỗi của quý vị, cho dù được gây ra do sơ suất tương đối hay cách khác. Không có phí luật sư nào được khấu trừ từ số tiền thu hồi của chương trình chúng tôi và chương trình của chúng tôi không bắt buộc phải trả hoặc đóng góp vào việc thanh toán chi phí tòa án hoặc phí luật sư cho luật sư được thuê để theo đuổi yêu cầu bồi thường hoặc vụ kiện chống lại bất kỳ bên chịu trách nhiệm nào.

Các bước quý vị cần thực hiện

Nếu quý vị bị thương, bị ốm hoặc phát triển một bệnh trạng do một bên chịu trách nhiệm, quý vị phải hợp tác với chương trình của chúng tôi và/hoặc những nỗ lực của nhà cung cấp dịch vụ điều trị để thu hồi chi phí cho nhà cung cấp, bao gồm:

- Cho chương trình của chúng tôi hoặc nhà cung cấp dịch vụ điều trị biết, khi có thể, tên và địa chỉ của bên chịu trách nhiệm và/hoặc luật sư của họ nếu quý vị biết; tên và địa chỉ của luật sư của quý vị nếu quý vị đang sử dụng một luật sư; tên và địa chỉ của bất kỳ công ty bảo hiểm nào liên quan; 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 hợp lý để hỗ trợ thực thi quyền giữ lại hoặc quyền thu hồi.
- Phản hồi nhanh chóng các yêu cầu từ chương trình của chúng tôi hoặc nhà cung cấp dịch vụ điều trị về tình trạng hoặc hồ sơ hoặc yêu cầu bồi thường và bất kỳ thảo luận nào về việc thanh toán.
- Thông báo ngay lập tức cho chương trình sau khi quý vị hoặc luật sư của quý vị nhận được bất kỳ khoản tiền nào từ (các) bên chịu trách nhiệm hoặc bất kỳ nguồn nào khác.
- Thanh toán số tiền thu hồi của chương trình hoặc quyền thu giữ chi phí chăm sóc sức khỏe từ bất kỳ khoản thu hồi, thỏa thuận hoặc phán quyết nào, hoặc từ một nguồn bồi thường khác, bao gồm thanh toán tất cả tiền bồi hoàn đến hạn cho chương trình của chúng tôi cho toàn bộ chi phí quyền 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 quyền 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 để thực hiện việc thu hồi tiền trả dư.

PHẦN 5 Thẻ hội viên

Thẻ hội viên do chương trình của chúng tôi phát hành theo *Chứng Từ Bảo Hiểm* này chỉ dùng cho mục đích nhận dạng. Sở hữu một thẻ hội viên không mang lại bất kỳ quyền nào đối với các dịch vụ hoặc quyền lợi khác nằm trong *Chứng Từ Bảo Hiểm* này. Để được hưởng các dịch vụ hoặc quyền lợi theo *Chứng Từ Bảo Hiểm* này, chủ thẻ phải hội đủ điều kiện để nhận bảo hiểm và được ghi danh là hội viên theo *Chứng Từ Bảo Hiểm* này. Bất kỳ người nào nhận dịch vụ mà họ không đủ điều kiện được hưởng theo *Chứng Từ Bảo Hiểm* này sẽ phải chịu trách nhiệm thanh toán cho những dịch vụ này. Hội Viên phải cung cấp thẻ hội viên của chương trình, không phải thẻ Medicare khi nhận dịch vụ. Vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (TTY: 711) nếu quý vị cần thay thẻ hội viên.

Lưu ý: Bất kỳ hội viên nào cố ý cho phép lạm dụng hoặc sử dụng sai mục đích thẻ hội viên có thể bị hủy ghi danh vì lý do đó. Chương trình của chúng tôi phải báo cáo việc rút tên do lạm dụng hoặc sử dụng sai mục đích thẻ hội viên cho Văn Phòng Tổng Thanh Tra, việc này có thể dẫn đến bị truy cứu trách nhiệm hình sự.

PHẦN 6 Cộng sự viên làm việc độc lập

Mối quan hệ giữa chương trình của chúng tôi và mỗi nhà cung cấp tham gia là một mối quan hệ với nhà thầu độc lập. Các nhà cung cấp tham gia chương trình không phải là nhân viên hoặc đại lý của chương trình chúng tôi cũng như không chương trình hay nhân viên nào của chương trình là nhân viên hay đại lý của một nhà cung cấp tham gia. Trong mọi trường hợp, chương trình của chúng tôi sẽ không chịu trách nhiệm về sự sơ suất, hành động sai trái, hoặc thiếu sót của bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nhà cung cấp tham gia chương trình nào. Các bác sĩ tham gia chương trình, và không phải là chương trình của chúng tôi, duy trì mối quan hệ bác sĩ-bệnh nhân với hội viên. Chương trình của chúng tôi không phải là một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

PHẦN 7 Gian lận trong chương trình chăm sóc sức khỏe

Gian lận trong chương trình chăm sóc sức khỏe được định nghĩa là sự lừa dối hoặc khai báo sai với chương trình của một nhà cung cấp, Hội Viên, hãng sở 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 Quyền Lợi, hoặc nếu quý vị biết hay nghi ngờ bất kỳ hoạt động bất hợp pháp nào, hãy gọi cho Đường Dây Nóng Về Gian Lận miễn phí của chương trình của chúng tôi theo số 1-866-685-8664 (TTY: 711). Đường Dây Nóng Về Gian Lận hoạt động 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần. Tất cả các cuộc gọi đều được bảo mật nghiêm ngặt.

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

Trong phạm vi thảm họa thiên nhiên, chiến tranh, bạo loạn, nổi dậy dân sự, dịch bệnh, phá hủy hoàn toàn hoặc một phần cơ sở vật chất, vụ nổ nguyên tử hoặc rò rỉ năng lượng hạt nhân khác, tình trạng khuyết tật của nhân viên nhóm y tế quan trọng, tình trạng khẩn cấp hoặc các sự kiện tương tự không nằm trong tầm kiểm soát của chương trình chúng tôi, dẫn đến việc cơ sở vật chất hoặc nhân sự của chương trình của chúng tôi không thể cung cấp hoặc thu xếp cho các dịch vụ hoặc quyền lợi theo *Chứng Từ Bảo Hiểm* này, nghĩa vụ cung cấp các dịch vụ hoặc quyền lợi đó của chương trình sẽ giới hạn ở yêu cầu rằng chương trình của chúng tôi phải thực hiện nỗ lực thiện chí để cung cấp hoặc thu xếp việc cung cấp các dịch vụ hoặc quyền lợi đó trong khả năng cung cấp hiện thời của cơ sở vật chất hoặc nhân sự của mình.

CHƯƠNG 12:

Định nghĩa các từ quan trọng

Số Tiền Được Cho Phép - Số tiền thanh toán tối đa cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được bao trả. Điều này có thể được gọi là “số tiền tối đa cho phép”, “số tiền được phép thanh toán” hoặc “mức giá thương lượng”. Nếu nhà chăm sóc sức khỏe của quý vị tính tiền cao hơn số tiền được cho phép trả, quý vị có thể phải tự trả phần sai biệt. (Xem mục **Lập Hóa Đơn Phụ Trội**.) Các nhà chăm sóc sức khỏe thuộc hệ thống không thể tính lệ phí nhiều hơn số tiền được cho phép trả cho một dịch vụ.

Trung Tâm Phẫu Thuật Ngoại Trú – Trung Tâm Phẫu Thuật Ngoại Trú là một cơ sở hoạt động chuyên biệt cho mục đích cung cấp các dịch vụ phẫu thuật cho bệnh nhân ngoại trú không bắt buộc nằm bệnh viện và họ dự kiến sẽ không ở lại trung tâm này quá 24 giờ.

Kháng Cáo – Kháng cáo là điều quý vị làm nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi khi từ chối một yêu cầu bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hay thuốc mua theo toa hoặc chi trả các dịch vụ hoặc những thuốc quý vị đã nhận được. Quý vị cũng có thể kháng cáo nếu quý vị không đồng ý với quyết định ngừng các dịch vụ mà quý vị đang nhận.

Giai Đoạn Quyền Lợi – Là phương thức mà chương trình của chúng tôi và Original Medicare đo lường việc quý vị sử dụng các dịch vụ từ Cơ sở Điều dưỡng Chuyên môn (SNF). Giai đoạn quyền lợi bắt đầu vào ngày quý vị chuyển vào một cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Giai đoạn quyền lợi kết thúc khi quý vị không nhận được bất kỳ chăm sóc chuyên môn nào trong một SNF trong 60 ngày liên tiếp. Nếu quý vị vào một cơ sở điều dưỡng chuyên môn sau khi một giai đoạn quyền lợi kết thúc thì một giai đoạn quyền lợi mới sẽ bắt đầu. Không giới hạn số giai đoạn quyền lợi.

Sản Phẩm Sinh Học – Một loại thuốc theo toa được làm từ nguồn gốc tự nhiên và sống như tế bào động vật, tế bào thực vật, vi khuẩn hoặc nấm men. Các sản phẩm sinh học phức tạp hơn các loại thuốc khác và không thể sao chép chính xác, vì vậy các dạng thay thế được gọi là thuốc sinh học tương tự. (Xem thêm “**Sản Phẩm Sinh Học Gốc**” và “**Thuốc Sinh Học Tương Tự**”).

Thuốc Sinh Học Tương Tự – Một loại thuốc theo toa được coi là rất giống, nhưng không giống hệt, với sản phẩm sinh học ban đầu. Thuốc sinh học tương tự cũng an toàn và hiệu quả như sản phẩm sinh học gốc. Một số thuốc sinh học tương tự có thể được thay thế cho sản phẩm sinh học ban đầu tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới (Xem phần “**Thuốc Sinh Học Tương Tự Có Thể Thay Thế**”).

Thuốc Biệt Được – Là một loại thuốc theo toa được bào chế và bán ra bởi công ty dược phẩm đã nghiên cứu và phát triển thuốc này từ ban đầu. Các loại thuốc biệt được có cùng hoạt chất trong công thức bào chế thuốc như phiên bản thuốc gốc. Tuy nhiên, thuốc gốc được sản xuất và bán bởi các nhà sản xuất thuốc khác và thường không được bán cho đến khi bằng sáng chế của thuốc biệt được đã hết hiệu lực.

Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương – Giai đoạn trong Quyền Lợi Thuốc Phần D bắt đầu khi quý vị (hoặc các bên đủ tiêu chuẩn khác thay mặt quý vị) đã chi \$2,000 cho thuốc được bao trả theo Phần D trong năm được bao trả. Trong giai đoạn thanh toán này, quý vị không phải trả tiền cho thuốc Phần D được bao trả.

Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) – Là cơ quan chính quyền Liên Bang điều hành Medicare.

Đồng Bảo Hiểm – Số tiền quý vị có thể phải trả dưới dạng tỷ lệ phần trăm (ví dụ như 20%) chia sẻ chi phí của quý vị cho dịch vụ hoặc thuốc theo toa.

Khiếu Nại – Tên chính thức của nộ đơn khiếu nại là **nộ đơn than phiền**. Quy trình khiếu nại *chỉ* được dùng cho một số loại vấn đề nhất định. Những loại vấn đề này gồm vấn đề về chất lượng của dịch vụ chăm sóc, thời gian chờ, dịch vụ khách hàng quý vị nhận được. Điều này cũng bao gồm các khiếu nại nếu chương trình của quý vị không tuân theo khoảng thời gian quy định trong quy trình kháng cáo.

Cơ Sở Phục Hồi Ngoại Trú Toàn Diện (CORF) – Một cơ sở chủ yếu cung cấp các dịch vụ phục hồi chức năng sau khi bị ốm hoặc chấn thương, bao gồm vật lý trị liệu, dịch vụ xã hội hoặc tâm lý, trị liệu hô hấp, trị liệu cơ năng và dịch vụ bệnh lý âm ngữ-ngôn ngữ và dịch vụ đánh giá môi trường tại nhà.

Đồng Thanh Toán (hoặc đồng chi trả) – Khoản tiền quý vị có thể được yêu cầu thanh toán như khoản chia sẻ chi phí của quý vị cho dịch vụ hoặc tiếp liệu y tế, như thăm khám bác sĩ, thăm khám ngoại trú tại bệnh viện hoặc thuốc theo toa. Khoản đồng thanh toán thường là một số tiền cố định (ví dụ như \$10), không phải là tỷ lệ phần trăm.

Chia Sẻ Chi Phí – Chia sẻ chi phí là số tiền một hội viên phải trả khi nhận các dịch vụ hoặc thuốc. Chia sẻ chi phí bao gồm sự kết hợp bất kỳ của ba cách thanh toán sau: (1) bất kỳ khoản tiền khấu trừ nào mà một chương trình có thể áp dụng trước khi các dịch vụ hoặc thuốc được bao trả; (2) bất kỳ khoản đồng thanh toán cố định nào mà một chương trình yêu cầu khi nhận được một dịch vụ hoặc thuốc cụ thể; hoặc (3) bất kỳ khoản đồng bảo hiểm nào, tức là phần trăm tổng số tiền thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc, mà chương trình yêu cầu khi nhận được một dịch vụ hoặc thuốc cụ thể.

Quyết Định Bảo Hiểm – Là một quyết định rằng chương trình có bao trả một loại thuốc được kê toa cho quý vị không và số tiền mà quý vị được yêu cầu phải trả cho toa thuốc này nếu có. Nói chung, nếu quý vị mang toa thuốc tới một nhà thuốc, và họ nói với quý vị rằng toa thuốc này không được bảo hiểm bao trả, theo chương trình của quý vị, thì đây không phải là xác định mức bảo hiểm. Quý vị cần gọi hoặc viết thư cho chương trình của quý vị để yêu cầu một quyết định chính thức về bảo hiểm. Quyết định về bảo hiểm được gọi là quyết định bảo hiểm trong tài liệu này.

Thuốc Được Bao Trả – Là từ ngữ chúng tôi sử dụng, có nghĩa là mọi thuốc theo toa được chương trình của chúng tôi bao trả.

Dịch Vụ Được Bao Trả – Là từ ngữ chúng tôi sử dụng, có nghĩa là mọi dịch vụ và tiếp liệu chăm sóc sức khỏe được chương trình của chúng tôi bao trả.

Bảo Hiểm Thuốc Kê Đơn Có Uy Tín – Là bảo hiểm cho thuốc theo toa (ví dụ: từ một hãng sở hay công đoàn) dự kiến sẽ chi trả trung bình ít nhất là tương đương với mức bảo hiểm thuốc kê đơn tiêu chuẩn của Medicare. Những người có loại bảo hiểm này khi họ hội đủ điều kiện nhận Medicare thường có thể giữ được bảo hiểm đó mà không phải trả tiền phạt, nếu họ quyết định ghi danh vào bảo hiểm thuốc kê đơn của Medicare sau này.

Chăm Sóc Đời Sống Thường Nhật – Chăm sóc đời sống thường nhật là việc chăm sóc cá nhân trong một viện dưỡng lão, cơ sở chăm sóc cuối đời hoặc một cơ sở khác khi quý vị không cần chăm sóc y tế chuyên môn hoặc chăm sóc điều dưỡng chuyên môn. Chăm sóc đời sống thường nhật, được cung cấp bởi những người không có kỹ năng hay đào tạo chuyên môn, bao gồm giúp đỡ các hoạt động trong cuộc sống hàng ngày như tắm rửa, mặc quần áo, ăn uống, lên xuống giường hay ghế, di chuyển tới lui, và sử dụng phòng tắm. Cũng có thể bao gồm các loại hình chăm sóc liên quan đến sức khỏe mà hầu hết mọi người đều tự làm như sử dụng thuốc nhỏ mắt. Medicare không chi trả cho dịch vụ chăm sóc đời sống thường nhật.

Mức chia sẻ chi phí hàng ngày – Có thể áp dụng một mức chia sẻ chi phí hàng ngày khi bác sĩ của quý vị

cho toa cung cấp thuốc ít hơn một tháng cho quý vị, và quý vị bị bắt buộc trả khoản đồng thanh toán. Mức chia sẻ chi phí mỗi ngày là khoản đồng thanh toán được chia ra theo số ngày trong một tháng dùng thuốc. Đây là một thí dụ: Nếu khoản đồng thanh toán cho một tháng dùng thuốc theo toa là \$30, và một tháng dùng thuốc trong chương trình quý vị là 30 ngày, thì “mức chia sẻ chi phí mỗi ngày” của quý vị là \$1 một ngày.

Tiền Khấu Trừ – Là số tiền quý vị phải trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc theo toa trước khi chương trình của chúng tôi chi trả.

Hủy Ghi Danh hoặc Việc Hủy Ghi Danh – Là quá trình chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi.

Phí Cấp Bán Thuốc – Khoản phí được tính mỗi lần cấp bán thuốc được bao trả để thanh toán cho chi phí để lấy một toa thuốc, chẳng hạn như thời gian của dược sĩ chuẩn bị và đóng gói toa thuốc.

Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt của Hội Viên Hội Đủ Điều Kiện Kép (D-SNP) – Một loại chương trình bảo hiểm ghi danh những cá nhân có quyền được hưởng cả Medicare (Tiêu đề XVIII của Đạo Luật An Sinh Xã Hội) và hỗ trợ y tế từ chương trình của tiểu bang theo Medicaid (Tiêu đề XIX). Các tiểu bang bao trả một số hoặc tất cả chi phí của Medicare, tùy thuộc vào tiểu bang và tình trạng đủ điều kiện của cá nhân.

Cá Nhân Hội Đủ Điều Kiện Kép – Người đủ điều kiện cho bảo hiểm Medicare và Medicaid.

Thiết Bị Y Tế Lâu Bền (DME) – Một số trang thiết bị y tế nhất định được bác sĩ đặt mua vì các lý do y tế. Các ví dụ về thiết bị bao gồm khung tập đi, xe lăn, nạng, hệ thống chần đệm chạy điện, tiếp liệu cho bệnh tiểu đường, máy bơm thuốc vào tĩnh mạch được truyền qua nước biển IV, thiết bị phát âm, thiết bị cung cấp oxy, máy xông khí dung, giường bệnh viện do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe yêu cầu chương trình cung cấp cho quý vị để sử dụng tại nhà.

Cấp Cứu – Trường hợp cấp cứu y tế là khi quý vị, hay một người không hành nghề y có trí tuệ minh mẫn nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và thuốc men, cho rằng quý vị có các triệu chứng y khoa cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để ngăn ngừa tử vong (và thai nhi tử vong nếu quý vị là phụ nữ mang thai), mất chân tay, hay chân tay không hoạt động được, hoặc mất hoặc suy giảm nghiêm trọng chức năng cơ thể. Các triệu chứng y khoa có thể là bệnh tật, thương tích, đau nặng hoặc tình trạng bệnh trạng nhanh chóng trở nên tồi tệ hơn.

Chăm Sóc Cấp Cứu – Các dịch vụ được bao trả: (1) được cung cấp bởi một nhà cung cấp hội đủ điều kiện cho các dịch vụ cấp cứu; và (2) cần thiết để điều trị, đánh giá hoặc ổn định tình trạng bệnh lý cấp cứu.

Chứng Từ Bảo Hiểm (EOC) và Bản Tiết Lộ Thông Tin – Văn bản này, kèm theo đơn ghi danh và mọi giấy tờ khác đính kèm, các Phụ Lục, hay một số mức bảo hiểm tùy chọn khác nhằm giải thích về bảo hiểm của quý vị, những gì chúng tôi phải làm, quyền hạn của quý vị, và quý vị phải làm gì trong tư cách hội viên chương trình của chúng tôi.

Trường Hợp Ngoại Lệ – Là một loại quyết định bảo hiểm, nếu được chấp thuận, sẽ cho quý vị lấy một loại thuốc không thuộc danh mục thuốc của chúng tôi (ngoại lệ trong danh mục thuốc), hay một loại thuốc không được ưu tiên ở bậc chia sẻ chi phí thấp hơn (ngoại lệ về phân bậc). Quý vị cũng có thể yêu cầu một trường hợp ngoại lệ nếu chương trình của chúng tôi yêu cầu quý vị dùng thử một loại thuốc khác trước khi

nhận loại thuốc mình yêu cầu, nếu chương trình của chúng tôi yêu cầu phải có sự ủy quyền trước cho một loại thuốc và quý vị muốn chúng tôi miễn trừ hạn chế tiêu chí hoặc nếu chương trình của chúng tôi hạn chế số lượng hoặc liều lượng thuốc mà quý vị yêu cầu (một ngoại lệ trong danh mục thuốc).

“Trợ Giúp Bổ Sung” – Là một chương trình Medicare để giúp những ai có mức thu nhập thấp và phương tiện hạn chế, để bao trả phí tổn Medicare cho thuốc theo toa, như lệ phí bảo hiểm đóng hàng tháng, tiền khấu trừ trả trước, và tiền đồng bảo hiểm.

Thuốc Gốc – Là một loại thuốc theo toa được Cục Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (FDA) chấp thuận là có cùng (những) hoạt chất giống như thuốc biệt dược. Thông thường, thuốc gốc có tác dụng tương tự như thuốc biệt dược nhưng thường rẻ hơn.

Nhân Viên Hỗ Trợ Chăm Sóc Sức Khỏe Tại Nhà – Một người cung cấp các dịch vụ không cần kỹ năng của một y tá hay chuyên viên trị liệu có giấy phép hành nghề, chẳng hạn như giúp đỡ chăm sóc cá nhân (ví dụ tắm rửa, sử dụng nhà vệ sinh, mặc quần áo, hoặc thực hiện các bài tập thể dục như được kê toa).

Chăm Sóc Cuối Đời – Một quyền lợi nhằm cung cấp điều trị đặc biệt cho hội viên đã được chứng nhận y tế là mắc bệnh giai đoạn cuối, nghĩa là dự tính sống thêm được 6 tháng trở xuống. Chúng tôi, chương trình của quý vị, phải cung cấp cho quý vị một danh sách các cơ sở chăm sóc cuối đời ở khu vực địa lý của quý vị. Nếu quý vị chọn chăm sóc cuối đời là dịch vụ chăm sóc cuối đời và tiếp tục đóng phí bảo hiểm hàng tháng, thì quý vị vẫn là hội viên chương trình của chúng tôi. Quý vị vẫn có thể lấy các dịch vụ cần thiết về mặt y tế, cũng như các quyền lợi phụ trội mà chúng tôi cung ứng.

Nằm Viện Điều Trị Nội Trú – Là nằm bệnh viện là khi quý vị được chính thức nhập viện để nhận các dịch vụ y tế chuyên môn. Kể cả nếu quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú.

Khoản Tiền Điều Chính Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập (IRMAA) – Nếu tổng thu nhập đã điều chỉnh được sửa đổi của quý vị như được ghi trên giấy khai thuế mà quý vị nộp cho IRS từ 2 năm trước vượt quá một mức nhất định, quý vị sẽ phải đóng một khoản phí bảo hiểm tiêu chuẩn và Khoản Tiền Điều Chính Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập, được gọi tắt là IRMAA. IRMAA là chi phí phụ trội cộng thêm vào phí bảo hiểm của quý vị. Số người có Medicare bị ảnh hưởng ít hơn 5%, vì vậy hầu hết mọi người sẽ không trả phí bảo hiểm cao hơn.

Hiệp Hội Bác Sĩ Hành Nghề Độc Lập (IPA) – Là hiệp hội gồm có các bác sĩ, bao gồm PCP và các bác sĩ chuyên khoa, và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, bao gồm các bệnh viện ký hợp đồng với chương trình để cung cấp các dịch vụ cho hội viên. Xem Chương 1, Phần 6.

Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu – Đây là giai đoạn trước khi số tiền tự trả của quý vị trong năm đạt đến ngưỡng tự trả.

Giai Đoạn Ghi Danh Ban Đầu – Khi quý vị trước tiên được đủ điều kiện hưởng Medicare, là thời điểm quý vị có thể ghi tên vào Medicare Part A và Part B. Nếu quý vị đủ điều kiện hưởng Medicare khi tới tuổi 65, thì Giai Đoạn Ghi Danh Ban Đầu của quý vị là giai đoạn 7 tháng, bắt đầu vào 3 tháng trước tháng quý vị bước vào tuổi 65, bao gồm tháng quý vị tới tuổi 65, và chấm dứt 3 tháng sau tháng mà quý vị bước vào tuổi 65.

D-SNP Tích Hợp – Một D-SNP bao trả cho Medicare và hầu hết hoặc tất cả các dịch vụ Medicaid theo một chương trình bảo hiểm y tế duy nhất cho một số nhóm cá nhân nhất định đủ điều kiện cho cả Medicare

và Medicaid. Những cá nhân này còn được gọi là những cá nhân đủ điều kiện kép nhận toàn bộ quyền lợi.

Đơn Than Phiền Tích Hợp – Là một loại đơn khiếu nại mà quý vị làm, về chúng tôi, hoặc các nhà thuốc, kể cả khiếu nại về chất lượng của dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Loại khiếu nại này không liên quan đến các tranh chấp về bảo hiểm hoặc thanh toán.

Quyết Định Cấp Tổ Chức Tích Hợp – Chương trình Medicare Advantage thực hiện một quyết định cấp tổ chức, khi quyết định là liệu các món đồ hay dịch vụ có được bao trả hay không, hoặc quý vị phải trả bao nhiêu, cho các món đồ hay dịch vụ được bao trả. Các xác định mức bảo hiểm được gọi là quyết định về mức bảo hiểm trong tập sách này. Chương 9 giải thích cách nào yêu cầu chúng tôi có một quyết định về mức bảo hiểm.

Thuốc sinh học tương tự có thể thay thế – Thuốc sinh học tương tự có thể được thay thế tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới vì thuốc này đáp ứng các yêu cầu bổ sung liên quan đến khả năng thay thế tự động. Việc thay thế tự động tại nhà thuốc phải tuân theo luật tiểu bang.

Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Mục Thuốc hay Danh Sách Thuốc) – Một danh sách thuốc theo toa được chương trình này bao trả.

Trợ Cấp Cho Người Có Thu Nhập Thấp (LIS) – Xem “Trợ Giúp Bổ Sung”.

Chương Trình Giảm Giá của Nhà Sản Xuất – Một chương trình mà theo đó các nhà sản xuất thuốc chi trả một phần toàn bộ chi phí của chương trình cho thuốc biệt dược Phần D và dược phẩm sinh học được bao trả. Sự giảm giá được dựa trên các thoả thuận giữa chính phủ Liên Bang và các nhà sản xuất dược phẩm.

Số Tiền Tự Trả Tối Đa – Số tiền tối đa mà quý vị tự trả trong năm theo lịch cho các dịch vụ Phần A và Phần B được bao trả trong mạng lưới. Số tiền quý vị trả cho phí bảo hiểm Medicare Part A và Part B, và tiền mua thuốc theo toa không được tính vào số tiền tự trả tối đa. (**Lưu ý:** Do hội viên của chúng tôi cũng nhận được hỗ trợ từ Medicaid nên có rất ít hội viên từng đạt đến số tiền tự trả tối đa này.)

Medicaid (hay Chương Trình Hỗ Trợ Y Tế) – Là một chương trình kết hợp của chính quyền Liên Bang và tiểu bang để giúp trả phí tổn y tế cho một số người có mức thu nhập thấp và các nguồn lực hạn chế. Các chương trình Medicaid của tiểu bang có khác nhau, nhưng hầu hết phí tổn chăm sóc sức khỏe đều được bao trả nếu quý vị đủ điều kiện hưởng cả Medicare và Medicaid.

Nhóm Y Tế – Là một nhóm các bác sĩ, bao gồm PCP, bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác, bao gồm các bệnh viện có ký hợp đồng với chương trình để cung cấp dịch vụ cho hội viên. Xem Chương 1, Phần 3.2.

Chỉ Định Được Chấp Nhận Về Mặt Y Tế – Việc sử dụng một loại thuốc được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm phê duyệt hoặc được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo nhất định, chẳng hạn như Thông Tin Thuốc Trong Danh Mục Thuốc Của Bệnh Viện Hoa Kỳ và hệ thống thông tin Micromedex DRUGDEX.

Cần Thiết Về Mặt Y Tế – Là các dịch vụ, tiếp liệu y tế, hoặc thuốc cần thiết cho việc phòng ngừa, chẩn đoán, hoặc chữa trị bệnh lý của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn thực hành về y khoa được chấp nhận.

Medicare – Là chương trình bảo hiểm y tế của chính quyền Liên Bang dành cho những người 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi bị khuyết tật nhất định, và những người mắc Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (thường là những người suy thận vĩnh viễn cần thẩm tách hoặc cấy ghép thận).

Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage – Là giai đoạn từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 khi các hội viên trong chương trình Medicare Advantage có thể hủy bỏ việc ghi danh trong chương trình của họ và đổi qua chương trình Medicare Advantage khác hoặc được bảo hiểm thông qua Original Medicare. Nếu quý vị chọn đổi qua Original Medicare trong thời hạn này, quý vị cũng có thể tham gia một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng vào thời điểm đó. Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage cũng được mở trong khoảng thời gian 3 tháng sau khi một cá nhân lần đầu hội đủ điều kiện ghi danh Medicare.

Chương Trình Medicare Advantage (MA) – Đôi khi được gọi là Medicare Part C. Một chương trình được cung cấp bởi một công ty tư nhân ký hợp đồng với Medicare để cung cấp cho quý vị mọi quyền lợi từ Medicare Part A và Part B của mình. Chương Trình Medicare Advantage có thể là i) HMO, ii) PPO, iii) chương trình Tính Phí Theo Mỗi Dịch Vụ Cá Nhân (PFFS) hoặc iv) chương trình Trương Mục Tiết Kiệm Y Tế Medicare (MSA). Ngoài việc lựa chọn trong các loại chương trình này, chương trình Medicare Advantage HMO hoặc PPO cũng có thể là Chương trình Nhu cầu Đặc biệt (SNP). Trong đa số các trường hợp, các chương trình Medicare Advantage cũng có chương trình Medicare Part D (bảo hiểm thuốc kê đơn). Các chương trình này được gọi là **Chương Trình Medicare Advantage kèm theo Bảo Hiểm Thuốc Kê Đơn**.

Dịch Vụ Được Medicare Bao Trả – Các dịch vụ được Medicare Part A và Part B bao trả. Tất cả các chương trình bảo hiểm y tế Medicare phải bao trả tất cả các dịch vụ được Medicare Part A và B bao trả. Thuật ngữ Dịch Vụ Được Medicare Bao Trả không bao gồm các quyền lợi bổ sung, chẳng hạn như thị lực, nha khoa hoặc thính giác mà chương trình Medicare Advantage có thể cung cấp.

Chương trình Bảo hiểm Y tế Medicare – Một chương trình bảo hiểm y tế Medicare được đưa ra bởi một công ty tư nhân ký hợp đồng với Medicare để cung cấp các quyền lợi của Phần A và Phần B cho những người có Medicare ghi danh vào chương trình. Từ ngữ này bao gồm tất cả Chương Trình Medicare Advantage, Chương Trình Chi Phí Medicare, Chương trình Nhu cầu Đặc biệt, Chương Trình Mẫu/Thí Điểm và Các Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Toàn Diện cho Người Cao Tuổi (PACE).

Bảo Hiểm Thuốc Kê Đơn Medicare (Medicare Part D) – Là bảo hiểm giúp chi trả thuốc theo toa cho bệnh nhân ngoại trú, vắc-xin, các sản phẩm sinh học, và một số tiếp liệu y tế không được bao trả bởi Medicare Part A hoặc Part B.

Chính Sách Medigap (Bảo Hiểm Bổ Sung Medicare) – Các công ty bảo hiểm tư nhân bán bảo hiểm Medicare bổ sung, để lấp những khoảng trống trong Original Medicare. Chính sách Medigap chỉ hoạt động với Original Medicare. (Chương trình Medicare Advantage không phải là một chính sách Medigap).

Hội Viên (Hội Viên của Chương Trình của chúng tôi, hay Hội Viên Chương Trình) – Một người có Medicare đủ điều kiện nhận các dịch vụ được bao trả và đã ghi danh vào chương trình của chúng tôi và việc ghi danh đã được xác nhận bởi các Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS).

Dịch Vụ Hội Viên – Một bộ phận trong chương trình của chúng tôi chịu trách nhiệm về trả lời các thắc

mắc của quý vị về tư cách hội viên, quyền lợi, than phiền và kháng cáo.

Nhà Thuốc Trong Mạng Lưới – Nhà thuốc đã ký hợp đồng với chương trình của chúng tôi, ở đó các hội viên của chương trình chúng tôi có thể nhận các quyền lợi thuốc theo toa của họ. Trong hầu hết các trường hợp, thuốc kê đơn của quý vị chỉ được bao trả khi lấy thuốc tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.

Nhà Cung Cấp Trong Mạng Lưới – Nhà Cung Cấp là thuật ngữ chung cho bác sĩ, chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, bệnh viện và cơ sở chăm sóc sức khỏe khác được Medicare và Tiểu Bang cấp phép hoặc chứng nhận để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. **Nhà cung cấp trong mạng lưới** ký hợp đồng với chương trình của chúng tôi để chấp nhận phần thanh toán của chúng tôi như là toàn bộ số tiền chi trả và trong vài trường hợp là để phối hợp cũng như cung cấp các dịch vụ được bao trả cho các hội viên chương trình của chúng tôi. Các nhà cung cấp trong mạng lưới còn được gọi là “các nhà cung cấp trong chương trình”.

Sản Phẩm Sinh Học Gốc – Một sản phẩm sinh học đã được Cục Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (FDA) phê duyệt và đóng vai trò là sự so sánh cho các nhà sản xuất tạo ra phiên bản sinh học tương tự. Nó còn được gọi là sản phẩm tham khảo.

Original Medicare (Medicare Truyền Thống hoặc Medicare tính phí theo mỗi dịch vụ) – Original Medicare là do chính quyền cung cấp, và không phải là bảo hiểm y tế tư nhân, như Chương Trình Medicare Advantage và chương trình bảo hiểm thuốc kê đơn. Trong Original Medicare, các dịch vụ Medicare được bao trả qua việc thanh toán cho bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác các khoản do Quốc hội đưa ra. Quý vị có thể tới gặp bất cứ bác sĩ, bệnh viện, hay các nhà cung cấp dịch vụ y tế nào khác đồng ý nhận Medicare. Quý vị phải trả khoản khấu trừ. Medicare chi trả phần chia sẻ của số tiền được Medicare chấp thuận, và quý vị phải trả phần chia sẻ của mình. Original Medicare có hai phần: Phần A (Bảo hiểm Bệnh viện) và Phần B (Bảo hiểm Y tế) và có sẵn ở khắp mọi nơi ở Hoa Kỳ.

Nhà Thuốc Ngoài Mạng Lưới – Là một nhà thuốc không có hợp đồng với chương trình của chúng tôi để phối hợp hoặc cung cấp thuốc được bao trả cho hội viên chương trình của chúng tôi. Hầu hết các loại thuốc quý vị nhận được từ các nhà thuốc ngoài mạng lưới không được chương trình của chúng tôi bao trả trừ khi áp dụng các điều kiện nhất định.

Nhà Cung Cấp Ngoài Mạng Lưới hoặc Cơ Sở Ngoài Mạng Lưới – Là một nhà cung cấp hoặc cơ sở y tế không có hợp đồng với chương trình của chúng tôi để phối hợp hoặc cung cấp các dịch vụ được bao trả cho các hội viên chương trình của chúng tôi. Nhà cung cấp ngoài mạng lưới là nhà cung cấp không được tuyển dụng, sở hữu hoặc vận hành bởi chương trình của chúng tôi.

Số Tiền Tự Trả – Xem định nghĩa về chia sẻ chi phí ở trên. Một hội viên được yêu cầu trả chia sẻ chi phí để trả một phần dịch vụ hoặc thuốc nhận được, còn gọi là chi phí mà hội viên phải tự trả.

Ngưỡng Số Tiền Tự Trả – Số tiền tối đa quý vị tự trả cho thuốc Phần D.

Phần C – xem Chương Trình Medicare Advantage (MA).

Phần D – Là Chương Trình Quyền Lợi Thuốc Theo Toa Medicare tự nguyện.

Thuốc Phần D – Là các loại thuốc có thể được bảo hiểm chi trả qua Phần D. Chúng tôi có thể hoặc không

thể chi trả cho mọi thuốc Phần D. Một số nhóm thuốc nhất định đã bị Quốc Hội loại trừ khỏi bảo hiểm Phần D. Một số nhóm thuốc Phần D nhất định phải được bao trả trong mọi chương trình.

Phạt Ghi Danh Trễ Phần D – Là một số tiền cộng thêm vào phí bảo hiểm hàng tháng cho bảo hiểm thuốc Medicare của quý vị nếu quý vị không có bảo hiểm tiêu chuẩn (mức bảo hiểm dự kiến sẽ trả trung bình ít nhất là tương đương với mức bảo hiểm thuốc kê đơn Medicare tiêu chuẩn) cho một giai đoạn 63 ngày liên tục trở lên sau khi quý vị lần đầu hội đủ điều kiện tham gia một chương trình Phần D. Nếu quý vị mất “Trợ Giúp Bổ Sung”, quý vị có thể bị phạt ghi danh trễ nếu quý vị không có bảo hiểm thuốc kê đơn Phần D hoặc bảo hiểm thuốc kê đơn tiêu chuẩn khác từ 63 ngày trở lên liên tiếp.

Điểm Dịch Vụ – HMO có một lựa chọn Điểm Dịch Vụ (POS), là một quyền lợi bổ sung bao gồm các dịch vụ cần thiết về mặt y tế mà quý vị có thể nhận được từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới chấp nhận Medicare. Khi quý vị sử dụng quyền lợi POS (ngoài mạng lưới), quý vị phải chịu trách nhiệm chi trả chi phí chăm sóc nhiều hơn. Luôn trao đổi với Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (PCP) của quý vị trước khi tìm kiếm sự chăm sóc từ một nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới. PCP của quý vị sẽ thông báo cho chúng tôi bằng cách yêu cầu sự chấp thuận của chương trình (sự ủy quyền trước). (Hãy xem Phần 1.1, Chương 1)

Phí Bảo Hiểm – Là một số tiền định kỳ trả cho Medicare, một công ty bảo hiểm, hoặc một chương trình bảo hiểm chăm sóc sức khỏe cho bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm thuốc kê đơn.

Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (PCP) – Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác mà quý vị sẽ đến khám trước tiên đối với phần lớn các vấn đề về sức khỏe. Trong nhiều chương trình bảo hiểm y tế Medicare, quý vị phải thăm khám nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị trước khi đến khám tại bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác.

Sự Ủy Quyền Trước – Phê duyệt trước để nhận các dịch vụ hoặc thuốc nhất định. Các dịch vụ được bao trả cần sự ủy quyền trước sẽ được đánh dấu trong Bảng Quyền Lợi Y Tế ở Chương 4. Các loại thuốc được bao trả cần sự ủy quyền trước được đánh dấu trong danh mục thuốc và các tiêu chí của chúng tôi được đăng trên trang web của chúng tôi.

Chân Tay Giả và Dụng Cụ Chỉnh Hình – Những dụng cụ y tế bao gồm, nhưng không giới hạn ở nẹp tay, lưng và cổ; chân tay giả; mắt giả; và thiết bị cần thiết để thay thế cho một bộ phận hoặc chức năng bên trong cơ thể, bao gồm tiếp liệu cho hậu môn nhân tạo và liệu pháp dinh dưỡng qua đường tiêu hóa và ngoài đường tiêu hóa.

Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (QIO) – Một nhóm các bác sĩ đang hành nghề và các chuyên gia chăm sóc y tế khác do chính phủ Liên Bang trả lương để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc dành cho bệnh nhân tham gia Medicare.

Giới Hạn Số Lượng – Là một công cụ điều hành được thiết kế để hạn chế dùng một số loại thuốc, vì lý do chất lượng, an toàn hoặc sử dụng. Giới hạn có thể dựa trên số lượng thuốc mà chúng tôi bao trả cho mỗi toa thuốc hoặc trong một khoảng thời gian xác định.

“Công Cụ Quyền Lợi Thời Gian Thực” – Một công cụ thông tin hoặc ứng dụng máy tính trong đó các hội viên có thể tra cứu thông tin về quyền lợi và danh mục thuốc một cách đầy đủ, chính xác, kịp thời, thích hợp về mặt lâm sàng và cụ thể cho từng hội viên. Thông tin này bao gồm số tiền chia sẻ chi phí, thuốc thay thế trong danh mục thuốc có thể sử dụng cho cùng một loại bệnh lý giống như một loại thuốc nhất định, và

các giới hạn bảo hiểm (Sự Ủy Quyền Trước, Phương Pháp Trị Liệu Từng Bước, Giới Hạn Số Lượng) áp dụng cho các thuốc thay thế.

Dịch Vụ Phục Hồi Chức Năng – Là các dịch vụ bao gồm vật lý trị liệu, trị liệu về ngữ âm và ngôn ngữ, và trị liệu cơ năng.

Khu Vực Dịch Vụ – Một khu vực địa lý nơi quý vị phải sống để tham gia một chương trình bảo hiểm y tế cụ thể. Đối với các chương trình có giới hạn về bác sĩ và bệnh viện mà quý vị có thể sử dụng, các chương trình này nói chung cũng hạn chế các khu vực quý vị có thể nhận các dịch vụ định kỳ (không phải cấp cứu). Chương trình phải hủy ghi danh quý vị nếu quý vị vĩnh viễn chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của chương trình.

Chăm Sóc tại Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Môn (SNF) – Là các dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn và dịch vụ phục hồi chức năng được cung cấp liên tục hàng ngày, tại một cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Các ví dụ về dịch vụ chăm sóc này bao gồm vật lý trị liệu hoặc chích thuốc vào tĩnh mạch mà chỉ có y tá hoặc bác sĩ có giấy phép hành nghề mới có thể làm được.

Chương trình Nhu cầu Đặc biệt – Là một loại Chương Trình Medicare Advantage đặc biệt nhằm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chú trọng hơn cho những nhóm người riêng biệt, như những ai có cả Medicare và Medicaid, những người ở trong viện dưỡng lão hoặc những người có một số bệnh lý kinh niên.

Phương Pháp Trị Liệu Từng Bước – Là một công cụ sử dụng đòi hỏi quý vị trước hết phải dùng thử một thuốc khác để điều trị bệnh lý của quý vị trước khi chúng tôi bao trả cho thuốc mà bác sĩ của quý vị có thể đã kê toa ban đầu.

Trợ Cấp An Sinh Bổ Sung (SSI) – Là quyền lợi hàng tháng do Sở An Sinh Xã Hội chi trả cho những người có mức thu nhập và nguồn lực hạn chế, bị khuyết tật, mù lòa, hoặc từ 65 tuổi trở lên. Các quyền lợi SSI không giống với các phúc lợi An Sinh Xã Hội.

Dịch Vụ Cần Thiết Khẩn Cấp – Dịch vụ được chương trình bao trả yêu cầu chăm sóc y tế ngay lập tức mà không phải là trường hợp cấp cứu là dịch vụ cần thiết khẩn cấp nếu quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc việc nhận dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới mà chương trình ký hợp đồng là không hợp lý. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp là các bệnh và thương tích y tế không lường trước được hoặc các đợt bùng phát bất ngờ của các bệnh lý hiện tại. Tuy nhiên, các lần thăm khám định kỳ với nhà cung cấp cần thiết về mặt y tế, chẳng hạn như khám sức khỏe hàng năm, không được coi là cần thiết khẩn cấp ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc mạng lưới chương trình tạm thời không hoạt động.

Thẻ Wellcare Spendables™ – Một loại thẻ ghi nợ, được nạp sẵn bởi chương trình và có thể sử dụng để giúp thanh toán cho các vật phẩm như mô tả trong Bảng Quyền Lợi Y Tế.

Trang này được để trống có chủ định.

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. Someone who speaks English/ Language can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con los servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para solicitar un intérprete, llámenos al **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. Alguien que hable español puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

Chinese (Mandarin): 我们提供免费的口译服务，可解答您对我们的健康或药物计划的有关疑问。如需译员，请拨打 **1-888-846-4262 (TTY: 711)**。您将获得中文普通话口译员的帮助。这是一项免费服务。

Chinese (Cantonese): 我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電 **1-888-846-4262 (TTY: 711)**。會說廣東話的人員可以幫助您。此為免費服務。

Tagalog: May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French: Nous mettons à votre disposition des services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez- nous au **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. Un interlocuteur francophone pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. Một nhân viên nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Dịch vụ này được miễn phí.

German: Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Wenn Sie einen Dolmetscher brauchen, rufen Sie uns unter folgender Telefonnummer an: **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우, **1-888-846-4262(TTY: 711)**번으로 당사에 연락해 주십시오. 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

Russian: Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

Arabic: نوَقَر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए, हम मुफ्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, बस हमें **1-888-846-4262 (TTY: 711)** पर कॉल करें। हिंदी बोलने वाला/ वाली कोई सहायक आपकी मदद कर सकता/सकती है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian: Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

Portuguese: Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte nos através do número **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante ouwa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. Yon moun ki pale Kreyol Ayisyen ka ede w. Se yon sèvis ki gratis.

Polish: Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. Zapewni to Państwu pomoc osoby mówiącej po polsku. Usługa ta jest bezpłatna.

Japanese: 弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、**1-888-846-4262 (TTY : 711)** にお電話ください。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

Chuukese: Mi kawor chon affou ese kame ika mei wor om kapas eis fan iten am kewe kokkotun tumwunun inis ika pekin safei. Ika ka mochen emon chon affou, kokori ei nampa **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. Emon mi sine fosun chuuk a tongeni alisuk. Ei angang ese kame.

Hawaiian: Loa‘a iā mākou nā lawelawe unuhi ‘ōlelo manuahi e pane i nā nīnau āu e pili ana i kā mākou papahana olakino a lā‘au paha. No ka loa‘a ‘ana o ka unuhi ‘ōlelo e kelepona iā mākou ma **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. Hiki i kekahi kanaka ‘ōlelo Hawai‘i ke kōkua iā ‘oe. He lawelawe manuahi kēia.

Ilocano: Adda iti libre a serbisyo ti panagpatarus mi tapno masungbatan ti anyaman a saludsod mo maipanggep iti plano ti salun-at wenno agas mi. Tapno makaala ti maysa nga agipatpatarus pakiawagan dakami laeng iti **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. Mabalín nga makatulong kenka ti maysa nga agsasao iti Ilocano. Daytoy ket libre a serbisio.

Marshallese: Ewōr ad jerbal in ukok ñān uak jabdewōt kajitok emaroñ in wōr am kin būlaan in ejmour ak uno ko rekajur. Ñān am kabbok riukok kall tok ilo **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. Juon armej eo ej Kajin Majol emaroñ jibañ eok. Ejelok onean jerbal in.

Samoa: E iai matou auaunaga faamatala upu e tali atu i soo se fesili e te ono fesili ai e uiga ia matou fuafuaga tau soifua maloloina poo fualaau. Ina ia maua se tagata faamatala upu na’o le vili mai a matou i le **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. E mafai ona fesoasoani atu ia te oe se tasi e tautala i le gagana Samoa. E leai se totogi o lenei auaunaga.

Tongan: ‘Oku ‘i ai ‘emau sēvesi fakatonulea ta’etotongi ke tali ha fa’ahinga fehu’i pē te mou ma’u fekau’aki mo ‘emau palani mo’ui lelei pe fo’i’akaú. Ke ma’u ha fakatonulea, tā mai pē ki he **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. ‘E lava ke tokoni atu ha tokotaha lea Fakatonga. Ko ha sēvesi ta’etotongi ‘eni.

Visayan: Duna mi’y libreng serbisyo sa interpreter aron motubag sa bisan unsa nimong mga pangutana bahin sa among health o drug plan. Aron mokuha og interpreter tawagi lang mi sa **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. Ang usa ka tawo nga nagsulti og Bisaya makatabang nimo. Libre kini nga serbisyo.

Lao: ພວກເຮົາມີບໍລິການຄົ້ນພາສາພຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍຄົ້ນແປພາສາ ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ເບີ **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. ມີຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນບໍລິການພຣີ.

Cambodian:

យើងមានសេវាកម្មប្រែប្រួលមាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់ឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកមានអំពីគម្រោងឱសថ ឬគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ គ្រាន់តែទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ **1-888-846-4262 (TTY: 711)**។ មនុស្សម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរបានអាចជួយអ្នកបាន។ នេះជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។

Hmong: Peb muaj cov kev pab cuam kws txhais lus pab dawb los teb cov nqe lus nug twg uas koj yuav muaj hais txog peb lub phiaj xwm duav roos kev noj qab haus huv thiab tshuaj. Yog xav tau ib tug kws txhais lus ces tsuas hu rau peb tau ntawm **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. Ib tug neeg twg uas hais tau lus Hmoob yuav pab tau koj. Qhov no yog kev pab cuam pab dawb xwb.

Thai: เรามีบริการล่ามแปลภาษาให้ฟรีเพื่อตอบคำถามใดๆ

ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนด้านสุขภาพหรือยาของเรา หากต้องการล่ามแปลภาษา

โปรดติดต่อเราที่หมายเลข **1-888-846-4262 (TTY: 711)** คนที่พูดภาษาไทย ได้สามารถช่วยคุณได้ บริการนี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Trang này được để trống có chủ định.

Trang này được để trống có chủ định.

Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP)

Phương thức	Bộ phận Dịch Vụ Hội Viên – Thông Tin Liên Hệ
GỌI ĐIỆN	1-888-846-4262 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Tuy nhiên, xin lưu ý trong các ngày cuối tuần và ngày lễ từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, hệ thống điện thoại tự động của chúng tôi có thể trả lời cuộc gọi của quý vị. Vui lòng để lại tên và số điện thoại, chúng tôi sẽ gọi lại cho quý vị trong một (1) ngày làm việc. Bộ phận Dịch Vụ Hội 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 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối.
VIẾT THƯ	Wellcare By 'Ohana Health Plan PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370
TRANG WEB	www.wellcare.com/ohana

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

Chương trình Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (SHIP) Hawaii là một chương trình của tiểu bang nhận tiền từ chính quyền liên bang để có vốn miễn phí tại địa phương về bảo hiểm y tế cho những ai có Medicare.

Phương thức	Thông Tin Liên Hệ
GỌI ĐIỆN	1-888-875-9229
TTY	1-866-810-4379 Số điện thoại này đòi hỏi phải có thiết bị điện thoại đặc biệt, và chỉ dành cho những ai gặp khó khăn về khả năng nghe hoặc nói.
VIẾT THƯ	Hawaii SHIP, Executive Office on Aging, No. 1 Capitol District 250 South Hotel Street, Suite 406 Honolulu, Hawaii 96813-2831
TRANG WEB	http://www.hawaiiiship.org/

Báo Cáo Công Khai PRA Theo Đạo luật Đạo Luật Giảm Công Việc Giấy Tờ năm 1995, không một ai phải hồi đáp việc thu thập thông tin trừ khi chúng có số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ để thu thập thông tin là 0938-1051. Nếu quý vị có ý kiến hoặc đề xuất cải thiện mẫu đơn này, hãy viết thư cho: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.