



Ngày 1 tháng 1 – Ngày 31 tháng 12 năm 2025

Chứng Thực Bảo Hiểm:

Phúc Lợi, Dịch Vụ Y Tế và Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa Medicare Của Quý Vị với Tư Cách Là Thành Viên của Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)

Tài liệu này trình bày chi tiết về bảo hiểm sức khỏe và bảo hiểm thuốc theo toa Medicare của quý vị từ ngày 1 tháng 1 – ngày 31 tháng 12 năm 2025. **Đây là một tài liệu pháp lý quan trọng. Vui lòng giữ tài liệu này ở nơi an toàn.**

Nếu có câu hỏi về tài liệu này, vui lòng liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-844-796-6811. (Người dùng TTY nên gọi 711). Giờ làm việc: Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Cuộc gọi này được miễn phí.

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

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

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

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

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

- Phí bảo hiểm và mức chia sẻ chi phí trong chương trình của quý vị;
- Các phúc 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 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.

OMB Approval 0938-1051 (Expires: August 31, 2026)

PA5CNCEOC60336V_0002

H2915002000

Nếu quý vị cũng ghi danh vào PA Health & Wellness Community HealthChoices, hãy truy cập www.pahealthwellness.com/members/ltss/member-resources/handbooks-forms.html để xem Sổ Tay Người Tham Gia Community HealthChoices.

Dựa trên đánh giá Mô Hình Chăm Sóc, Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) đã được Ủy Ban Đảm Bảo Chất Lượng Quốc Gia (NCQA) phê duyệt để thực hiện Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt (SNP) trong suốt năm 2026.

Chứng Thực Bảo Hiểm năm 2025

Mục lục

CHƯƠNG 1:	Bắt đầu với tư cách thành viên	8
PHẦN 1	Giới thiệu	8
PHẦN 2	Điều gì giúp quý vị hội đủ điều kiện là thành viên chương trình?	9
PHẦN 3	Tài liệu quan trọng dành cho thành viên mà quý vị sẽ nhận được	11
PHẦN 4	Chi phí hàng tháng quý vị trả cho Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)	13
PHẦN 5	Thông tin bổ sung về phí bảo hiểm hàng tháng.....	15
PHẦN 6	Luôn cập nhật hồ sơ thành 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:	Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng.....	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 Thành Viên).....	20
PHẦN 2	Medicare (cách nhận trợ giúp và thông tin trực tiếp từ chương trình Medicare của Liên Bang).....	24
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)	26
PHẦN 4	Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng	27
PHẦN 5	An Sinh Xã Hội	27
PHẦN 6	Medicaid	28
PHẦN 7	Thông tin về các chương trình giúp mọi người chi trả tiền thuốc theo toa	30
PHẦN 8	Cách liên hệ với Ủy Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt.....	33
PHẦN 9	Quý vị có bảo hiểm theo nhóm hoặc bảo hiểm y tế nào khác từ chủ lao động không?	34
CHƯƠNG 3:	Sử dụng chương trình cho dịch vụ y tế và dịch vụ khác được bao trả	36
PHẦN 1	Những điều quý vị cần biết để được nhận dịch vụ chăm sóc y tế và các dịch vụ khác với tư cách là thành viên trong chương trình của chúng tôi.....	36
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	38
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	42
PHẦN 4	Nếu quý vị bị tính hóa đơn trực tiếp cho toàn bộ chi phí của các dịch vụ thì sao? ...	44

Mục lục

PHẦN 5	Các dịch vụ y tế của quý vị sẽ được bao trả như thế nào khi quý vị tham gia nghiên cứu lâm sàng?	45
PHẦN 6	Các quy tắc về việc nhận dịch vụ chăm sóc tại cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế	47
PHẦN 7	Quy tắc về việc sở hữu các thiết bị y tế lâu bền	48
CHƯƠNG 4:	<i>Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)</i>	51
PHẦN 1	Hiểu rõ về những dịch vụ được bao trả	51
PHẦN 2	Sử dụng <i>Bảng Phúc Lợi Y Tế</i> để tìm hiểu những gì được bao trả	51
PHẦN 3	Những dịch vụ nào được bao trả bên ngoài chương trình?	97
PHẦN 4	Dịch vụ nào không được chương trình bao trả?	97
CHƯƠNG 5:	<i>Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho thuốc theo toa Phần D</i>	102
PHẦN 1	Giới thiệu	102
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	103
PHẦN 3	Thuốc của quý vị cần nằm trong Danh Sách Thuốc của chương trình	107
PHẦN 4	Có giới hạn bảo hiểm cho một số loại thuốc	109
PHẦN 5	Nếu một trong các loại thuốc của quý vị không được bao trả theo đúng cách quý vị mong muốn thì sao?	110
PHẦN 6	Nếu bảo hiểm thay đổi liên quan đến một trong các loại thuốc của quý vị thì sao?	112
PHẦN 7	Những loại thuốc nào <i>không</i> được chương trình bao trả?	114
PHẦN 8	Lấy thuốc theo toa	115
PHẦN 9	Bảo hiểm thuốc Phần D trong một số trường hợp đặc biệt	115
PHẦN 10	Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc	117
PHẦN 11	Chúng tôi sẽ gửi báo cáo để giải thích các khoản thanh toán cho thuốc và giai đoạn chi trả tiền thuốc hiện tại của quý vị	119
CHƯƠNG 6:	<i>Số tiền quý vị phải trả cho thuốc theo toa Phần D</i>	122
CHƯƠNG 7:	<i>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</i>	124
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	124
PHẦN 2	Cách yêu cầu chúng tôi trả tiền lại cho quý vị hoặc thanh toán một hóa đơn quý vị đã nhận được	126

PHẦN 3	Chúng tôi sẽ cân nhắc yêu cầu thanh toán của quý vị và tuyên bố đồng ý hoặc từ chối	127
CHƯƠNG 8:	<i>Quyền và trách nhiệm của quý vị.....</i>	130
PHẦN 1	Chương trình của chúng tôi phải tôn trọng các quyền và sự khác biệt về văn hóa của quý vị với tư cách là thành viên của chương trình	130
PHẦN 2	Quý vị có một số trách nhiệm khi là thành viên của chương trình.....	144
CHƯƠNG 9:	<i>Việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại).....</i>	147
PHẦN 1	Giới thiệu	147
PHẦN 2	Nơi lấy thêm thông tin và trợ giúp cá nhân	147
PHẦN 3	Để giải quyết vấn đề của mình, quý vị cần sử dụng quy trình nào?.....	148
PHẦN 4	Xử lý các vấn đề về phúc lợi Medicare của quý vị.....	149
PHẦN 5	Hướng dẫn thông tin cơ bản về quyết định bảo hiểm và kháng cáo.....	150
PHẦN 6	Dịch vụ chăm sóc y tế: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc nộp đơn kháng cáo quyết định bảo hiểm.....	153
PHẦN 7	Thuốc theo toa Phần D: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc nộp đơn kháng cáo.....	160
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	168
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	173
PHẦN 10	Tiếp tục chuyển đơn kháng cáo của quý vị lên Cấp 3 và các cấp cao hơn.....	176
PHẦN 11	Cách nộp đơn khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ, dịch vụ khách hàng hoặc các lo ngại khác	179
PHẦN 12	Xử lý các vấn đề về phúc lợi Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)	183
CHƯƠNG 10	<i>Chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình</i>	185
PHẦN 1	Giới thiệu về chấm dứt tham gia chương trình của chúng tôi với tư cách thành viên	185
PHẦN 2	Khi nào quý vị có thể chấm dứt là thành viên chương trình của chúng tôi?	185
PHẦN 3	Quý vị có thể chấm dứt tham gia chương trình của chúng tôi với tư cách thành viên bằng cách nào?.....	188
PHẦN 4	Cho tới khi ngưng là thành viên, quý vị phải tiếp tục nhận các vật phẩm y tế, dịch vụ và thuốc qua chương trình của chúng tôi.....	190
PHẦN 5	Chúng tôi phải chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình trong một số trường hợp nhất định	190

Mục lục

CHƯƠNG 11:	<i>Thông báo pháp lý</i>	193
PHẦN 1	Thông báo về luật quy định	193
PHẦN 2	Thông báo về việc không phân biệt đối xử	193
PHẦN 3	Thông báo về quyền thay thế của Chương Trình Trả Tiền Phụ cho Medicare	193
PHẦN 4	Thu hồi phúc lợi chương trình của chúng tôi đã thanh toán theo chương trình Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) của quý vị	194
PHẦN 5	Thẻ thành viên	196
PHẦN 6	Nhà thầu độc lập.....	196
PHẦN 7	Gian lận trong chương trình chăm sóc sức khỏe	197
PHẦN 8	Các trường hợp nằm ngoài kiểm soát của chương trình.....	197
CHƯƠNG 12	<i>Định nghĩa về các từ quan trọng</i>	199

CHƯƠNG 1:

Bắt đầu với tư cách thành viên

PHẦN 1 Giới thiệu

Phần 1.1 Quý vị đã ghi danh vào chương trình Wellcare Dual Access (HMO D-SNP), đây là một Chương Trình Medicare Advantage chuyên biệt (Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt)

Quý vị được cả Medicare và Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) bao trả:

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

Quý vị đã lựa chọn nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của Medicare và bảo hiểm thuốc theo toa của mình thông qua chương trình của chúng tôi, Wellcare Dual Access (HMO 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 Dual Access (HMO D-SNP) là một Chương Trình Medicare Advantage chuyên biệt (Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt Medicare), nghĩa là các phúc lợi của chương trình này được thiết kế cho những người có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt. Chương trình của chúng tôi được thiết kế cho những người có Medicare đồng thời là những người có quyền nhận hỗ trợ từ Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid).

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

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

Bảo hiểm trong Chương Trình này đủ điều kiện là Bảo Hiểm Sức Khỏe Đủ Điều Kiện (QHC) và đáp ứng yêu cầu trách nhiệm chung cá nhân của Đạo Luật Bảo Vệ Bệnh Nhân và Chăm Sóc Sức Khỏe Hợp Tội 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 Thực Bảo Hiểm này trình bày những gì?

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

Từ *bao trả và dịch vụ được bao trả* đề cập đến các dịch vụ chăm sóc y tế, dịch vụ và các loại thuốc theo toa sẽ được cung cấp cho quý vị nếu là thành viên của Wellcare Dual Access (HMO D-SNP).

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

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

Phần 1.3 Thông tin pháp lý về Chứng Thực Bảo Hiểm

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

Hợp đồng này có hiệu lực cho những tháng mà quý vị ghi danh tham gia chương trình của chúng tôi từ ngày 1 tháng 1 năm 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 thành viên. Điều này có nghĩa là chúng tôi có thể sửa đổi chi phí và phúc lợi của Wellcare Dual Access (HMO 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 Dual Access (HMO D-SNP) phải xin 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 thành viên chương trình bảo hiểm của chúng tôi cho đến khi nào chúng tôi còn cung cấp chương trình này và Medicare tiếp tục chấp thuận cho phép chương trình của chúng tôi hoạt động.

PHẦN 2 Điều gì giúp quý vị hội đủ điều kiện là thành viên chương trình?**Phần 2.1 Các yêu cầu về tình trạng đủ điều kiện của quý vị**

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

- Quý vị có cả 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.

Chương 1 Bắt đầu với tư cách thành viên

- -- và -- quý vị là công dân Hoa Kỳ hoặc sinh sống hợp pháp tại Hoa Kỳ
- -- và -- Quý vị đáp ứng các yêu cầu đủ điều kiện đặc biệt được mô tả dưới đây.

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

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

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

Phần 2.2 Medicaid là gì?

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

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

- **Chương Trình Người Thụ Hưởng Medicare Hội Đủ Điều Kiện (QMB):** Giúp trả phí bảo hiểm Medicare Part A và Part B và các khoản chia sẻ chi phí khác (như các khoản tiền khấu trừ, đồng bảo hiểm và đồng thanh toán). (Một số người có QMB cũng đủ tiêu chuẩn hưởng toàn phần phúc lợi Medicaid (QMB+).)
- **Chương Trình Người Thụ Hưởng Medicare Đủ Điều Kiện Bổ Sung (QMB+):** Giúp trả phí bảo hiểm Medicare Part A và Part B và các khoản chia sẻ chi phí khác (như các khoản tiền khấu trừ, đồng bảo hiểm và đồng thanh toán). Những người thụ hưởng đủ điều kiện cũng nhận toàn bộ phúc lợi Medicaid.
- **Chương Trình Người Thụ Hưởng Medicare Có Thu Nhập Thấp Theo Quy Định (SLMB+):** Giúp trả phí bảo hiểm Phần B. Những người thụ hưởng đủ điều kiện cũng nhận toàn bộ phúc lợi Medicaid.
- **Điều Kiện Kép Nhận Toàn Bộ Phúc Lợi (FBDE):** Giúp trả phí bảo hiểm Medicare Part A và Part B và các khoản chia sẻ chi phí khác (như các khoản tiền khấu trừ, đồng bảo hiểm và đồng thanh toán). Những người thụ hưởng đủ điều kiện cũng nhận toàn bộ phúc lợi Medicaid.

Phần 2.3 Sau đây là khu vực dịch vụ của Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)

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

Chương 1 Bắt đầu với tư cách thành viên

Khu vực dịch vụ của chúng tôi bao gồm các hạt sau tại Pennsylvania: Allegheny, Armstrong, Beaver, Bedford, Blair, Bucks, Butler, Cambria, Cameron, Chester, Clarion, Clearfield, Crawford, Delaware, Elk, Erie, Fayette, Forest, Greene, Indiana, Jefferson, Lawrence, McKean, Mercer, Montgomery, Philadelphia, Potter, Somerset, Venango, Warren, Washington và Westmoreland.

Nếu quý vị dự định chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ, quý vị không thể tiếp tục là thành viên của chương trình này. Vui lòng liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để xem liệu chúng tôi có cung cấp chương trình trong khu vực mới của quý vị không. Khi chuyển chỗ ở, quý vị sẽ có một Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt, và trong thời gian này quý vị được phép chuyển sang chương trình Original Medicare hoặc ghi danh một chương trình sức khỏe hoặc bảo hiểm thuốc theo toa thuốc Medicare tại nơi cư ngụ mới của quý vị.

Ngoài ra, cần gọi cho Sở An Sinh Xã Hội nếu quý vị chuyển chỗ ở hoặc đổi địa chỉ gửi thư. Quý vị có thể tìm số điện thoại và thông tin liên hệ của Sở An Sinh Xã Hội trong Chương 2, Phần 5.

Phần 2.4 Công Dân Hoa Kỳ hoặc Cư Trú Hợp Pháp tại Hoa Kỳ

Thành viên của chương trình 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 Dual Access (HMO D-SNP) nếu quý vị không hội đủ điều kiện duy trì tư cách thành viên trên cơ sở này. Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) phải hủy ghi danh quý vị nếu quý vị không đáp ứng yêu cầu này.

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

Phần 3.1 Thẻ thành viên chương trình của quý vị

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

<p>Plan Logo</p> <p>Plan Name (Plan Type)</p> <p>MEMBER ID: 123456789012</p> <p>PLAN #: HXXXX-XXX-XXX</p> <p>ISSUER #: (80840) 9151014609</p> <p>MEMBER FULL NAME</p> <p>2025</p> <p>You can see any PCP in our Network PCP Name: LAST NAME, FIRST NAME PCP Phone: 1-XXX-XXX-XXXX PCP Office Visit: \$X</p> <p>Card Issued: mm/dd/yyyy</p> <p>MedicareRx <small>Prescription Drug Coverage</small></p> <p>RXBIN: XXXXXX RXPCN: XXXXXX RXGRP: XXXXXX</p>	 <table border="1"> <tr> <td>Member Services / PCP Change</td> <td>X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)</td> </tr> <tr> <td>Mental Health Benefits</td> <td>X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)</td> </tr> <tr> <td>Vision: Provider</td> <td>X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)</td> </tr> <tr> <td>Dental: Provider</td> <td>X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)</td> </tr> <tr> <td>Transportation: Provider</td> <td>X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)</td> </tr> <tr> <td>Provider Services</td> <td>X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)</td> </tr> <tr> <td>Pharmacist Only</td> <td>X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)</td> </tr> </table> <p>Medical Claims: Plan Name Attn: Claims P.O. Box XXXX Farmington, MO 63640-9030 Payor ID: 68069</p> <p>Part D Claims: Plan Name Attn: Member Reimbursement P.O. Box 31577, Tampa, FL 33631-3577</p> <p>FOR EMERGENCIES: Dial 911 or go to the nearest Emergency Room (ER) www.HealthPlanURL.com</p>	Member Services / PCP Change	X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)	Mental Health Benefits	X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)	Vision: Provider	X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)	Dental: Provider	X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)	Transportation: Provider	X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)	Provider Services	X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)	Pharmacist Only	X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)
Member Services / PCP Change	X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)														
Mental Health Benefits	X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)														
Vision: Provider	X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)														
Dental: Provider	X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)														
Transportation: Provider	X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)														
Provider Services	X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)														
Pharmacist Only	X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)														

KHÔNG sử dụng thẻ Medicare đỏ, trắng và xanh của quý vị cho các dịch vụ y tế được bao trả khi quý vị đang là thành viên của chương trình này. Nếu sử dụng thẻ thành viên Medicare thay cho thẻ thành viên Wellcare Dual Access (HMO D-SNP), quý vị có thể phải tự thanh toán toàn bộ chi phí cho các dịch vụ y tế.

Chương 1 Bắt đầu với tư cách thành viên

Lưu giữ thẻ Medicare của quý vị ở nơi an toàn. Quý vị có thể được yêu cầu xuất trình thẻ nếu quý vị cần dịch vụ bệnh viện, dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc tham gia các nghiên cứu lâm sàng hay còn gọi là thử nghiệm lâm sàng được Medicare phê duyệt.

Nếu thẻ thành viên của quý vị bị hư, bị mất hoặc bị đánh cắp, vui lòng gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên ngay lập tức và chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thẻ mới.

Phần 3.2 Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc

Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc liệt kê các nhà cung cấp trong mạng lưới và các nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền và nhà thuốc trong mạng lưới hiện tại 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 thành 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 đi đến nơi khác khi chưa có sự chấp thuận phù hợp, quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí. Trường hợp ngoại lệ duy nhất là những tình huống cấp cứu, các dịch vụ cần thiết khẩn cấp khi mạng lưới không cung cấp được dịch vụ (nghĩa là trong tình huống bất thường hoặc không thể sử dụng dịch vụ trong mạng lưới), các dịch vụ lọc máu ngoài khu vực và các trường hợp mà Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) cho phép sử dụng các nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Danh sách mới nhất của các nhà cung cấp có trên trang web của chúng tôi tại www.2025wellcaredirectorries.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 Thành Viên. Bản sao *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* sẽ được gửi cho quý vị trong vòng ba ngày làm việc. Quý vị có thể yêu cầu Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên cung cấp thêm thông tin về các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi, bao gồm trình độ học vấn, trường y khoa họ đã theo học, hoàn thành chương trình nội trú và chứng nhận của hội đồng chuyên khoa. Cả Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên và trang web của chúng tôi đều có thể cung cấp cho quý vị thông tin cập nhật mới nhất về những thay đổi của các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi.

Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc www.2025wellcaredirectorries.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 được bao trả cho thành viên chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể sử dụng *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* để tìm kiếm nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị muốn sử dụng. Xem Chương 5, Phần 2.5 để biết thông tin về thời điểm quý vị có thể sử dụng các nhà thuốc không có trong mạng lưới của chương trình.

Nếu không có *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*, quý vị có thể lấy bản sao từ Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Ngoài ra, quý vị còn có thể tìm thông tin này trên trang web của chúng tôi tại www.2025wellcaredirectorries.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 phúc lợi Phần D được bao gồm trong Wellcare Dual Access (HMO D-SNP). Các loại thuốc trong danh sách này được chương trình tuyển chọn sau khi tham khảo ý kiến của một nhóm bác sĩ và dược sĩ.

Danh sách này phải đáp ứng các yêu cầu của Medicare. Medicare đã phê duyệt Danh Sách Thuốc của Wellcare Dual Access (HMO D-SNP).

Danh Sách Thuốc cũng cho quý vị biết các quy định hạn chế 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/allwellPA) hoặc gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.

PHẦN 4 **Chi phí hàng tháng quý vị trả cho Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)**

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

- Phí Bảo Hiểm Chương Trình (Phần 4.1)
- Phí Bảo Hiểm Hàng Tháng Medicare Part B (Phần 4.2)
- Tiền Phạt Ghi Danh Muộn 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 cho quý vị nên quý vị không phải trả phí bảo hiểm hàng tháng riêng cho chương trình của chúng tôi.

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

Nhiều thành viên bị buộc phải trả phí bảo hiểm Medicare khác. Như giải thích trong Phần 2 nêu trên, để đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị phải duy trì trạng thái đủ điều kiện đối với Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) cũng như có cả Medicare Part A và Medicare Part B. Đối với hầu hết thành viên Wellcare Dual Access (HMO D-SNP), Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) sẽ chi trả cho phí bảo hiểm Phần A (nếu quý vị không tự động đủ điều kiện) và phí bảo hiểm Phần B của quý vị.

Nếu Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) không thanh toán phí bảo hiểm Medicare của quý vị, quý vị phải tiếp tục trả phí bảo hiểm Medicare để duy trì tư cách thành viên của chương trình. Chi phí này bao gồm cả phí bảo hiểm Phần B. Đồng thời có thể bao gồm phí bảo hiểm cho Phần A, đối với các thành viên không đủ điều kiện được miễn phí bảo hiểm Phần A.

Phần 4.3 Tiền Phạt Ghi Danh Muộn Phần D

Vì quý vị đủ điều kiện kép, LEP không áp dụng cho quý vị miễn là quý vị duy trì trạng thái đủ điều kiện kép, nhưng nếu quý vị mất trạng thái đủ điều kiện kép, quý vị có thể phải chịu LEP. Tiền phạt ghi danh muộn Phần D là phí bảo hiểm bổ sung phải trả cho bảo hiểm Phần D nếu vào bất cứ lúc nào sau khi giai đoạn ghi danh ban đầu đã hết, quý vị không có bảo hiểm Phần D hoặc một loại bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín khác trong 63 ngày liên tục trở lên. Bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín là chương trình bảo hiểm mà theo dự kiến sẽ bao trả trung bình ít nhất là tương đương với bảo hiểm thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare và vì thế đáp ứng các tiêu chuẩn tối thiểu của Medicare. Tiền phạt ghi danh muộn phụ thuộc vào thời gian quý vị không có bảo hiểm thuốc theo toa Phần D hoặc bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín khác. Quý vị sẽ phải trả tiền phạt này trong suốt thời gian tham gia bảo hiểm 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 có uy tín dưới 63 ngày liên tiếp.
- Quý vị đã có bảo hiểm thuốc có uy tín thông qua một nguồn khác như chủ lao động cũ, công đoàn, TRICARE hoặc Bộ Cựu Chiến Binh (VA). Công ty bảo hiểm hay phòng nhân sự của quý vị sẽ thông báo hàng năm để cho biết bảo hiểm thuốc của quý vị có phải là bảo hiểm có uy tín hay không. Họ có thể gửi thông tin này cho quý vị qua thư hoặc trong bản tin từ chương trình bảo hiểm. Hãy lưu giữ thông tin này, vì nó có thể cần thiết nếu quý vị ghi danh vào một chương trình bảo hiểm thuốc của Medicare sau này.
 - **Lưu ý:** Mọi loại thông báo phải khẳng định rõ rằng bảo hiểm thuốc theo toa của quý vị là có uy tín, tức là dự kiến chi trả tương đương với mức bảo hiểm thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare.
 - **Lưu ý:** Các hình thức sau đây *không* phải là bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín: thẻ giảm giá thuốc theo toa, thuốc lấy tại phòng khám miễn phí và các trang web mua thuốc giảm giá.

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

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

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

- Thứ nhất, **tiền phạt có thể thay đổi hàng năm**, vì phí bảo hiểm trung bình hàng tháng có thể thay đổi hàng năm.
- Thứ hai, **quý vị sẽ tiếp tục trả tiền phạt** mỗi tháng trong thời gian quý vị ghi danh vào một chương trình có phúc lợi thuốc Medicare Part D, ngay cả khi quý vị thay đổi chương trình.

Chương 1 Bắt đầu với tư cách thành viên

- Thứ ba, nếu quý vị dưới 65 tuổi và hiện đang hưởng phúc lợi Medicare thì tiền phạt ghi danh muộn dưới Phần D sẽ được tính lại khi quý vị tròn 65 tuổi. Sau 65 tuổi, tiền phạt ghi danh muộn Phần D của quý vị sẽ được tính lại chỉ căn cứ vào số tháng quý vị không có bảo hiểm bắt đầu từ ngày kết thúc giai đoạn ghi danh ban đầu khi đủ tuổi ghi danh vào Medicare.

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

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

Một số thành viên có thể phải trả thêm phí, được gọi là Số Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập Phần D, còn được gọi là IRMAA. Phí bổ sung được tính bằng cách sử dụng tổng thu nhập được điều chỉnh đã sửa đổi của quý vị như được báo cáo trên tờ khai 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 thu nhập, vui lòng truy cập <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

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

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

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

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

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

Tuy nhiên, trong một số trường hợp, quý vị có thể ngừng thanh toán khoản phạt ghi danh muộn nếu có. Hoặc cần bắt đầu trả khoản phạt ghi danh muộn. Điều này có thể xảy ra nếu quý vị hội đủ điều kiện cho chương

Chương 1 Bắt đầu với tư cách thành viên

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

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

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

Hồ sơ thành viên của quý vị có thông tin từ đơn ghi danh của quý vị, trong đó có địa chỉ và số điện thoại của quý vị. Hồ sơ này cho biết rõ chương trình bảo hiểm riêng biệt của quý vị, kể cả Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính.

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

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

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

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

Ngoài ra, quý vị cần gọi cho Sở An Sinh Xã Hội nếu quý vị đổi chỗ ở hoặc đổi địa chỉ gửi thư. Quý vị có thể tìm số điện thoại và thông tin liên hệ của Sở An Sinh Xã Hội trong Chương 2, Phần 5.

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

Bảo hiểm khác

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

Mỗi năm một lần, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị liệt kê bất cứ chương trình bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm thuốc theo toa khác mà chúng tôi biết. Vui lòng đọc thông tin này cẩn thận. Nếu thông tin này chính xác, quý vị không cần phải làm gì cả. Nếu thông tin không chính xác hoặc nếu quý vị có bảo hiểm khác không được liệt kê, vui lòng gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Quý vị có thể cần cho những công ty bảo hiểm khác biết số thành viên của quý vị trong chương trình này (một khi quý vị đã biết rõ những công ty này là công ty nào) để hóa đơn chi phí của quý vị được thanh toán chính xác và đúng hạn.

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

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

- Nếu quý vị có bảo hiểm hưu trí, Medicare trả tiền đầu tiên.
- Nếu chương trình sức khỏe nhóm là dựa trên công việc hiện tại của quý vị hoặc công việc của một thành viên trong gia đình, chương trình nào trả tiền đầu tiên tùy thuộc vào tuổi của quý vị, số nhân viên của công ty 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 người thân trong gia đình vẫn còn làm việc, chương trình sức khỏe nhóm của quý vị sẽ trả trước nếu chủ lao động có từ 100 nhân viên trở lên hoặc ít nhất một chủ lao động trong chương trình gồm nhiều chủ lao động có nhiều hơn 100 nhân viên.
 - Nếu quý vị trên 65 tuổi và quý vị hoặc vợ/chồng hay bạn đời của quý vị vẫn còn làm việc, chương trình sức khỏe nhóm của quý vị trả tiền đầu tiên nếu chủ lao động có 20 nhân viên trở lên hoặc ít nhất một chủ lao động trong chương trình bảo hiểm nhóm của nhiều chủ lao động có 20 nhân viên trở lên.
- Nếu quý vị có Medicare vì bị ESRD, chương trình sức khỏe nhóm của quý vị sẽ trả tiền đầu tiên trong 30 tháng đầu tiên sau khi quý vị đủ điều kiện tham gia Medicare.

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

- Bảo hiểm cho những trường hợp không có lỗi (kể cả bảo hiểm xe)

- Bảo hiểm vì có lỗi (kể cả bảo hiểm xe)
- Phúc lợi chứng phổi đen
- Bồi thường lao động

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

CHƯƠNG 2:

*Các số điện thoại và
nguồn lực quan trọng*

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

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

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

Phương thức	Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-844-796-6811 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m. Vui lòng lưu ý, ngoài giờ làm việc, cuối tuần và ngày lễ liên bang từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, hệ thống trả lời điện thoại tự động của chúng tôi có thể trả lời cuộc gọi của quý vị. Vui lòng để lại tên và số điện thoại, chúng tôi sẽ gọi lại cho quý vị trong một (1) ngày làm việc. Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên cũng có các dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m.
VIẾT THƯ	Wellcare By Allwell PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
TRANG WEB	www.wellcare.com/allwellPA

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

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

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

Phương thức	Quyết Định Bảo Hiểm cho Chăm Sóc Y Tế – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-844-796-6811 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m.
VIẾT THƯ	Coverage Determinations Department - Medical PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420

Phương thức	Quyết Định Bảo Hiểm cho Thuốc Theo Toa Phần D – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-844-796-6811 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m.
FAX	1-866-226-1093
VIẾT THƯ	Attn: Medicare Part D Prior Authorization Department Prior Authorization Department P.O. Box 31397 Tampa, FL 33631-3397
TRANG WEB	wellcare.pahealthwellness.com/coveragedeterminations

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

Phương thức	Kháng Cáo về Chăm Sóc Y Tế – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-844-796-6811 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m.
FAX	1-844-273-2671
VIẾT THƯ	Appeals & Grievances Medicare Operations Appeals Department - Medical P.O. Box 10343 Van Nuys, CA 91410-0343

Phương thức	Kháng Cáo về Thuốc Theo Toa Phần D – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-844-796-6811 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m.
FAX	1-866-388-1766
VIẾT THƯ	Medicare Part D Appeals Attn: Medicare Pharmacy Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383
TRANG WEB	www.wellcare.com/allwellPA

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

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

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

Phương thức	Khiếu Nại về Chăm Sóc Y Tế – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-844-796-6811 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m.
FAX	1-844-273-2671
VIẾT THƯ	Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10343 Van Nuys, CA 91410-1410
TRANG WEB MEDICARE	Quý vị có thể gửi khiếu nại về Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) trực tiếp tới Medicare. Để nộp đơn khiếu nại trực tuyến cho Medicare, hãy truy cập www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Phương thức	Khiếu nại về thuốc theo toa Phần D – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-844-796-6811 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m.
FAX	1-844-273-2671

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

VIẾT THƯ	Wellcare By Health Net Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450
TRANG WEB MEDICARE	Quý vị có thể gửi khiếu nại về Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) trực tiếp tới Medicare. Để nộp đơn khiếu nại trực tuyến cho Medicare, hãy truy cập www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

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

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

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

Phương thức	Yêu Cầu Chi Trả – Thông Tin Liên Hệ
VIẾT THƯ	<p>Yêu Cầu Chi Trả Dịch Vụ Y Tế: Member Reimbursement Dept PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420</p> <p>Yêu Cầu Chi Trả Phần D: Wellcare Medicare Part D Claims Attn: Member Reimbursement Department P.O. Box 31577 Tampa, FL 33631-3577</p>
TRANG WEB	www.wellcare.com/allwellPA

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

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

Phương thức	Medicare – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-800-MEDICARE, hoặc 1-800-633-4227 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần.
TTY	1-877-486-2048 Số điện thoại này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số này được miễn phí.
TRANG WEB	<p>www.Medicare.gov</p> <p>Đây là trang web chính thức của chính phủ dành cho chương trình Medicare. Trang web này cung cấp thông tin cập nhật về Medicare và các vấn đề hiện tại của Medicare. Trang web này cũng cung cấp thông tin về các bệnh viện, viện dưỡng lão, bác sĩ, cơ sở chăm sóc tại nhà và các cơ sở điều trị lọc máu. 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.</p> <p>Trang web của Medicare cũng có thông tin chi tiết về việc hội đủ điều kiện để được hưởng Medicare và các chọn lựa để ghi danh với các công cụ sau đây:</p> <ul style="list-style-type: none">• Công Cụ Xác Định Tính Đủ Điều Kiện Hưởng Medicare: Cung cấp thông tin về trạng thái đủ điều kiện hưởng Medicare.• Công Cụ Tìm Kiếm Chương Trình Medicare: Cung cấp thông tin dành riêng cho quý vị về các chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare, các chương trình y tế Medicare và chính sách Medigap (Bảo Hiểm Bổ Sung Medicare) có trong khu vực của quý vị. Các công cụ này <i>ước tính</i> những chi phí mà quý vị có thể phải tự trả trong nhiều chương trình bảo hiểm Medicare khác nhau. <p>Quý vị cũng có thể dùng trang web này để cho Medicare biết nếu quý vị có bất kỳ khiếu nại nào về chương trình chúng tôi:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cho Medicare biết về khiếu nại của quý vị: Quý vị có thể gửi khiếu nại về chương trình của chúng tôi trực tiếp đến Medicare. Để nộp đơn khiếu nại lên Medicare, hãy truy cập www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare sẽ xem xét nghiêm túc khiếu nại của quý vị và sẽ sử dụng thông tin này để giúp cải thiện chất lượng chương trình Medicare. <p>Nếu quý vị không có máy tính, thư viện địa phương hoặc trung tâm người cao tuổi có thể giúp quý vị truy cập vào trang web này bằng cách sử dụng máy tính của các trung tâm này. Hoặc, quý vị có thể gọi cho chương trình Medicare và cho nhân viên biết những thông tin quý vị đang cần tìm. Họ sẽ tìm thông tin trên trang web và đọc lại thông tin cho quý vị. (Quý vị có thể gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048).</p>

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 tư vấn chuyên nghiệp trên khắp các tiểu bang. Ở Pennsylvania, SHIP được gọi là Đào Tạo Medicare và Pennsylvania Medicare Education and Decision Insight, PA MEDI.

Pennsylvania Medicare Education and Decision Insight, PA MEDI là một chương trình độc lập (không liên kết với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình sức khỏe nào) của tiểu bang nhận tiền từ chính quyền Liên Bang để tư vấn miễn phí tại địa phương về bảo hiểm sức khỏe cho những người có Medicare.

Cố vấn của Pennsylvania Medicare Education and Decision Insight, PA MEDI 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. Cố vấn của Pennsylvania Medicare Education and Decision Insight, PA MEDI còn có thể giúp trả lời các câu hỏi hoặc vấn đề về Medicare và giúp quý vị hiểu rõ về những chương trình bảo hiểm Medicare mà quý vị có thể chọn, đồng thời trả lời những thắc mắc về việc chuyển đổi chương trình.

PHƯƠNG PHÁP TIẾP CẬN SHIP và CÁC NGUỒN LỰC KHÁC:

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

Phương thức	Pennsylvania Medicare Education and Decision Insight, PA MEDI – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-800-783-7067
TTY	711
VIẾT THƯ	Pennsylvania Department of Aging 555 Walnut Street 5th Floor Harrisburg, PA 17101-1919
TRANG WEB	https://www.aging.pa.gov/aging-services/medicare-counseling/Pages/default.aspx

PHẦN 4 Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng

Mỗi tiểu bang có một Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng được chỉ định để phục vụ người thụ hưởng Medicare. Tại Pennsylvania, Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng được gọi là Livanta - Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng của Pennsylvania.

Livanta - Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng của Pennsylvania 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 Pennsylvania là một tổ chức độc lập. Tổ chức này không có liên kết với chương trình của chúng tôi.

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

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

Phương thức	Livanta - Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng của Pennsylvania – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-888-396-4646 9 a.m. - 5 p.m. giờ địa phương, Thứ Hai - Thứ Sáu; 10 a.m. - 4 p.m. giờ địa phương, Thứ Bảy - 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 tham gia 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 nhất định, sẽ đủ điều kiện được hưởng chương trình Medicare. Nếu quý vị đã bắt đầu hưởng phúc lợi An Sinh Xã Hội, việc ghi danh vào Medicare là tự động. Nếu quý vị chưa hưởng phúc lợi An Sinh Xã Hội, quý vị phải ghi danh vào chương trình Medicare. Để nộp đơn xin Medicare, quý vị có thể gọi cho Sở An Sinh Xã Hội hoặc đến phòng An Sinh Xã Hội địa phương.

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

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 Phân D vì mức thu nhập của họ cao hơn. Khi nhận được thư của Sở An Sinh Xã Hội cho biết là quý vị phải trả thêm tiền và quý vị có thắc mắc về số tiền phải trả hoặc nếu thu nhập của quý vị bị giảm vì một sự kiện lớn trong đời, quý vị có thể gọi cho Sở An Sinh Xã Hội để yêu cầu được xem xét lại.

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

Phương thức	Sở An Sinh Xã Hội – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-800-772-1213 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Nhân viên thường trực từ 8:00 am đến 7:00 pm, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu. Quý vị có thể dùng dịch vụ điện thoại tự động của Sở An Sinh Xã Hội để nghe thông tin ghi âm và thực hiện một số giao dịch 24 giờ mỗi ngày.
TTY	1-800-325-0778 Số điện thoại này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Nhân viên thường trực từ 8:00 am đến 7:00 pm, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu.
TRANG WEB	www.ssa.gov

PHẦN 6 Medicaid

Là thành viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị đủ điều kiện nhận cả Medicare và Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid). Medicaid là chương trình kết hợp của chính phủ Liên Bang và tiểu bang để giúp hỗ trợ chi phí y tế cho một số người nhất định có thu nhập và nguồn lực hạn chế.

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

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

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

- **Điều Kiện Kép Nhận Toàn Bộ Phúc Lợi (FBDE):** Giúp trả phí bảo hiểm Medicare Part A và Part B và các khoản chia sẻ chi phí khác (như các khoản tiền khấu trừ, đồng bảo hiểm và đồng thanh toán). Những người thụ hưởng đủ điều kiện cũng nhận toàn bộ phúc lợi Medicaid.

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

Phương thức	Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-800-692-7462 1-866-550-4355 8 a.m. - 4:45 p.m. ET, Thứ Hai - Thứ Sáu
TTY	1-800-451-5886 Số điện thoại này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói.
VIẾT THƯ	Dept of Human Services County Assistance Office - Medicaid 801 Market St Philadelphia, PA 19107
TRANG WEB	https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/Medical-Assistance.aspx

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

Phương thức	Chương Trình Thanh Tra Viên Dịch Vụ Chăm Sóc Dài Hạn của Pennsylvania – Thông Tin liên hệ
GỌI	1-717-783-8975 8 a.m. - 5 p.m. giờ địa phương, Thứ Hai - Thứ Sáu
TTY	711
VIẾT THƯ	Pennsylvania's Long-Term Care Ombudsman Program Pennsylvania Department of Aging 555 Walnut Street, 5th Floor Harrisburg, PA 17101-1919
TRANG WEB	https://www.aging.pa.gov/aging-services/Pages/Ombudsman.aspx

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

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

Phương thức	Chương Trình Thanh Tra Viên Dịch Vụ Chăm Sóc Dài Hạn của Pennsylvania – Thông Tin liên hệ
GỌI	1-717-783-8975 717-783-1550 717-772-3382 8:30 a.m. - 5 p.m. giờ địa phương, Thứ Hai - Thứ Sáu
TTY	711
VIẾT THƯ	Office of the State Long-Term Care Ombudsman Pennsylvania Department of Aging 555 Walnut Street, 5th floor Harrisburg, PA 17101-1919
TRANG WEB	https://www.aging.pa.gov/organization/advocacy-and-protection/Pages/Ombudsman.aspx

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. 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 Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), quý vị được và đang nhận “Trợ Giúp Bổ Sung” từ Medicare để thanh toán cho các chi phí thuốc chương trình thuốc theo toa của quý vị. Quý vị sẽ không cần làm gì thêm để được nhận “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 nên gọi số 1-877-486-2048, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần;
- Social Security Office theo số 1-800-772-1213, từ 8 am đến 7 pm, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-800-325-0778; hoặc
- Văn Phòng Medicaid Tiểu Bang của quý vị (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.

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

- Gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên và nói với nhân viên đại diện rằng quý vị cho rằng mình đủ điều kiện để nhận “Trợ Giúp Bổ Sung”. Quý vị có thể cần cung cấp một trong những loại giấy tờ sau (Bảng Chứng Có Sẵn Tốt Nhất):
 - Bản sao thẻ Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) có tên của người thụ hưởng và ngày đủ điều kiện trong tháng sau tháng 6 của năm dương lịch trước đó
 - Bản sao giấy tờ của Tiểu Bang xác nhận trạng thái bảo hiểm Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) có hiệu lực trong suốt một tháng sau tháng 6 của năm dương lịch trước đó
 - Bản in ra từ tập tin ghi danh điện tử của Tiểu Bang cho biết trạng thái Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) trong suốt một tháng sau tháng 6 của năm dương lịch trước đó
 - Ảnh chụp màn hình từ hệ thống Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) của Tiểu Bang cho biết trạng thái Medicaid trong suốt một tháng sau tháng 6 của năm dương lịch trước đó
 - Giấy tờ khác do Tiểu Bang cung cấp cho biết trạng thái Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) trong một tháng sau tháng 6 của năm dương lịch trước đó
 - Thư từ Social Security Administration (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 sẽ chi phí, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên và cho nhân viên đại diện biết quý vị cho rằng mình đủ điều kiện nhận “Trợ Giúp Bổ Sung”. Quý vị có thể cần cung cấp một trong những loại giấy tờ sau:

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

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

Nếu quý vị được nhận Trợ Giúp Bổ Sung và bảo hiểm từ Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Tiểu Bang (SPAP) thì sao?

Nhiều tiểu bang và Quần đảo Virgin của Hoa Kỳ giúp thanh toán cho toa thuốc, phí bảo hiểm của chương trình thuốc và/hoặc các chi phí thuốc khác. Nếu quý vị đã ghi danh vào Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Tiểu Bang (SPAP), “Trợ Giúp Bổ Sung” của Medicare sẽ chi trả đầu tiên.

Tại Pennsylvania, Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Tiểu Bang là Chương Trình PACE - Trợ Giúp Thuốc Theo Toa.

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

Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc AIDS (ADAP) giúp những người mắc HIV/AIDS đủ điều kiện hưởng ADAP đều được tiếp cận các loại thuốc HIV giúp duy trì cuộc sống. Thuốc theo toa Medicare Part D cũng thuộc danh mục thuốc ADAP sẽ đủ điều kiện được hỗ trợ phần chia sẻ chi phí thông qua Chương Trình Phúc Lợi Dược Phẩm Đặc Biệt Pennsylvania (SPBP).

Chương Trình Phúc Lợi Dược Phẩm Đặc Biệt Pennsylvania (SPBP) chính là ADAP tại tiểu bang của quý vị. Chương Trình Phúc Lợi Dược Phẩm Đặc Biệt Pennsylvania (SPBP) ở tiểu bang quý vị được liệt kê bên dưới.

Phương thức	Chương Trình Phúc Lợi Dược Phẩm Đặc Biệt Pennsylvania (SPBP) — Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-800-922-9384 8 a.m. - 4:30 p.m. giờ địa phương, Thứ Hai - Thứ Sáu
TTY	711
VIẾT THƯ	Pennsylvania Department of Health Special Pharmaceutical Benefits Program 625 Forster Street H&W Bldg, Rm 611 Harrisburg, PA 17120
TRANG WEB	https://www.health.pa.gov/topics/programs/HIV/Pages/Special-Pharmaceutical-Benefits.aspx

Lưu ý: Để đủ tiêu chuẩn được trợ giúp qua ADAP hoạt động trong Tiểu Bang của quý vị, quý vị phải đáp ứng được một số tiêu chuẩn, bao gồm bằng chứng hiện đang sống trong Tiểu Bang và tình trạng mắc bệnh HIV, thu nhập thấp theo định nghĩa của Tiểu Bang và tình trạng không có bảo hiểm/bảo hiểm dưới 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 Phúc Lợi Dược Phẩm Đặc Biệt Pennsylvania (SPBP).

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Tiểu Bang

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

Tại Pennsylvania, Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Tiểu Bang là Chương Trình PACE - Trợ Giúp Thuốc Theo Toa.

Phương thức	Chương Trình Trợ Giúp Thuốc Theo Toa của Pennsylvania (PACE và PACENET) – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-800-225-7223 1-717-651-3600 8:30 a.m. - 5 p.m. giờ địa phương, Thứ Hai - Thứ Sáu
TTY	711 1-800-222-9004 Số điện thoại này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói.
VIẾT THƯ	PACE/PACENET Program P.O. Box 8806 Harrisburg, PA 17105-8806
TRANG WEB	https://www.aging.pa.gov/aging-services/prescriptions/Pages/default.aspx

PHẦN 8 Cách liên hệ với Ủy Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt

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

Phương thức	Ủy Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-877-772-5772 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Nếu nhấn “0”, quý vị có thể nói chuyện với nhân viên đại diện của RRB từ 9:00 am đến 3:30 pm, Thứ Hai, Thứ Ba, Thứ Năm và Thứ Sáu và từ 9:00 am đến 12:00 pm vào Thứ Tư. Nếu nhấn “1”, quý vị có thể tiếp cận Đường Dây Trợ Giúp tự động của RRB và thông tin được ghi lại 24 giờ một ngày, bao gồm cả ngày nghỉ cuối tuần và ngày lễ.

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

Phương thức	Ủy Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt – Thông Tin Liên Hệ
TTY	1-312-751-4701 Số điện thoại này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Số điện thoại này <i>không</i> phải là số điện thoại miễn phí.
TRANG WEB	rrb.gov/

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

Nếu quý vị (hoặc vợ/chồng hay bạn đời của quý vị) có bảo hiểm từ chủ lao động hay bảo hiểm nhóm của nhân viên hưu trí của quý vị (hoặc của vợ/chồng hay bạn đời của quý vị) là một phần của chương trình bảo hiểm này, vui lòng gọi cho nhân viên quản trị phúc lợi của chủ lao động/nghiệp đoàn, hoặc gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên nếu quý vị có điều gì thắc mắc. Quý vị có thể hỏi về phúc lợi sức khỏe của chủ lao động hoặc phúc lợi sức khỏe cho người về hưu của quý vị (hoặc của vợ/chồng hay bạn đời quý vị), phí bảo hiểm hoặc thời gian ghi danh. (Số điện thoại Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên được ghi ở bìa sau của tài liệu này). Quý vị cũng 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 theo toa khác qua chủ lao động hoặc nhóm hưu trí của quý vị (hoặc của vợ/chồng hay bạn đời của quý vị), vui lòng liên hệ với **nhân viên quản trị phúc lợi của nhóm đó**. Nhân viên quản trị về phúc lợi này có thể giúp quý vị biết chương trình bảo hiểm theo toa thuốc hiện tại của quý vị sẽ làm việc với chương trình của chúng tôi như thế nào.

CHƯƠNG 3:

*Sử dụng chương trình cho
dịch vụ y tế và dịch vụ khác
được bao trả*

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

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

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

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

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

- **Dịch vụ chăm sóc quý vị nhận có trong Bảng Phúc Lợi Y Tế của chương trình** (bảng này nằm trong Chương 4 của tài liệu này).
- **Dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được xem là cần thiết về mặt y tế.** Cần thiết về mặt y tế có nghĩa là các dịch vụ, vật tư, thiết bị hoặc thuốc cần thiết để phòng bệnh, chẩn đoán, hoặc chữa trị cho bệnh lý của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp thuận về thực hành y khoa.

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

- **Quý vị có nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) trong mạng lưới của chúng tôi cung cấp và theo dõi dịch vụ chăm sóc cho quý vị.** Là thành viên của chương trình chúng tôi, quý vị phải chọn PCP trong mạng lưới (để biết thêm chi tiết về điều này, vui lòng xem Phần 2.1 trong chương này).
 - Thảo luận trước về kế hoạch điều trị của quý vị với PCP để điều phối hoạt động chăm sóc trước khi quý vị sử dụng nhà cung cấp dịch vụ khác trong mạng lưới của chương trình như bác sĩ chuyên khoa, bệnh viện, cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà. Không yêu cầu sự chấp thuận trước đối với một số dịch vụ. Để biết thêm thông tin về các dịch vụ này, vui lòng xem Bảng Phúc 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 ngoài mạng lưới (nhà cung cấp không nằm trong mạng lưới chương trình của chúng tôi) sẽ không được bao trả. Điều này có nghĩa là quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí cho nhà cung cấp đó đối với dịch vụ được cung cấp. *Sau đây là ba trường hợp ngoại lệ:*
 - Chương trình sẽ bao trả cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc các dịch vụ cần thiết khẩn cấp mà quý vị nhận được từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Để biết thêm thông tin về điều này và để biết dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc các dịch vụ cần thiết khẩn cấp là gì, vui lòng xem Phần 3 trong chương này.
 - Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc y tế mà Medicare bắt buộc chương trình của chúng tôi phải bao trả nhưng không có bác sĩ chuyên khoa nào trong mạng lưới của chúng tôi cung cấp dịch vụ chăm sóc này, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc này từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới (phải xin sự chấp thuận trước) với mức chia sẻ chi phí mà quý vị thường trả trong mạng lưới. Vui lòng gọi cho chúng tôi để tìm hiểu về những quy định về những dịch vụ cần được chấp thuận quý vị phải tuân theo trước khi nhận sự chăm sóc. Trong trường hợp này, chúng tôi sẽ bao trả những dịch vụ này giống như khi quý vị được chăm sóc qua các nhà cung cấp trong mạng lưới. Để biết thông tin về việc xin phép được khám với bác sĩ ngoài mạng lưới, xin xem Phần 2.4 trong chương này.
 - Chương trình này bao trả cho các dịch vụ lọc máu mà quý vị nhận tại một cơ sở lọc máu được Medicare chứng nhận khi quý vị đang tạm thời ra khỏi khu vực dịch vụ của chương trình hoặc khi nhà cung cấp dịch vụ này cho quý vị tạm thời không cung cấp hoặc không thể tiếp cận được. Mức chia sẻ chi phí mà quý vị trả cho chương trình cho lọc máu 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 thẩm tách từ một nhà cung cấp nằm ngoài mạng lưới của chương trình, mức chia sẻ chi phí của quý vị không thể vượt quá mức chia sẻ chi phí mà quý vị trả trong mạng lưới. Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp dịch vụ lọc máu 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 lọc máu có thể cao hơn.

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

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

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

Khi trở thành thành viên của chương trình chúng tôi, đầu tiên quý vị phải chọn một nhà cung cấp của chương trình làm PCP của quý vị. PCP của quý vị là đối tác sức khỏe của quý vị, cung cấp hoặc điều phối chăm sóc cho quý vị. PCP của quý vị là một chuyên gia y tế đáp ứng được các yêu cầu của tiểu bang và được đào tạo để cung cấp cho quý vị những dịch vụ chăm sóc y tế cơ bản. Những người này bao gồm các bác sĩ chuyên trách y tế gia đình, bác sĩ nội khoa và lão khoa. Chuyên viên điều dưỡng (NP), y tá có giấy phép hành nghề do tiểu bang cấp phép, được đào tạo chuyên môn, cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ở mức cơ bản hoặc Trợ Lý Bác Sĩ (PA), được chứng nhận để làm PCP, cung cấp dịch vụ trong bối cảnh chăm sóc sức khỏe ban đầu cũng có thể đóng vai trò là PCP của quý vị.

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

- Chụp X-quang,
- Xét nghiệm phòng thí nghiệm,
- Vật lý trị liệu, trị liệu cơ năng và/hoặc trị liệu âm ngữ,
- Dịch vụ chăm sóc của các bác sĩ chuyên khoa,
- Nhập viện và
- Chăm sóc theo dõi

“Điều phối” các dịch vụ được bao trả của quý vị bao gồm việc kiểm tra hoặc tham khảo ý kiến các nhà cung cấp khác trong chương trình về dịch vụ chăm sóc của quý vị và diễn tiến của dịch vụ chăm sóc. Đối với một số loại dịch vụ hoặc vật tư nhất định, PCP của quý vị sẽ cần được sự chấp thuận trước (phê duyệt trước). Nếu dịch vụ quý vị cần yêu cầu sự chấp thuận trước, PCP của quý vị sẽ yêu cầu sự chấp thuận từ chương trình của chúng tôi. Vì PCP của quý vị sẽ cung cấp và điều phối dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, quý vị cần gửi tất cả các hồ sơ y tế trước đây của mình tới phòng khám của PCP. Thường thì quý vị sẽ đến khám PCP trước tiên cho hầu hết các nhu cầu chăm sóc sức khỏe thông thường của mình. Chúng tôi khuyên quý vị nên có PCP điều phối tất cả dịch vụ chăm sóc của quý vị. Vui lòng xem Phần 2.2 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 chấp thuận trước (phê duyệt trước) từ chúng tôi cho một số loại dịch vụ và vật phẩm nhất định được bao trả. Xem Chương 4 của tài liệu này để biết những dịch vụ và vật phẩm nào cần sự chấp thuận trước.

Nếu quý vị cần trao đổi với bác sĩ của mình sau giờ làm việc bình thường, hãy gọi cho phòng khám của bác sĩ và quý vị sẽ được chuyển hướng tới bác sĩ của quý vị, máy trả lời sẽ cung cấp hướng dẫn về nơi nhận dịch

vụ, hoặc một bác sĩ khác đang cung cấp bảo hiểm. Nếu quý vị đang trong tình huống cấp cứu, hãy gọi ngay cho 911.

Quý vị chọn PCP cho mình như thế nào?

Để chọn PCP của quý vị, hãy truy cập trang web www.2025wellcaredirectories.com và chọn một PCP từ mạng lưới chương trình của chúng tôi. Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên cũng có thể giúp quý vị chọn một PCP. Sau khi quý vị chọn PCP, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để thông báo về lựa chọn của quý vị. PCP của quý vị phải có trong mạng lưới của chúng tôi.

Nếu có một bác sĩ chuyên khoa hoặc bệnh viện cụ thể nào của chương trình mà quý vị muốn sử dụng, hãy kiểm tra trước để đảm bảo bác sĩ chuyên khoa và/hoặc bệnh viện đó thuộc 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.

Đổi PCP

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

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

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

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

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

- Chăm sóc sức khỏe phụ nữ định kỳ, gồm có khám vú, chụp quang tuyến vú để sàng lọc bệnh (chụp x-quang vú), làm xét nghiệm Pap và khám vùng chậu miễn là quý vị dùng những nhà cung cấp trong mạng lưới
- Tiêm phòng cúm (hay vắc-xin), tiêm vắc-xin COVID-19 và tiêm vắc-xin viêm phổi miễn là quý vị dùng những nhà cung cấp trong mạng lưới
- Dịch vụ chăm sóc cấp cứu từ nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc nhà cung cấp ngoài mạng lưới
- Các dịch vụ cần thiết khẩn cấp được chương trình bao trả, chính là các dịch vụ yêu cầu phải được chăm sóc y tế ngay nhưng không phải cấp cứu miễn là quý vị đang 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 có hợp đồng

với chương trình là không hợp lý xét theo thời gian, địa điểm và hoàn cảnh của quý vị. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp bao gồm bệnh và chấn thương y tế không lường trước được hoặc cơn phát bệnh bất ngờ của bệnh lý hiện hữu. Tuy nhiên, các lần thăm khám định kỳ cần thiết về mặt y tế tại nhà cung cấp dịch vụ như kiểm tra sức khỏe hàng năm không được xem là cần thiết khẩn cấp ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc mạng lưới chương trình tạm thời không khả dụng.

- Dịch vụ lọc thận quý vị được cung cấp tại một trung tâm lọc máu được Medicare chứng nhận khi quý vị đang tạm thời ra khỏi khu vực dịch vụ của chương trình. Nếu có thể, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên trước khi quý vị rời khu vực dịch vụ để chúng tôi có thể thu xếp cho quý vị được duy trì lọc máu trong lúc quý vị đi xa.

Phần 2.3 Cách nhận dịch vụ chăm sóc của bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp khác trong mạng lưới

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

- Bác sĩ chuyên khoa ung thư chăm sóc cho bệnh nhân bị ung thư
- Bác sĩ nội tim mạch chăm sóc cho bệnh nhân mắc bệnh tim
- Bác sĩ 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 xin sự chấp thuận trước từ chương trình. Vui lòng xem Chương 4, Phần 2.1 để biết thông tin về các dịch vụ nào cần sự chấp thuận trước.

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

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

- Mặc dù mạng lưới của nhà cung cấp có thể thay đổi trong năm, Medicare yêu cầu chúng tôi cung cấp cho quý vị khả năng tiếp cận liên tục với bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa đủ điều kiện.
- Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về việc nhà cung cấp sắp rời chương trình của chúng tôi để quý vị có thời gian chọn nhà cung cấp mới.
 - Nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi hoặc chăm sóc chính của quý vị rời chương trình, chúng tôi sẽ thông báo 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, 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.

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

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

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

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

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

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

Phần 3.1 Nhận dịch vụ chăm sóc khi quý vị ở trong tình trạng cấp cứu y tế

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

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

Nếu quý vị cần cấp cứu y tế:

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

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

Chương trình của chúng tôi sẽ bao trả cho dịch vụ xe cứu thương trong những trường hợp khi mà đi đến phòng cấp cứu bằng bất cứ phương tiện nào khác sẽ có hại cho tình trạng sức khỏe của quý vị. Chúng tôi cũng bao trả dịch vụ y tế trong trường hợp cấp cứu.

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

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

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

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

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

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

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

Các dịch vụ cần thiết khẩn cấp là gì?

Dịch vụ được chương trình bao trả yêu cầu phải được chăm sóc y tế ngay nhưng không phải cấp cứu là dịch vụ cần thiết khẩn cấp nếu quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc việc nhận dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới có hợp đồng với chương trình là không hợp lý xét theo thời gian, địa điểm và hoàn cảnh của quý vị. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp bao gồm bệnh và chấn thương y tế không lường trước được hoặc cơn phát bệnh bất ngờ của bệnh lý hiện hữu. Tuy nhiên, các lần thăm khám định kỳ cần thiết về mặt y tế tại nhà cung cấp dịch vụ như kiểm tra sức khỏe hàng năm không được xem là cần thiết khẩn cấp ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc mạng lưới chương trình tạm thời không khả dụng.

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

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

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

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 quá số tiền này sẽ *không* được bao trả.
- Việc vận chuyển quay lại Hoa Kỳ từ một quốc gia khác và thuốc mua khi ở bên ngoài Hoa Kỳ sẽ *không* được bao trả. Ngoài ra, khoản chia sẻ chi phí phòng cấp cứu sẽ *không* được miễn nếu quý vị nhập viện nội trú để được chăm sóc.
- Vui lòng liên hệ với chúng tôi trong vòng 48 giờ, nếu có thể, để thông báo cho chúng tôi khi quý vị vào phòng cấp cứu.

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

Phần 3.3 Nhận dịch vụ chăm sóc trong trường hợp có thảm họa

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

Vui lòng truy cập trang web sau: www.wellcare.com/allwellPA 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 nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới với mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu quý vị không thể sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới trong trường hợp có thảm họa, quý vị có thể mua thuốc theo toa tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới. Vui lòng xem Chương 5, Phần 2.5 để biết thêm thông tin.

PHẦN 4 Nếu quý vị bị tính hóa đơn trực tiếp cho toàn bộ chi phí của các dịch vụ thì sao?**Phần 4.1 Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ được bao trả**

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

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

Chương trình của chúng tôi bao trả tất cả các dịch vụ cần thiết về mặt y tế như được liệt kê trong Bảng Phúc Lợi Y Tế trong Chương 4 của tài liệu này. Nếu quý vị nhận các dịch vụ không được chương trình của chúng

tôi bao trả hoặc dịch vụ nhận được từ bên ngoài mạng lưới và không được chấp thuận, quý vị có trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí dịch vụ. Trước khi thanh toán chi phí dịch vụ, quý vị nên kiểm tra xem dịch vụ đó có được Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) bao trả hay không.

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

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

Phần 5.1 Nghiên cứu lâm sàng là gì?

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

Một khi Medicare chấp thuận nghiên cứu, và quý vị thể hiện sự quan tâm đến việc tham gia nghiên cứu, nhân viên trong ban nghiên cứu sẽ liên hệ với quý vị để giải thích rõ ràng hơn về nghiên cứu và để xem quý vị có đủ các điều kiện mà các nhà khoa học thực hiện nghiên cứu đã đề ra hay không. Quý vị có thể tham gia nghiên cứu này nếu đáp ứng các yêu cầu của nghiên cứu và hiểu rõ cũng như chấp nhận những gì sẽ xảy ra khi quý vị tham gia nghiên cứu.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Quý vị muốn tìm hiểu thêm?

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 tại: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.) Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.

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

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

Cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế là một cơ sở chăm sóc cho một bệnh lý mà thông thường sẽ được điều trị tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Nếu việc nhận được chăm sóc tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn đi ngược lại tín ngưỡng tôn giáo của thành viên, chúng tôi sẽ bao trả cho dịch vụ chăm sóc tại cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế. Phúc lợi này chỉ được cung cấp cho những dịch vụ điều trị nội trú thuộc Phần A (dịch vụ chăm sóc sức khỏe phi y tế).

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

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

- Điều trị hoặc chăm sóc y tế **không ngoại lệ** là 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 nhận được nhưng quý vị *không* tự nguyện hoặc *bắt buộc* theo luật liên bang, tiểu bang hoặc địa phương.

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

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

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

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

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

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

Theo chương trình Original Medicare, những người thuê một số loại DME sẽ được sở hữu những thiết bị này luôn sau khi đã trả khoản đồng thanh toán cho thiết bị này trong 13 tháng. Là thành viên của chương trình chúng tôi, quý vị cũng sẽ được sở hữu một số loại DME sau khi đã thanh toán khoản đồng thanh toán cho thiết bị đó trong một số tháng cụ thể. Các khoản thanh toán cho thiết bị DME trước đây khi quý vị đang có Original Medicare sẽ không được tính vào các khoản thanh toán quý vị trả khi là thành viên chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị sở hữu một thiết bị DME khi đang là thành viên của chương trình chúng tôi và thiết bị cần bảo dưỡng thì nhà cung cấp được phép tính hóa đơn chi phí sửa chữa cho chương trình. Cũng có một số loại DME mà quý vị sẽ không được quyền sở hữu bất kể quý vị đã thanh toán bao nhiêu lần cho thiết bị đó khi đang là thành viên của chương trình chúng tôi. Gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để tìm hiểu về các yêu cầu để thuê và sở hữu DME và các tài liệu quý vị cần cung cấp.

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

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

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

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

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

Quý vị được hưởng những phúc lợi gì về oxy?

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

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

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

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

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

CHƯƠNG 4:

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

PHẦN 1 Hiểu rõ về những dịch vụ được bao trả

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

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

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

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

Lưu ý: Do thành viên của chúng tôi cũng nhận được hỗ trợ từ Medicaid nên có rất ít thành viên từng đạt đến số tiền tự trả tối đa này. Quý vị không có trách nhiệm thanh toán bất kỳ chi phí tự trả nào vượt quá số tiền tự trả tối đa cho các dịch vụ được bao trả theo 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 chi phí tự trả mỗi năm cho các dịch vụ y tế được Medicare Part A và Part B bao trả. Giới hạn này được gọi là số tiền tự trả tối đa (MOOP) cho các dịch vụ y tế. Đối với năm dương lịch 2025, số tiền này là \$9,350.

Những khoản đồng thanh toán và đồng bảo hiểm quý vị trả cho các dịch vụ được bao trả sẽ 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 sẽ không được tính vào số tiền tự trả tối đa của quý vị. Các dịch vụ này được đánh dấu hoa thị (*) trong Bảng Phúc Lợi Y Tế. Nếu quý vị đạt đến số tiền tự trả tối đa là \$9,350, 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 bảo hiểm Medicare Part B (trừ khi phí bảo hiểm Phần B được trả bởi Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) hay một bên thứ ba khác).

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

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

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

- Dịch vụ được bao trả theo Medicare và Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) của quý vị phải được cung cấp theo hướng dẫn bảo hiểm do Medicare và Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) thiết lập.

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

- Dịch vụ của quý vị (bao gồm dịch vụ chăm sóc y tế, dịch vụ, vật tư, 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, vật tư, hoặc thuốc cần thiết để phòng bệnh, chẩn đoán, hoặc chữa trị cho bệnh lý của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp thuận về thực hành y khoa.
- Đối với người ghi danh mới, chương trình chăm sóc phối hợp MA của quý vị phải có thời gian chuyển tiếp tối thiểu 90 ngày, trong thời gian đó, chương trình MA mới có thể không yêu cầu sự chấp thuận trước đối với bất kỳ liệu trình điều trị hiện có nào, ngay cả khi liệu trình điều trị đó từng dành cho dịch vụ bắt đầu từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới.
- Quý vị có 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 Phúc Lợi Y Tế *chỉ* được bao trả khi bác sĩ của quý vị hay nhà cung cấp dịch vụ khác trong mạng lưới có được sự chấp thuận trước từ chúng tôi. Các dịch vụ được bao trả cần sự chấp thuận trước được in nghiêng trong Bảng Phúc Lợi Y Tế.
- Nếu chương trình chăm sóc phối hợp của quý vị phê duyệt yêu cầu sự chấp thuận trước cho liệu trình điều trị, quyết định phê duyệt đó phải có hiệu lực trong suốt thời gian hợp lý và cần thiết về mặt y khoa để tránh gián đoạn việc chăm sóc theo tiêu chí bảo hiểm áp dụng, bệnh sử của quý vị và khuyến cáo của nhà cung cấp dịch vụ điều trị.

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

- Quý vị được cả Medicare và Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) bao trả. Medicare bao trả dịch vụ chăm sóc sức khỏe và thuốc theo toa. Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) 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. Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) cũng bao trả các dịch vụ mà Medicare không bao trả như chăm sóc dài hạn, một số loại thuốc không kê toa, và các dịch vụ tại nhà và trong cộng đồng.
- Cũng như tất cả các chương trình y tế Medicare, chúng tôi bao trả cho mọi thứ mà Original Medicare bao trả. (Nếu quý vị muốn biết thêm về mức bảo hiểm và chi phí của Original Medicare, xin tìm xem sổ tay *Medicare & Quý vị năm 2025*. Xem sổ tay trực tuyến tại www.medicare.gov hoặc yêu cầu bản sao bằng cách gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048).
- Đối với mọi dịch vụ phòng bệnh được bao trả miễn phí trong Original Medicare, chúng tôi cũng bao trả dịch vụ đó miễn phí cho quý vị.
- Nếu Medicare bổ sung bảo hiểm cho bất cứ các dịch vụ mới nào trong năm 2025, thì Medicare hoặc chương trình của chúng tôi sẽ bao trả cho các dịch vụ đó.
- Để biết các dịch vụ được Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) bao trả, vui lòng tham khảo Bản Tóm Tắt Phúc Lợi của chương trình để biết danh sách đầy đủ các phúc lợi Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) bao trả. Nếu quý vị không nhận được Bản Tóm Tắt Phúc Lợi, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên và yêu cầu họ gửi cho quý vị một bản sao. Phần chia sẻ chi phí của quý vị cho dịch vụ được Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) bao trả, nếu có, dựa trên mức độ đủ điều kiện Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) của quý vị.

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

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

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


Thông Tin Phúc Lợi Quan Trọng cho 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 phúc lợi bổ sung có mục tiêu khác và/hoặc chia sẻ chi phí giảm có mục tiêu.
- Để biết thêm chi tiết, vui lòng xem hàng Thiết Kế Bảo Hiểm Dựa Trên Giá Trị (VBID) trong Bảng Phúc Lợi Y Tế dưới đây.
- Các thành 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 Pennsylvania Health & Wellness, Inc. cung cấp các phúc lợi này trong chương trình Thiết Kế Bảo Hiểm Dựa Trên Giá Trị. Chương trình này cho phép Medicare thử những cách mới để cải thiện các chương trình Medicare Advantage.





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



Bảng Phúc Lợi Y Tế

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Để biết các dịch vụ được Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) bao trả, vui lòng tham khảo Bản Tóm Tắt Phúc Lợi của chương trình để biết danh sách đầy đủ các phúc lợi Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) bao trả. Nếu quý vị không nhận được Bản Tóm Tắt Phúc Lợi, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên và yêu cầu họ gửi cho quý vị một bản sao. Phần chia sẻ chi phí của quý vị cho dịch vụ được Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) bao trả, nếu có, dựa trên mức độ đủ điều kiện Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) của quý vị. Vui lòng liên hệ với cơ quan Medicaid tiểu bang để xác định mức chia sẻ chi phí của quý vị.</p>	
<p> Khám sàng lọc phình động mạch chủ bụng</p> <p>Siêu âm một lần sàng lọc bệnh, cho những ai có rủi ro mắc bệnh. Chương trình này chỉ bao trả dịch vụ khám sàng lọc này nếu quý vị có một số yếu tố nguy cơ và nếu quý vị nhận sự giới thiệu dịch vụ đó từ bác sĩ, trợ lý bác sĩ, chuyên viên điều dưỡng hoặc chuyên gia điều dưỡng lâm sàng của mình.</p>	<p>Không có khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm hoặc tiền khấu trừ cho những thành viên đủ điều kiện được khám sàng lọc phòng ngừa bệnh này.</p>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Châm cứu điều trị đau thắt lưng mạn tính</p> <p>Các dịch vụ được bao trả gồm có:</p> <p>Bao trả tối đa 12 lần thăm khám trong 90 ngày cho người thụ hưởng Medicare trong các trường hợp sau:</p> <p>Đối với mục đích của phúc lợi này, chứng đau thắt lưng mạn tính được xác định là:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kéo dài 12 tuần trở lên; • không cụ thể, vì không có nguyên nhân hệ thống nào 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. <p>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.</p> <p>Phải ngừng điều trị nếu bệnh nhân không cải thiện hoặc trầm trọng hơn.</p> <p>Các Yêu Cầu Đối Với Nhà Cung Cấp:</p> <p>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.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bằng thạc sĩ hoặc tiến sĩ về châm cứu hoặc Đông Y từ một trường được Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM) chứng nhận; và, • hiện có giấy phép còn hiệu lực đầy đủ và không bị hạn chế để hành nghề châm cứu trong Tiểu Bang, Vùng Lãnh Thổ hoặc Khối Thịnh Vượng Chung (ví dụ như Puerto Rico) của Hoa Kỳ, hoặc District of Columbia. <p>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.</p>	<p>Đồng thanh toán \$0 cho dịch vụ châm cứu được Medicare bao trả thực hiện tại phòng khám PCP.</p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho dịch vụ châm cứu được Medicare bao trả thực hiện tại phòng khám Bác Sĩ Chuyên Khoa. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho dịch vụ châm cứu được Medicare bao trả thực hiện tại phòng khám Bác Sĩ Chuyên Khoa Nắn Xương Khớp. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Dịch vụ xe cứu thương</p> <p>Dịch vụ chuyên chở cứu thương được bao trả, bất kể là cho tình huống cấp cứu hoặc không cấp cứu, gồm dịch vụ máy bay cấp cứu, trực thăng cấp cứu và xe cứu thương đường bộ, tới cơ sở thích hợp gần nhất có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc chỉ trong trường hợp dịch vụ đó được cung cấp cho thành viên có bệnh lý mà những phương tiện chuyên chở khác có thể sẽ nguy hiểm cho sức khỏe của người đó hoặc nếu được chương trình cho phép. Nếu dịch vụ xe cứu thương được bao trả không phải cho trường hợp cấp cứu, cần ghi nhận rằng tình trạng sức khỏe của thành viên đang nguy kịch, nếu được vận chuyển cách khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe người đó và việc vận chuyển bằng xe cứu thương là việc cần thiết về mặt y tế.</p>	<p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi chuyến đi một chiều cho các dịch vụ cứu thương đường bộ được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước đối với vận chuyển không cấp cứu bằng máy bay.</i></p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi chuyến đi một chiều cho các dịch vụ cứu thương đường hàng không được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước đối với vận chuyển không cấp cứu bằng máy bay.</i> Khoản chia sẻ chi phí sẽ không được miễn nếu quý vị nhập viện để chăm sóc Nội Trú.</p>
<p>Khám sức khỏe định kỳ hàng năm</p> <p>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.</p>	<p>Đồng thanh toán \$0 cho một lần khám sức khỏe định kỳ hàng năm.*</p>
<p> Khám sức khỏe hàng năm</p> <p>Nếu quý vị đã có bảo hiểm Phần B lâu hơn 12 tháng, quý vị có thể được khám sức khỏe hàng năm để phát triển hoặc cập nhật kế hoạch phòng ngừa cá nhân hóa dựa trên sức khỏe hiện tại và các yếu tố rủi ro của quý vị. Chương trình của chúng tôi sẽ bao trả cho một lần khám sức khỏe hàng năm trong mỗi năm theo lịch.</p> <p>Lưu ý: Quý vị không được thực hiện lần khám sức khỏe hàng năm đầu tiên trong vòng 12 tháng kể từ lần thăm khám phòng bệnh vào dịp <i>Chào mừng tham gia Medicare</i>. Tuy nhiên, quý vị không cần phải thăm khám vào dịp <i>Chào mừng tham gia Medicare</i> để được bao trả cho các lần khám sức khỏe hàng năm sau khi quý vị đã có Phần B 12 tháng.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ cho thăm khám sức khỏe hàng năm.</p>




Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p> Đo mật độ xương</p> <p>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.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ đối với biện pháp đo mật độ xương được Medicare bao trả.</p>
<p> Khám tầm soát ung thư vú (chụp x-quang vú)</p> <p>Các dịch vụ được bao trả gồm có:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Một lần chụp x-quang vú ở thời điểm ban đầu cho phụ nữ từ 35 đến 39 tuổi • Một lần chụp x-quang vú để tầm soát mỗi 12 tháng cho phụ nữ từ 40 tuổi trở lên • Khám vú lâm sàng 24 tháng một lần 	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ đối với chụp x-quang vú tầm soát được bao trả.</p>
<p>Dịch vụ phục hồi chức năng tim mạch</p> <p>Các chương trình toàn diện cho các dịch vụ phục hồi chức năng tim mạch bao gồm thể dục, giáo dục và tư vấn được bao trả cho các thành viên đáp ứng một số điều kiện, với giấy yêu cầu của bác sĩ.</p> <p>Chương trình này cũng bao trả cho các chương trình phục hồi chức năng chức năng tim mạch chuyên sâu, thường tập luyện nặng hơn các chương trình phục hồi chức năng tim mạch khác.</p>	<p>Đồng thanh toán \$0 cho dịch vụ phục hồi chức năng tim mạch được Medicare bao trả.</p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho dịch vụ phục hồi chức năng tim mạch chuyên sâu được Medicare bao trả.</p>
<p> Khám giảm thiểu rủi ro mắc bệnh tim mạch (trị liệu cho bệnh tim mạch)</p> <p>Chúng tôi bao trả một lần khám bác sĩ chăm sóc chính hàng năm, để giúp giảm rủi ro mắc bệnh tim mạch cho quý vị. Trong lần thăm khám này, bác sĩ có thể thảo luận về việc sử dụng aspirin (nếu thích hợp), kiểm tra huyết áp và tư vấn để đảm bảo quý vị ăn uống lành mạnh.</p>	<p>Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay tiền khấu trừ cho phúc lợi phòng ngừa bệnh tim mạch bằng trị liệu hành vi chuyên sâu.</p>
<p> Kiểm tra bệnh tim mạch</p> <p>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.</p>	<p>Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay tiền khấu trừ cho kiểm tra bệnh tim mạch được bao trả 5 năm một lần.</p>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p> Khám tầm soát ung thư cổ tử cung và âm đạo</p> <p>Các dịch vụ được bao trả gồm có:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Đối với tất cả thành viên nữ: xét nghiệm phết tế bào cổ tử cung (Pap) và khám vùng chậu được bao trả 24 tháng một lần • Nếu quý vị có rủi ro cao bị ung thư cổ tử cung hoặc âm đạo hoặc đang ở độ tuổi sinh con và từng có kết quả bất thường khi xét nghiệm Pap trong vòng 3 năm trở lại đây: một lần xét nghiệm Pap mỗi 12 tháng 	<p>Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay tiền khấu trừ cho xét nghiệm Pap và khám vùng chậu phòng ngừa được Medicare bao trả.</p>
<p>Dịch vụ nắn xương khớp</p> <p>Các dịch vụ được bao trả gồm có:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chúng tôi chỉ chi trả chi phí cho dịch vụ nắn chỉnh cột sống, để điều chỉnh tình trạng trật khớp xương 	<p>Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ chỉnh nắn xương được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p>
<p> Khám tầm soát ung thư đại trực tràng</p> <p>Các kiểm tra tầm soát sau được bao trả:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 chụp X-quang đại tràng có thực thuốc bari 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. 	<p>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 chụp X-quang đại tràng có thực thuốc bari sẽ áp dụng khoản đồng bảo hiểm. Nếu bác sĩ phát hiện và cắt polyp hoặc mô khác trong quá trình nội soi đại tràng hoặc nội soi đại tràng sigma bằng ống soi mềm, khám sàng lọc sẽ trở thành khám chẩn đoán và phải trả \$0 đồng thanh toán cho dịch vụ bác sĩ của quý vị.</p> <p>Đối với nội soi đại tràng chẩn đoán được Medicare bao trả, xem phần “Phẫu Thuật Ngoại Trú” trong phần trước của bảng này để biết các khoản chia sẻ chi phí áp dụng cho các lần thăm khám tại trung tâm phẫu thuật ngoại trú hoặc trong một cơ sở ngoại trú bệnh viện.</p>


Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<ul style="list-style-type: none"> • Chụp X-quang đại tràng có thụt thuốc bari như một biện pháp thay thế nội soi đại tràng cho bệnh nhân có nguy cơ cao và vào 24 tháng kể từ lần chụp X-quang đại tràng có thụt thuốc bari sàng lọc cuối cùng hoặc lần nội soi đại tràng sàng lọc cuối cùng. • Chụp X-quang đại tràng có thụt thuốc bari 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. <p>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.</p>	<p>Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ chụp X-quang đại tràng có thụt thuốc bari được Medicare bao trả.</p>
<p>Dịch vụ nha khoa</p> <p>Nói chung, các dịch vụ nha khoa phòng ngừa (như vệ sinh, khám răng định kỳ, và chụp x-quang nha khoa) không được Original Medicare bao trả. Tuy nhiên, Medicare hiện trả tiền dịch vụ nha khoa trong một số ít trường hợp, cụ thể là khi dịch vụ đó là một phần không thể tách rời của việc điều trị cụ thể cho bệnh lý chính của người thụ hưởng. Một số ví dụ bao gồm tái tạo hàm sau chấn thương hoặc gãy xương, nhổ răng để chuẩn bị xạ trị điều trị ung thư liên quan đến hàm hoặc khám miệng trước khi ghép thận. Ngoài ra, chúng tôi còn bao trả:</p> <p>Các dịch vụ khám răng bổ sung (ví dụ: khám định kỳ)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chăm sóc nha khoa chẩn đoán và phòng ngừa (các dịch vụ được bao trả bao gồm như sau.) <ul style="list-style-type: none"> ○ Kiểm tra răng miệng 2 lần mỗi năm ○ Vệ sinh (phòng ngừa) 2 lần/năm ○ Điều trị florua 1 lần mỗi năm 	<p>Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ nha khoa được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p> <p>Khám răng bổ sung (ví dụ: khám định kỳ)</p> <p>Nha Khoa Chẩn Đoán và Phòng Ngừa</p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần khám răng miệng.* <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần vệ sinh.* <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần điều trị florua.* <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<ul style="list-style-type: none"> ○ Chụp x-quang nha khoa - 1 bộ mỗi ngày cung cấp dịch vụ cho đến 36 tháng tùy vào loại dịch vụ 	<p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần chụp x quang răng miệng mỗi lần thăm khám.* <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Dịch vụ nha khoa Chẩn Đoán khác - 1 mỗi ngày cung cấp dịch vụ cho đến 36 tháng tùy vào loại dịch vụ 	<p>Đồng thanh toán \$0 cho dịch vụ nha khoa chẩn đoán khác mỗi lần thăm khám.* <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Dịch vụ Nha Khoa Phòng Ngừa khác - 1 mỗi ngày cung cấp dịch vụ cho đến 36 tháng tùy vào loại dịch vụ 	<p>Đồng thanh toán \$0 cho dịch vụ nha khoa phòng ngừa khác mỗi lần thăm khám.* <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Chăm Sóc Răng Toàn Diện (Các dịch vụ được bao trả bao gồm như sau). 	<p>Nha Khoa Toàn Diện</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Dịch vụ phục hình - 3 mão răng hoặc đơn vị cầu răng mỗi 12 tháng, 1 trên mỗi răng mỗi 84 tháng. Dịch vụ phục hình khác mỗi 12 đến 84 tháng 	<p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi dịch vụ phục hình.* <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Nội nha - một lần cho mỗi răng, một lần trong đời 	<p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi dịch vụ nội khoa răng miệng.* <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Nha chu - 1 lần mỗi 6 đến 36 tháng tùy vào loại dịch vụ 	<p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi dịch vụ nha chu.* <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Phục hình răng miệng - có thể tháo ra - 1 lần từ ngày cung cấp dịch vụ cho đến 60 tháng tùy vào loại dịch vụ 	<p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi dịch vụ răng giả có thể tháo ra.* <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Dịch vụ cấy ghép - 2 lần mỗi năm theo lịch và 84 tháng một lần cho mỗi răng; dịch vụ cấy ghép khác theo mỗi ngày cung cấp dịch vụ cho đến 84 tháng 	<p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi dịch vụ cấy ghép.* <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Phục hình răng miệng - cố định - 3 dịch vụ phục hình răng miệng cố định trên mỗi năm theo lịch và 84 tháng một lần cho mỗi răng, tùy vào loại dịch vụ 	<p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi dịch vụ răng giả cố định.* <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p>


Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<ul style="list-style-type: none"> ○ Phẫu thuật răng miệng/hàm mặt - 1 lần từ ngày cung cấp dịch vụ cho đến suốt cuộc đời tùy vào loại dịch vụ ○ Dịch vụ chung hỗ trợ - 1 lần từ ngày cung cấp dịch vụ cho đến 60 tháng tùy vào loại dịch vụ <p>Trước khi nhận các dịch vụ, thành viên nên thảo luận về các chọn lựa cách điều trị với một nha sĩ tham gia cung cấp dịch vụ chăm sóc răng định kỳ. Điều trị phải được bắt đầu và hoàn thành trong khi vẫn được chương trình bao trả trong năm chương trình. Thành viên phải chịu trách nhiệm thanh toán chi phí của các dịch vụ nha khoa không được chương trình bao trả.</p> <p>Các dịch vụ nha khoa phụ trội (tức là Không được Medicare bao trả) phải được nhận từ một nhà cung cấp tham gia chương trình để được chương trình bao trả. Đối với các câu hỏi về cách tìm nhà cung cấp, gửi yêu cầu bảo hiểm hoặc để biết thêm thông tin, hãy gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. 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.</p> <p>Truy cập www.wellcare.com/allwellPA, nhấp vào Shop for Plans (Mua Chương Trình) ở đầu trang web, sau đó chọn Plan Benefit Materials (Tài Liệu Phúc Lợi Chương Trình). Chọn Evidence of Coverage (Chứng Thực Bảo Hiểm, EOC). Tìm Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) trong danh sách để tìm Thông Tin Chi Tiết về Phúc Lợi Nha Khoa cho chương trình này.</p> <p>Lưu ý: Bảo hiểm cho các dịch vụ khám răng định kỳ là một phúc lợi bổ sung do chương trình cung cấp. Cả Medicare hoặc Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) sẽ không thanh toán phần chia sẻ chi phí của quý vị cho những dịch vụ này.</p> <p>Các thành viên cũng đăng ký Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) có thể đủ điều kiện hưởng bảo hiểm phụ của Tiểu Bang cho các dịch vụ nha khoa phụ trội này. Trước khi nhận dịch vụ nha khoa, hãy hỏi nhà cung cấp xem họ có thể gửi hóa đơn cho Medicaid với tư cách là chương trình trả tiền phụ hay không. Phải trình thẻ nhận dạng Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) của quý vị cho nhà cung cấp.</p>	<p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi dịch vụ răng hàm mặt. * <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi dịch vụ tổng quát. * <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p> Khám sàng lọc bệnh trầm cảm</p> <p>Mỗi năm, chúng tôi bao trả cho một lần khám sàng lọc bệnh trầm cảm. Lần khám sàng lọc này phải được thực hiện tại một cơ sở chăm sóc chính có thể cung cấp việc điều trị tiếp theo và/hoặc đưa giấy giới thiệu.</p>	<p>Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay tiền khấu trừ cho thăm khám sàng lọc trầm cảm hàng năm.</p>
<p> Khám sàng lọc bệnh tiểu đường</p> <p>Chúng tôi bao trả cho lần khám này (bao gồm xét nghiệm glucose khi nhịn đói), nếu quý vị có bất cứ yếu tố rủi ro gì sau đây: huyết áp cao (tăng huyết áp), tiền sử bất thường về nồng độ cholesterol và triglyceride (rối loạn lipid trong máu), béo phì hoặc tiền sử đường (glucose) trong máu cao.</p> <p>Các xét nghiệm có thể được bao trả nếu quý vị đáp ứng các yêu cầu khác, như tình trạng thừa cân và tiền sử gia đình có bệnh tiểu đường.</p> <p>Quý vị có thể đủ điều kiện được khám sàng lọc bệnh tiểu đường tối đa hai lần mỗi 12 tháng kể từ ngày kiểm tra sàng lọc bệnh tiểu đường gần nhất.</p>	<p>Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay tiền khấu trừ cho các xét nghiệm sàng lọc bệnh tiểu đường được Medicare bao trả.</p>
<p> Chương trình đào tạo giúp tự kiểm soát bệnh tiểu đường, các dịch vụ và vật dụng y tế cho bệnh nhân tiểu đường</p> <p>Cho tất cả những người có bệnh tiểu đường (dùng insulin và không dùng insulin). Các dịch vụ được bao trả gồm có:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các vật dụng để theo dõi đường huyết: Máy theo dõi đường huyết, que thử đường huyết, dụng cụ trích và kim trích máu và dung dịch glucose đối chứng để kiểm tra độ chính xác của các que thử và máy theo dõi. • Đối với những người mắc bệnh tiểu đường bị bệnh chân nặng do biến chứng tiểu đường: Một đôi giày trị liệu được đúc tùy chỉnh cho một năm dương lịch (bao gồm cả miếng lót được cung cấp cùng với giày) và hai cặp miếng lót bổ sung, hoặc một đôi giày đế sâu và ba cặp miếng lót (không bao gồm các miếng lót không tùy chỉnh có thể tháo ra được cung cấp cùng với giày). Mức bảo hiểm bao gồm dịch vụ điều chỉnh vừa vặn. 	<p>Đồng thanh toán \$0 cho vật dụng theo dõi bệnh tiểu đường được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho giày trị liệu hoặc miếng lót được Medicare bao trả cho những người bị tiểu đường và bị bệnh chân nặng do tiểu đường. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<ul style="list-style-type: none"> Chương trình đào tạo giúp tự kiểm soát bệnh tiểu đường được bao trả trong một số điều kiện nhất định. <p>Các sản phẩm OneTouch® của Lifescan là vật dụng xét nghiệm bệnh tiểu đường ưu tiên của chúng tôi (máy theo dõi đường huyết và que thử). Để có thêm thông tin về các vật dụng trong danh sách vật dụng xét nghiệm bệnh tiểu đường ưu tiên của chúng tôi, vui lòng liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.</p> <p>Nếu quý vị dùng các vật dụng xét nghiệm bệnh tiểu đường không được ưu tiên trong chương trình thì nên yêu cầu nhà cung cấp cho toa thuốc mới, hoặc đề yêu cầu sự chấp thuận trước để có một máy đo đường huyết và que thử không được chương trình ưu tiên.</p>	<p>Đồng thanh toán \$0 cho chương trình đào tạo về tự kiểm soát bệnh tiểu đường được Medicare bao trả.</p>
<p>Thiết bị y tế lâu bền (DME) và vật tư liên quan (Để biết định nghĩa về thiết bị y tế lâu bền, xem Chương 12 cũng như Chương 3, Phần 7 của tài liệu này).</p> <p>Các vật dụng được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn ở: xe lăn, nạng, hệ thống chân đệm chạy điện, vật dụng cho bệnh tiểu đường, giường bệnh viện do nhà cung cấp yêu cầu để sử dụng tại nhà, máy tiêm truyền thuốc qua tĩnh mạch, thiết bị phát âm, thiết bị oxy, máy xông khí dung và khung tập đi.</p> <p>Chúng tôi bao trả cho mọi thiết bị DME, cần thiết về mặt y tế, được bao trả qua Original Medicare. Nếu nhà cung cấp của chúng tôi trong khu vực của quý vị không có bán thương hiệu hay công ty sản xuất cụ thể nào đó, thì quý vị có thể yêu cầu xem họ có thể đặt mua riêng cho quý vị hay không.</p> <p>Danh sách mới nhất của các nhà cung cấp có trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ www.2025wellcaredirectories.com.</p>	<p><i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho thiết bị y tế lâu bền được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho các vật tư y tế được Medicare bao trả.</p> <p>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 đồng thanh toán \$0.</p>


Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Dịch vụ chăm sóc cấp cứu</p> <p>Chăm sóc cấp cứu có nghĩa là các dịch vụ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Được cung cấp bởi một nhà cung cấp đủ điều kiện cung cấp các dịch vụ cấp cứu, và • Cần thiết để đánh giá hoặc ổn định một bệnh lý cấp cứu. <p>Trường hợp cấp cứu y tế là khi quý vị, hay một người không hành nghề y có trí tuệ minh mẫn nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và thuốc men, cho rằng quý vị có các triệu chứng y khoa cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để ngăn ngừa tử vong (và thai nhi tử vong nếu quý vị là phụ nữ mang thai), mất chân tay, hay chân tay không hoạt động được. Các triệu chứng y khoa có thể là bệnh tật, thương tích, đau nặng hoặc tình trạng bệnh lý nhanh chóng trở nên tồi tệ hơn.</p> <p>Chia sẻ chi phí cho các dịch vụ cấp cứu cần thiết được cung cấp ngoài mạng lưới bằng với chia sẻ chi phí cho các dịch vụ đó được cung cấp trong mạng lưới.</p> <p>Các dịch vụ cấp cứu bên ngoài Hoa Kỳ được bao trả.</p>	<p>Đồng thanh toán \$0 cho các lần thăm khám tại phòng cấp cứu được Medicare bao trả.</p> <p>Nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu từ một bệnh viện ngoài mạng lưới và cần chăm sóc nội trú sau khi tình trạng cấp cứu của mình đã ổn định, quý vị phải quay lại một bệnh viện trong mạng lưới để tiếp tục được bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị hoặc quý vị phải được chăm sóc nội trú tại bệnh viện ngoài mạng lưới được chương trình chấp thuận và chi phí của quý vị là phần chia sẻ chi phí mà lẽ ra quý vị sẽ phải trả cho một bệnh viện trong mạng lưới.</p> <p>Đồng thanh toán \$110 cho các dịch vụ cấp cứu bên ngoài Hoa Kỳ.*</p> <p>Quý vị thanh toán số tiền này kể cả khi quý vị nhập viện trong vòng 24 giờ cho cùng một căn bệnh.</p> <p>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.</p>
<p> Các chương trình giáo dục về sức khỏe và bảo vệ sức khỏe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Đường dây y tá tư vấn <p>Đào tạo qua điện thoại và tư vấn điều dưỡng miễn phí từ các bác sĩ được đào tạo. Đường dây y tá tư vấn thường trực 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần để giải đáp các thắc mắc liên quan đến sức khỏe. Quý vị có thể liên hệ với đường dây y tá tư vấn bằng cách gọi đến Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để được chuyển đến đường dây y tá tư vấn.</p>	<p>Đồng thanh toán \$0 cho đường dây y tá tư vấn.*</p>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<ul style="list-style-type: none"> • Phúc lợi tập thể dục <p>Chương trình của chúng tôi cung cấp chương trình tập thể dục cho phép tiếp cận địa điểm tập thể dục trên toàn quốc.</p> <p>Để giúp hỗ trợ lối sống năng động và lành mạnh, quý vị được tiếp cận miễn phí với các tính năng sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tư Cách Thành Viên Trung Tâm Thể Dục: Lựa chọn từ một số trung tâm thể dục trực tiếp tham gia vào mạng lưới tập thể dục ○ Bộ Dụng Cụ Tập Thể Dục Tại Nhà: Quý vị có thể lựa chọn từ nhiều Bộ Dụng Cụ Tập Thể Dục Tại Nhà khác nhau, bao gồm cả thiết bị đeo theo dõi sức khỏe. Quý vị có thể nhận tối đa 1 bộ dụng cụ mỗi năm phúc lợi ○ Chương Trình Tập Thể Dục Kỹ Thuật Số: Lựa chọn từ hàng ngàn video tập luyện theo yêu cầu thông qua thư viện kỹ thuật số ○ Chương trình Huấn Luyện Sức Khỏe 1:1 ○ Well-Being Club: Khám phá nguồn tài nguyên phù hợp với sở thích và mục tiêu của riêng quý vị bao gồm bài viết, video cũng như lớp học và sự kiện phát trực tiếp <p>Để biết thêm thông tin về phúc lợi tập thể dục, vui lòng gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.</p>	<p>Đồng thanh toán \$0 cho phúc lợi tập thể dục.*</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Hệ thống ứng cứu khẩn cấp cá nhân (PERS) <p>Bao trả cho một thiết bị ứng cứu khẩn cấp y tế cá nhân suốt đời và phí hàng tháng. Thiết bị ứng cứu khẩn cấp y tế cá nhân giúp quý vị an tâm và đáp ứng các nhu cầu cấp cứu và không cấp cứu của quý vị 24/7.</p> <p>Thành viên có thể lựa chọn từ:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hệ thống PERS “có dây” truyền thống được kết nối qua đường dây cố định. Đối với hệ thống có dây, cần phải có sẵn điện thoại cố định. ○ Hệ thống PERS không dây ○ Tùy chọn thiết bị đeo <p>Vui lòng gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để tìm hiểu thêm.</p>	<p>Đồng thanh toán \$0 cho Hệ Thống Ứng Cứu Khẩn Cấp Cá Nhân (PERS) – Hệ Thống Cảnh Báo Y Tế.*</p>
<p>Dịch vụ thính giác</p> <p>Khám chẩn bệnh về tai và chức năng thính giác, thực hiện bởi nhà cung cấp của quý vị để xem quý vị có cần điều trị y tế không, sẽ được bao trả dưới dạng chăm sóc bệnh nhân ngoại trú, khi được cung cấp bởi một bác sĩ, bác sĩ chuyên khoa thính giác hoặc nhà cung cấp hợp lệ khác.</p>	<p>Đồng thanh toán \$0 cho dịch vụ khám tai được Medicare bao trả. Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</p>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Chương trình bảo hiểm của chúng tôi cũng bao trả cho các dịch vụ khám tai bổ sung (tức là định kỳ):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 lần khám tai định kỳ mỗi năm. • 1 lần gắn và đánh giá thiết bị trợ thính mỗi năm. • 1 thiết bị trợ thính không cây ghép mỗi tai tối đa \$1,000 mỗi năm. Giới hạn ở 2 thiết bị trợ thính không cần cây ghép mỗi năm. Phúc lợi bao gồm bảo hành 3 năm cho cả mất mát và hư hỏng kèm theo 2 năm cung cấp pin. <p>Quý vị có trách nhiệm thanh toán mọi chi phí thiết bị trợ thính vượt quá phúc lợi tối đa ở trên. Thiết bị trợ thính bổ sung không được bao trả.</p> <p>Phải sử dụng dịch vụ khám tai định kỳ từ nhà cung cấp tham gia trong mạng lưới nhà cung cấp để được nhận toàn bộ phúc lợi về thính giác mà chương trình bao trả.</p> <p>Để biết thêm về thông tin liên hệ của nhà cung cấp dịch vụ thính giác và phúc lợi, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.</p> <p>Lưu ý: Bảo hiểm cho các dịch vụ khám tai định kỳ là một phúc lợi bổ sung do chương trình cung cấp. Cả Medicare hoặc Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) sẽ không thanh toán phần chia sẻ chi phí của quý vị cho những dịch vụ này.</p>	<p>Các dịch vụ khám tai bổ sung (tức là định kỳ):</p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho 1 lần khám tai định kỳ mỗi năm.* <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho 1 lần lắp đặt và đánh giá thiết bị trợ thính mỗi năm.* <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho 2 thiết bị trợ thính mỗi năm.* <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p>
<p> Khám sàng lọc HIV</p> <p>Đối với những người yêu cầu được xét nghiệm sàng lọc HIV hoặc những người có rủi ro cao bị nhiễm HIV, chúng tôi sẽ bao trả cho:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Một lần khám sàng lọc mỗi 12 tháng <p>Đối với phụ nữ mang thai, chúng tôi bao trả cho:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tối đa ba lần khám sàng lọc trong thai kỳ 	<p>Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay tiền khấu trừ cho những thành viên hội đủ điều kiện cho khám sàng lọc phòng ngừa HIV được Medicare bao trả.</p>
<p>Chăm sóc bởi cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà</p> <p>Trước khi tiếp nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, một bác sĩ phải ký giấy chứng nhận là quý vị cần các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, và sẽ yêu cầu có dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, được cung cấp bởi một cơ sở dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà. Quý vị phải nằm nhà điều trị, có nghĩa là rời nhà là một nỗ lực lớn.</p>	<p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Các dịch vụ được bao trả gồm có, nhưng không giới hạn ở:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tại nhà bán thời gian hoặc không liên tục (Để được bao trả theo phúc lợi chăm sóc sức khỏe tại nhà, tổng cộng các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và người trợ giúp chăm sóc sức khỏe tại nhà phải dưới 8 tiếng mỗi ngày và 35 tiếng mỗi tuần) • Vật lý trị liệu, trị liệu cơ năng và âm ngữ trị liệu • Các dịch vụ y tế và xã hội • Thiết bị và vật tư y tế 	
<p>Liệu pháp truyền dịch tại nhà</p> <p>Liệu pháp tiêm truyền tại nhà bao gồm sử dụng tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm dưới da thuốc hoặc sinh phẩm cho một cá nhân tại nhà. Các dụng cụ cần thiết để thực hiện tiêm truyền tại nhà bao gồm thuốc (ví dụ: thuốc kháng vi-rút, globulin miễn dịch), thiết bị (ví dụ: ống bơm) và vật tư y tế (ví dụ: ống dẫn và ống thông).</p> <p>Các dịch vụ được bao trả gồm có, nhưng không giới hạn ở:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các dịch vụ chuyên môn, bao gồm dịch vụ chăm sóc được trang bị phù hợp với kế hoạch chăm sóc • Đào tạo và giáo dục cho bệnh nhân không được bao trả theo phúc lợi thiết bị y tế lâu bền • Giám sát từ xa • Giám sát các dịch vụ cung cấp liệu pháp tiêm truyền tại nhà và thuốc tiêm truyền tại nhà do nhà cung cấp liệu pháp tiêm truyền tại nhà đủ điều kiện cung cấp 	<p>Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ chuyên môn từ Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (PCP), bao gồm dịch vụ chăm sóc điều dưỡng, đào tạo và giáo dục, các dịch vụ theo dõi và giám sát từ xa.</p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ chuyên môn từ bác sĩ chuyên khoa, bao gồm dịch vụ chăm sóc điều dưỡng, đào tạo và giáo dục, các dịch vụ theo dõi và giám sát từ xa. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p> <p>Thiết bị và vật tư tiêm truyền tại nhà được bao trả theo phúc lợi Thiết Bị Y Tế Lâu Bền (DME). Vui lòng tham khảo phần “Thiết bị y tế lâu bền (DME) và các vật tư liên quan” để biết thông tin về khoản chia sẻ chi phí.</p> <p>Một số thuốc tiêm truyền tại nhà được bao trả theo phúc lợi Thuốc Theo Toa Medicare Part B của quý vị. Vui lòng tham khảo phần “Thuốc Theo Toa Medicare Part B” để biết thông tin về khoản chia sẻ chi phí.</p>



Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Chăm sóc cuối đời</p> <p>Quý vị đủ điều kiện nhận phúc lợi chăm sóc cuối đời khi bác sĩ của quý vị và giám đốc y khoa phụ trách dịch vụ chăm sóc cuối đời đưa ra tiên lượng bệnh giai đoạn cuối cho quý vị và xác nhận rằng quý vị đang bị bệnh giai đoạn cuối và chỉ sống thêm không quá 6 tháng nếu bệnh lý diễn tiến bình thường. Quý vị có thể nhận sự chăm sóc y tế từ một chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận. Chương trình của quý vị có nghĩa vụ giúp quý vị tìm các chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận trong khu vực dịch vụ của chương trình, bao gồm các chương trình do tổ chức MA sở hữu, kiểm soát hoặc có lợi ích tài chính. Bác sĩ chăm sóc cuối đời có thể là nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới hoặc ngoài mạng lưới.</p> <p>Các dịch vụ được bao trả gồm có:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thuốc kiểm soát triệu chứng bệnh và giảm đau • Dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ ngắn hạn • Dịch vụ chăm sóc tại nhà <p><u>Đối với các dịch vụ chăm sóc cuối đời và dịch vụ được bao trả bởi Medicare Part A hoặc B và liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị:</u> Original Medicare (thay vì chương trình của chúng tôi) sẽ chi trả cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị. Trong khi quý vị tham gia chương trình chăm sóc cuối đời, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị sẽ gửi hóa đơn cho Original Medicare cho các dịch vụ mà Original Medicare chi trả. Quý vị sẽ được gửi hóa đơn cho phần chia sẻ chi phí Original Medicare.</p> <p><u>Đối với dịch vụ được Medicare Part A hoặc B bao trả và không liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị:</u> Nếu quý vị cần các dịch vụ không cấp cứu, không phải là cần thiết khẩn cấp được bao trả theo Medicare Part A hoặc B bao trả mà không liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị, chi phí quý vị phải trả cho những dịch vụ này phụ thuộc vào việc quý vị có sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình và tuân theo các quy định của chương trình hay không (chẳng hạn như có yêu cầu xin sự chấp thuận trước).</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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) 	<p>Khi quý vị ghi danh vào một chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận, thì các dịch vụ chăm sóc cuối đời và dịch vụ Phần A và Phần B liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị được Original Medicare chi trả, không phải chương trình của chúng tôi.</p> <p>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.</p>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p><u>Đối với các dịch vụ được bao trả theo chương trình của chúng tôi nhưng không được bao trả theo Medicare Part A hoặc B:</u> Chương trình của chúng tôi sẽ tiếp tục bao trả cho các dịch vụ được chương trình bao trả nhưng không được bao trả theo Phần A hay B, cho dù có hay không có liên quan tới tiền lương bệnh giai đoạn cuối của quý vị. Quý vị trả khoản chia sẻ chi phí của chương trình cho các dịch vụ này.</p> <p><u>Đối với các loại thuốc có thể được bao trả theo phúc lợi Phần D của chương trình:</u> Nếu các loại thuốc này không liên quan đến tình trạng chăm sóc cuối đời của quý vị thì quý vị trả phần chia sẻ chi phí. Nếu thuốc đó liên quan đến tình trạng chăm sóc cuối đời của quý vị thì quý vị phải trả phần chia sẻ chi phí của Original Medicare. Thuốc sẽ không bao giờ được cả chương trình chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi bao trả cùng lúc. Để có thêm thông tin, vui lòng xem Chương 5, Phần 9.4 (<i>Nếu quý vị ở trong chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận thì sao?</i>)</p> <p>Lưu ý: Nếu quý vị cần sự chăm sóc không liên quan đến dịch vụ chăm sóc cuối đời (chăm sóc không liên quan tới tình trạng bệnh giai đoạn cuối của quý vị) thì quý vị nên liên hệ với chúng tôi để sắp xếp các dịch vụ.</p> <p>Chương trình của chúng tôi bao trả dịch vụ cố vấn về chăm sóc cuối đời (chỉ một lần) cho một người mắc bệnh giai đoạn cuối không chọn phúc lợi chăm sóc cuối đời.</p>	
<p> Chủng ngừa</p> <p>Các dịch vụ được Medicare Part B bao trả bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vắc-xin ngừa viêm phổi • Tiêm phòng cúm (hoặc tiêm vắc-xin cảm), một lần vào mỗi mùa cúm vào mùa thu và mùa đông, kết hợp với các mũi tiêm phòng cúm (hoặc tiêm vắc-xin cảm) bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế • Vắc-xin viêm gan B nếu quý vị có rủi ro cao hay trung bình có thể mắc bệnh Viêm gan B • Vắc-xin COVID-19 • Các vắc-xin khác nếu quý vị có nguy cơ và vắc-xin đó đáp ứng quy tắc bảo hiểm Medicare Part B <p>Chúng tôi cũng bao trả cho hầu hết các vắc-xin dành cho người lớn khác theo phúc lợi thuốc theo toa Phần D của chúng tôi.</p> <p>Chương trình của chúng tôi bao trả hầu hết các vắc-xin Phần D cho người lớn miễn phí cho thành viên từ 19 tuổi trở lên.</p>	<p>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.</p> <p>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 chấp thuận trước mới được bao trả.</i></p>
<p>Chăm sóc khi nằm bệnh viện</p> <p>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. Bệnh Nhân Nội Trú</p>	<p>Đối với nằm viện được Medicare bao trả, mỗi lần nằm viện: Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần nằm viện.</p>


Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Chăm sóc tại bệnh viện bắt đầu từ ngày quý vị chính thức nhập viện theo chỉ định của bác sĩ. Ngày trước khi quý vị xuất viện là ngày cuối năm viện.</p> <p>Quý vị được bao trả 90 ngày nằm viện nội trú được Medicare bao trả.</p> <p>Những dịch vụ được bao trả bao gồm, nhưng không chỉ giới hạn ở:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Phòng nằm chung (hoặc một phòng riêng, nếu cần thiết về mặt y tế) • Các bữa ăn bao gồm các chế độ ăn uống đặc biệt • Dịch vụ điều dưỡng thông thường • Chi phí cho các đơn vị chăm sóc đặc biệt (như các đơn vị chăm sóc tích cực hoặc chăm sóc bệnh mạch vành) • Thuốc và dược phẩm • Xét nghiệm • Chụp X-quang và các dịch vụ chẩn đoán hình ảnh khác • Các vật tư nội khoa và ngoại khoa cần thiết • Sử dụng các đồ dùng trong nhà, như xe lăn • Chi phí cho phòng mổ và phòng hồi sức • Vật lý trị liệu, trị liệu cơ năng, âm ngữ - ngôn ngữ trị liệu • Dịch vụ điều trị nội trú rối loạn do sử dụng chất kích thích • Trong các điều kiện nhất định, các loại cây 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 cây ghép bộ phận cơ thể, chúng tôi sẽ sắp xếp để một trung tâm cấy ghép được Medicare chấp thuận xét duyệt trường hợp của quý vị, họ sẽ quyết định xem quý vị có là bệnh nhân thích hợp cho cấy ghép hay không. Các nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép có thể ở địa phương hay ngoài khu vực dịch vụ. Nếu cơ sở cấy ghép trong mạng lưới của chúng tôi nằm ngoài khu vực mô hình chăm sóc cộng đồng, quý vị có thể chọn sử dụng dịch vụ cấy ghép tại địa phương miễn là các nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép tại địa phương chịu 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 cộng đồng của quý vị và quý vị chọn cấy ghép tại địa điểm xa xôi này thì chúng tôi sẽ sắp xếp, hoặc bao trả chỗ ở trọ và phương tiện chuyên chở thích hợp cho quý vị và một người đồng hành. • Máu - bao gồm bảo quản và truyền máu. Bao trả cho máu toàn phần và hồng cầu đóng gói sẽ bắt đầu với đơn vị thể tích máu đầu tiên mà quý vị cần. Mọi thành phần khác của máu được bao trả bắt đầu với đơn vị thể tích đầu tiên sử dụng. 	<p>Số Ngày Dự Trữ Trọn Đồi \$0 đồng thanh toán mỗi ngày. Số Ngày Dự Trữ Trọn Đồi là số ngày phụ trội mà chương trình sẽ chi trả khi các thành viên nằm bệnh viện nhiều hơn số ngày được bao trả bởi chương trình. Thành viên có tổng cộng 60 ngày dự trữ có thể sử dụng cho suốt đời họ. Nếu bảo hiểm chấp thuận cho quý vị được chăm sóc nội trú tại một bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi tình trạng cấp cứu quý vị được ổn định, thì chi phí của quý vị là khoản chia sẻ chi phí mà lẽ ra quý vị phải trả tại một bệnh viện trong mạng lưới.</p> <p><i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<ul style="list-style-type: none"> Dịch vụ bác sĩ <p>Lưu ý: Để trở thành bệnh nhân nội trú, nhà cung cấp của quý vị phải viết giấy chỉ định nhập viện để quý vị chính thức là bệnh nhân nội trú của bệnh viện. Kể cả nếu quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú. Nếu quý vị không chắc rằng mình là một bệnh nhân nội trú hay ngoại trú, thì quý vị nên hỏi nhân viên bệnh viện.</p> <p>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?</i> <i>Nếu Quý Vị Có Medicare - Hãy hỏi!</i> Quý vị có thể tìm tờ thông tin này trên trang Web tại địa chỉ https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf hoặc gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi những số này miễn phí 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần.</p>	
<p>Dịch vụ nội trú tại bệnh viện tâm thần</p> <p>Các dịch vụ được bao trả phí tổn bao gồm chăm sóc sức khỏe tâm thần đòi hỏi phải nằm bệnh viện.</p> <p>Quý vị được bao trả 90 ngày nằm viện mỗi lần nằm viện nội trú được Medicare bao trả.</p> <p>Chương trình bao trả trong giới hạn 190 ngày trọn đời cho các dịch vụ chăm sóc bệnh nhân tâm thần nội trú tại bệnh viện tâm thần. Mức giới hạn 190 ngày này không áp dụng cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần nội trú được cung cấp tại khoa tâm thần của bệnh viện đa khoa. Nếu quý vị đã sử dụng một phần của phúc lợi trọn đời Medicare 190 ngày trước khi ghi danh vào chương trình của chúng tôi thì quý vị chỉ được nhận số ngày còn lại trong giới hạn số ngày trọn đời của quý vị.</p>	<p>Đối với nằm viện được Medicare bao trả, mỗi lần nằm viện:</p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần nằm viện chăm sóc sức khỏe tâm thần.</p> <p>Số Ngày Dự Trữ Trọn Đời \$0 đồng thanh toán mỗi ngày.</p> <p>Số Ngày Dự Trữ Trọn Đời là số ngày phụ trội mà chương trình sẽ chi trả khi các thành viên nằm bệnh viện nhiều hơn số ngày được bao trả bởi chương trình. Thành viên có tổng cộng 60 ngày dự trữ có thể sử dụng cho suốt đời họ.</p> <p><i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p> <p>Nếu bảo hiểm chấp thuận cho quý vị được chăm sóc nội trú tại một bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi tình trạng cấp cứu quý vị được ổn định, thì chi phí của quý vị là khoản chia sẻ chi phí mà lẽ ra quý vị phải trả tại một bệnh viện trong mạng lưới.</p>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Nằm viện nội trú: Dịch vụ được bao trả tại bệnh viện hoặc SNF trong thời gian nội trú không được bao trả</p> <p>Nếu quý vị đã hết phúc lợi nội trú, hoặc nếu nằm viện nội trú không hợp lý và cần thiết, thì chúng tôi sẽ không bao trả cho quý vị nằm viện nội trú. Tuy nhiên, trong vài trường hợp, chúng tôi sẽ bao trả cho một số dịch vụ quý vị tiếp nhận trong lúc quý vị nằm bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF). Những dịch vụ được bao trả bao gồm, nhưng không chỉ giới hạn ở:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dịch vụ bác sĩ • Xét nghiệm chẩn đoán (như xét nghiệm) • Trị liệu bằng X-quang, xạ trị bằng radium và chất đồng vị gồm các vật liệu và dịch vụ của kỹ thuật viên • Băng gạc phẫu thuật • Nẹp cố định, băng bột và các thiết bị khác được sử dụng để giảm thiểu gãy xương và trật khớp • Chân tay giả và dụng cụ chỉnh hình (khác nha khoa) thay thế toàn phần hay một phần của một cơ quan nội tạng trong cơ thể (kể cả mô tiếp giáp), hoặc toàn phần hay một phần chức năng một cơ quan nội tạng trong cơ thể bị vĩnh viễn mất chức năng hay không hoạt động được, bao gồm thay thế hoặc sửa chữa các dụng cụ như vậy • Nẹp chân, cánh tay, lưng và cổ; băng giữ và chân, cánh tay, và mắt giả bao gồm điều chỉnh, sửa chữa và thay thế cần thiết vì tình trạng gãy, mòn, mất hoặc thay đổi do thể chất của bệnh nhân • Vật lý trị liệu, âm ngữ trị liệu và trị liệu cơ năng 	<p>Các dịch vụ được liệt kê sẽ tiếp tục được bao trả với khoản chia sẻ chi phí được trình bày trong bảng phúc lợi cho dịch vụ cụ thể.</p>
<p>Bữa ăn</p> <p>Bữa ăn sau điều trị cấp tính</p> <ul style="list-style-type: none"> • Đối với thành viên xuất viện khỏi cơ sở bệnh viện nội trú, chương trình sẽ cung cấp tối đa 3 bữa ăn mỗi ngày trong 14 ngày với tổng cộng 42 bữa ăn miễn phí. Tùy vào khả năng cung cấp, quý vị có thể chọn nhận các bữa ăn tươi đông lạnh, thực phẩm có chất lượng bảo quản ổn định hoặc một hộp thức uống bổ sung dinh dưỡng. Quý vị có thể chọn nhận kết hợp các bữa ăn và thức uống bổ sung trong phạm vi hạn mức phúc lợi của mình. 	<p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi bữa ăn hoặc thức uống bổ sung dinh dưỡng sau điều trị cấp tính cần thiết về mặt y tế được chương trình bao trả.* <i>Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.</i></p>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p> Liệu pháp dinh dưỡng y tế</p> <p>Phúc lợi này dành cho những người mắc bệnh tiểu đường, bệnh thận (nhưng không lọc máu), hoặc sau khi ghép thận khi có yêu cầu của bác sĩ.</p> <p>Chúng tôi bao trả 3 giờ cho dịch vụ tư vấn tiếp xúc trực tiếp trong năm đầu tiên quý vị nhận được liệu pháp dinh dưỡng y tế qua Medicare (bao gồm chương trình chúng tôi, bất cứ chương trình Medicare Advantage nào, hoặc Original Medicare), và 2 giờ mỗi năm sau đó. Nếu bệnh lý, điều trị hay chẩn đoán dành cho quý vị thay đổi, thì quý vị có thể nhận thêm số giờ điều trị với yêu cầu của bác sĩ. Bác sĩ phải kê toa yêu cầu các dịch vụ này và gia hạn giấy yêu cầu này hàng năm nếu quý vị cần được chữa trị qua năm dương lịch tiếp theo.</p>	<p>Không có khoản 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.</p>
<p> Chương Trình Phòng Ngừa Bệnh Tiểu Đường Medicare (MDPP)</p> <p>Những người thụ hưởng Medicare đủ điều kiện sẽ được bao trả dịch vụ MDPP theo tất cả các chương trình sức khỏe Medicare.</p> <p>MDPP là sự can thiệp thay đổi sức khỏe hành vi có cấu trúc, hỗ trợ việc đào tạo thực hành về thay đổi chế độ ăn uống lâu dài, tăng hoạt động thể lực và các chiến lược giải quyết vấn đề để vượt qua những khó khăn nhằm duy trì giảm cân và có lối sống lành mạnh.</p>	<p>Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay tiền khấu trừ đối với phúc lợi MDPP.</p>
<p>Thuốc theo toa thuộc Medicare Part B</p> <p>Các thuốc này được bao trả qua Phần B của bảo hiểm Original Medicare. Các thành viên nhận bảo hiểm cho các thuốc này qua chương trình của chúng tôi. Thuốc được bao trả gồm có:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các loại thuốc thông thường không được bệnh nhân tự dùng và được tiêm hay truyền trong lúc quý vị nhận các dịch vụ bác sĩ, điều trị ngoại trú tại bệnh viện hoặc dịch vụ tại trung tâm phẫu thuật ngoại trú • Insulin được cung cấp qua một vật dụng của thiết bị y tế lâu bền (chẳng hạn như bơm insulin cần thiết về mặt y tế) • Các loại thuốc khác quý vị dùng bằng cách sử dụng thiết bị y tế lâu bền (chẳng hạn như máy phun khí dung) được chương trình cho phép • Thuốc điều trị bệnh Alzheimer, Leqembi®, (tên gốc là lecanemab), được dùng thông qua tiêm tĩnh mạch. Ngoài chi phí thuốc, quý vị có thể cần phải chụp chiếu và xét nghiệm thêm trước và/hoặc trong quá trình điều trị, từ đó có thể làm tăng chi phí tổng thể. Hãy trao đổi với bác sĩ về các xét nghiệm và chụp chiếu quý vị có thể cần phải thực hiện trong quá trình điều trị 	<p>Một số thuốc có thể phải tuân theo phương pháp trị liệu từng bước.</p> <p>Thuốc insulin thuộc Medicare Part B</p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho các thuốc insulin Phần B được 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.</p> <p><i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p> <p>Thuốc Medicare Part B khác</p>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<ul style="list-style-type: none"> • Các chất làm đông máu quý vị tự tiêm nếu mắc bệnh máu khó đông • Thuốc Cây Ghép/Ức Chế Miễn Dịch: Medicare bao trả cho liệu pháp dùng thuốc cây ghép nếu Medicare đã chi trả cho ca ghép tạng của quý vị. Quý vị phải có Phần A tại thời điểm thực hiện cây ghép được bao trả và quý vị phải có Phần B tại thời điểm quý vị dùng 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 • Thuốc chích ngừa loãng xương nếu quý vị nằm nhà điều trị, bị gãy xương mà bác sĩ chứng nhận rằng có liên quan tới chứng loãng xương hậu mãn kinh, và không thể tự dùng thuốc • Một Số Kháng Nguyên: Medicare bao trả cho kháng nguyên nếu bác sĩ chuẩn bị kháng nguyên và cá nhân được hướng dẫn đúng cách (có thể chính là quý vị, người bệnh nhân) cung cấp kháng nguyên dưới sự giám sát thích hợp • Một số loại thuốc chống ung thư dạng uống: Medicare bao trả cho một số loại thuốc chống ung thư dạng uống quý vị dùng qua đường miệng nếu loại thuốc đó có dạng tiêm hoặc thuốc đó là tiền dược (dạng thuốc uống, khi uống vào sẽ phân hủy thành chính hoạt chất có trong thuốc tiêm) của thuốc tiêm. Khi có thuốc chống ung thư dạng uống mới, Phần B có thể sẽ bao trả cho thuốc đó. Nếu Phần B không bao trả, Phần D sẽ bao trả • Thuốc chống buồn nôn dạng uống: Medicare bao trả cho thuốc chống buồn nôn dạng uống quý vị sử dụng như một phần trong phác đồ hóa trị chống ung thư nếu thuốc được dùng trước, tại thời điểm hoặc trong vòng 48 giờ thực hiện hóa trị hoặc được sử dụng như phương pháp điều trị thay thế hoàn toàn cho thuốc chống buồn nôn tiêm tĩnh mạch • Một số loại thuốc điều trị Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (ESRD) dạng uống nếu thuốc đó có dạng tiêm và phúc lợi ESRD Phần B bao trả cho thuốc đó • Thuốc calcimimetic theo hệ thống thanh toán ESRD, bao gồm thuốc tiêm tĩnh mạch Parsabiv® và thuốc dạng uống Sensipar® • Một số loại thuốc dùng để thẩm tách tại nhà, bao gồm heparin, thuốc giải độc heparin, khi cần thiết về mặt y tế, và thuốc gây tê tại chỗ 	<p>Đồng thanh toán \$0 cho Thuốc Phần B được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p> <p>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 Chấp Thuận Trước.</i></p>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<ul style="list-style-type: none"> • Chất kích thích tạo hồng cầu: Medicare bao trả cho erythropoietin dạng tiêm nếu quý vị mắc Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (ESRD) hoặc quý vị cần thuốc này để điều trị thiếu máu liên quan đến một số bệnh lý khác (như Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® hoặc Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta) • Globulin Miễn Dịch Đường Tĩnh Mạch để điều trị tại nhà cho các bệnh suy giảm miễn dịch nguyên phát • Dinh dưỡng ngoài đường ruột và trong đường ruột (cho ăn qua đường tĩnh mạch và ống thông) <p>Liên kết sau sẽ đưa quý vị đến danh sách Thuốc Phần B có thể phải tuân theo Phương Pháp Trị Liệu Từng Bước: wellcare.pahealthwellness.com/plan-benefit-materials.html.</p> <p>Chúng tôi cũng bao trả cho một số vắc-xin theo phúc lợi thuốc theo toa Phần B và hầu hết vắc-xin cho người lớn theo Phần D.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chương 5 giải thích phúc lợi Phần D cho thuốc có toa, bao gồm các quy định mà quý vị phải tuân theo để được bao trả toa thuốc. Chương 6 giải thích số tiền quý vị trả cho thuốc theo toa Phần D của quý vị thông qua chương trình của chúng tôi. 	
 <p>Sàng lọc và trị liệu bệnh béo phì để khuyến khích giảm cân lâu bền</p> <p>Nếu quý vị có chỉ số khối lượng cơ thể từ 30 trở lên, thì chúng tôi sẽ bao trả dịch vụ tư vấn chuyên sâu để giúp quý vị giảm cân. Dịch vụ tư vấn này được bao trả nếu quý vị được cung cấp dịch vụ này trong một cơ sở chăm sóc sức khỏe chính, nơi có thể phối hợp với chương trình ngừa bệnh toàn diện cho quý vị. Hãy nói chuyện với bác sĩ hoặc chuyên viên chăm sóc chính của quý vị để tìm hiểu thêm.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ đối với sàng lọc phòng ngừa và trị liệu bệnh béo phì.</p>
<p>Dịch vụ chương trình điều trị bằng opioid</p> <p>Các thành viên của chương trình bị rối loạn do sử dụng opioid (OUD) có thể được bao trả cho các dịch vụ điều trị OUD thông qua một Chương Trình Điều Trị bằng Opioid (OTP) bao gồm các dịch vụ sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thuốc điều trị hỗ trợ bằng thuốc (MAT) chủ vận và đối vận opioid được Food and Drug Administration (FDA) Hoa Kỳ phê duyệt • Cấp phát và sử dụng thuốc MAT (nếu có) • Tư vấn về rối loạn do sử dụng dược chất 	<p>Đồng thanh toán \$0 cho dịch vụ điều trị opioid được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<ul style="list-style-type: none"> • Trị liệu cá nhân hoặc theo nhóm • Kiểm tra độc chất • Hoạt động dùng thuốc • Đánh giá định kỳ 	
<p>Xét nghiệm chẩn đoán, các dịch vụ trị liệu và vật tư y tế cho bệnh nhân ngoại trú</p> <p>Các dịch vụ được bao trả gồm có, nhưng không giới hạn ở:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chụp X-quang • Xạ trị (radium và chất đồng vị) bao gồm các vật liệu và vật tư cho kỹ thuật viên • Vật tư phẫu thuật, chẳng hạn như băng gạc • Nẹp cố định, băng bột và các thiết bị khác được sử dụng để giảm thiểu gãy xương và trật khớp • Xét nghiệm • Máu - bao gồm bảo quản và truyền máu. Bao trả cho máu toàn phần và hồng cầu đóng gói sẽ bắt đầu với đơn vị thể tích máu đầu tiên mà quý vị cần. Mọi thành phần khác của máu được bao trả bắt đầu với đơn vị thể tích đầu tiên sử dụng. • Các xét nghiệm chẩn đoán khác dành cho bệnh nhân ngoại trú – Các dịch vụ chẩn đoán không phải chẩn đoán hình ảnh (ví dụ: xét nghiệm dị ứng hoặc EKG) 	<p>Đồng thanh toán \$0 cho các lần chụp X-quang được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ quang tuyến trị liệu được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho các vật tư y tế được Medicare bao trả bao gồm bó bột và nẹp. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ xét nghiệm được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ xét nghiệm máu được Medicare bao trả.</p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho các xét nghiệm và thủ thuật chẩn đoán được Medicare bao trả (ví dụ: xét nghiệm dị ứng hoặc EKG). <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<ul style="list-style-type: none"> • Các xét nghiệm chẩn đoán khác dành cho bệnh nhân ngoại trú (bao gồm cả các xét nghiệm phức tạp như CT, MRI, MRA, SPECT) - Các dịch vụ chẩn đoán hình ảnh, không bao gồm X-quang phim phẳng • Nội Soi Đại Tr tràng Để Chẩn Đoán 	<p>Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ chẩn đoán chụp X quang được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p> <p>Đối với nội soi đại tràng chẩn đoán được Medicare bao trả, xem phần “Phẫu Thuật Ngoại Trú” trong phần trước của bảng này để biết các khoản chia sẻ chi phí áp dụng cho các lần thăm khám tại trung tâm phẫu thuật ngoại trú hoặc trong một cơ sở ngoại trú bệnh viện.</p> <p>Nếu quý vị nhận nhiều dịch vụ từ cùng một danh mục dịch vụ trong một ngày tại cùng một cơ sở, quý vị sẽ phải thanh toán số đồng thanh toán tối đa cho danh mục dịch vụ tại địa điểm đó.</p> <p>Tuy nhiên, nếu phúc lợi cho một dịch vụ là đồng thanh toán (số tiền cố định) và phúc lợi cho một dịch vụ khác là đồng bảo hiểm (tỷ lệ phần trăm chi phí cho phép), quý vị có thể được yêu cầu phải trả cả khoản đồng thanh toán và đồng bảo hiểm.</p>
<p>Theo dõi ngoại trú của bệnh viện</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám dịch vụ theo dõi được Medicare bao trả.</p>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Lưu ý: Quý vị là bệnh nhân ngoại trú và phải trả số tiền chia sẻ chi phí cho dịch vụ bệnh viện ngoại trú trừ trường hợp nhà cung cấp viết chỉ định cho quý vị nhập viện như một bệnh nhân nội trú. Kể cả nếu quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú. Nếu quý vị không chắc rằng có phải mình là một bệnh nhân ngoại trú, thì quý vị nên hỏi nhân viên bệnh viện.</p> <p>Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin của Medicare tên là <i>Quý Vị Là Bệnh Nhân Nội Trú hay Ngoại Trú Tại Bệnh Viện? Nếu Quý Vị Có Medicare – Hãy hỏi!</i> Quý vị có thể tìm tờ thông tin này trên trang Web tại địa chỉ https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf hoặc gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi những số này miễn phí 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần.</p>	
<p>Dịch vụ bệnh viện cho bệnh nhân ngoại trú</p> <p>Chúng tôi bao trả cho các dịch vụ cần thiết về mặt y tế mà quý vị nhận trong khoa ngoại trú tại bệnh viện để chẩn đoán hoặc chữa trị cho một căn bệnh hoặc thương tích.</p> <p>Các dịch vụ được bao trả gồm có, nhưng không giới hạn ở:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các dịch vụ trong khoa cấp cứu hoặc phòng khám ngoại trú, như các dịch vụ theo dõi hoặc phẫu thuật ngoại trú • Các xét nghiệm của phòng xét nghiệm và chẩn đoán được bệnh viện gọi hóa đơn tính tiền • Chăm sóc sức khỏe tâm thần, bao gồm chăm sóc trong một chương trình nằm viện bán phần, nếu một bác sĩ chứng nhận rằng điều trị nội trú sẽ cần thiết nếu không chăm sóc sức khỏe tâm thần • Chụp X-quang và các dịch vụ chẩn đoán hình ảnh khác mà bệnh viện tính hóa đơn • Các vật tư y tế như nẹp và bột băng bó • Một số thuốc và sinh phẩm quý vị không tự sử dụng được <p>Lưu ý: Quý vị là bệnh nhân ngoại trú và phải trả số tiền chia sẻ chi phí cho dịch vụ bệnh viện ngoại trú trừ trường hợp nhà cung cấp viết chỉ định cho quý vị nhập viện như một bệnh nhân nội trú. Kể cả nếu quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú. Nếu quý vị không chắc rằng có phải mình là một bệnh nhân ngoại trú, thì quý vị nên hỏi nhân viên bệnh viện.</p>	<p>Quý vị thanh toán khoản tiền chia sẻ chi phí áp dụng được trình bày trong Bảng Phúc Lợi Y Tế này cho dịch vụ cụ thể.</p> <p>Nếu quý vị nhận nhiều dịch vụ từ cùng một danh mục dịch vụ trong một ngày tại cùng một cơ sở, quý vị sẽ phải thanh toán số đồng thanh toán tối đa cho danh mục dịch vụ tại địa điểm đó.</p> <p>Tuy nhiên, nếu phúc lợi cho một dịch vụ là đồng thanh toán (số tiền cố định) và phúc lợi cho một dịch vụ khác là đồng bảo hiểm (tỷ lệ phần trăm chi phí cho phép), quý vị có thể được yêu cầu phải trả cả khoản đồng thanh toán và đồng bảo hiểm.</p>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin của Medicare tên là <i>Quý Vị Là Bệnh Nhân Nội Trú hay Ngoại Trú Tại Bệnh Viện? Nếu Quý Vị Có Medicare – Hãy hỏi!</i> Quý vị có thể tìm tờ thông tin này trên trang Web tại địa chỉ https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf hoặc gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi những số này miễn phí 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần.</p>	
<p>Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú</p> <p>Các dịch vụ được bao trả gồm có:</p> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu cá nhân với một bác sĩ tâm thần được Medicare bao trả.</p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu nhóm với một bác sĩ tâm thần được Medicare bao trả.</p> <p><i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu cá nhân với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần khác được Medicare bao trả.</p> <p>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.</p> <p><i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p>


Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú</p> <p>Các dịch vụ được bao trả bao gồm: vật lý trị liệu, trị liệu cơ năng và liệu pháp ngữ âm ngữ - ngôn ngữ.</p> <p>Các dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú, được cung cấp trong các cơ sở ngoại trú, như khoa khám bệnh của bệnh viện, các văn phòng độc lập của chuyên gia trị liệu và các Cơ Sở Phục Hồi Ngoại Trú Toàn Diện (CORF).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các dịch vụ được cung cấp bởi một nhà vật lý trị liệu • Các dịch vụ được cung cấp bởi một nhà trị liệu cơ năng • Các dịch vụ được cung cấp bởi một nhà trị liệu âm ngữ - ngôn ngữ 	<p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám nhà vật lý trị liệu được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu chức năng được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám vật lý trị liệu âm ngữ - ngôn ngữ được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p>
<p>Dịch vụ điều trị ngoại trú rối loạn do sử dụng chất kích thích</p> <p>Các dịch vụ được bao trả gồm có:</p> <p>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.</p>	<p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu cá nhân được Medicare bao trả.</p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu theo nhóm được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p>
<p>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</p> <p>Lưu ý: Nếu quý vị phẫu thuật trong một cơ sở bệnh viện, quý vị nên trao đổi với nhà cung cấp của mình để xem quý vị sẽ là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú. Trừ khi 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.</p>	



Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<ul style="list-style-type: none"> • Các dịch vụ được cung cấp tại một bệnh viện ngoại trú • Các dịch vụ được cung cấp tại một trung tâm phẫu thuật ngoại trú 	<p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần khám tại một cơ sở bệnh viện ngoại trú được Medicare bao trả, bao gồm cả nội soi đại tràng chẩn đoán được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần đến khám tại trung tâm phẫu thuật ngoại trú được Medicare bao trả, bao gồm cả nội soi đại tràng chẩn đoán được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p>
<p>Dịch vụ nhập viện một phần và Dịch vụ ngoại trú chuyên sâu</p> <p><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 về hôn nhân và gia đình có giấy phép (LMFT) hoặc tư vấn viên chuyên nghiệp được cấp phép và là biện pháp thay thế cho nhập viện nội trú.</p> <p><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 mạch bác sĩ, chuyên gia trị liệu, chuyên gia trị liệu về hôn nhân và gia đình có giấy phép (LMFT) hoặc tư vấn viên chuyên nghiệp được cấp phép của quý vị nhưng ít chuyên sâu hơn so với nhập viện một phần.</p>	<p>Đồng thanh toán \$0 cho nhập viện một phần hoặc dịch vụ khám bệnh chuyên sâu được Medicare bao trả mỗi ngày. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p>
<p>Dịch vụ của bác sĩ/chuyên viên, bao gồm khám tại phòng khám bác sĩ</p> <p>Các dịch vụ được bao trả gồm có:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám tại phòng khám của PCP được Medicare bao trả.</p>


Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<ul style="list-style-type: none"> • Các dịch vụ phẫu thuật hoặc chăm sóc cần thiết về mặt y tế cung cấp bởi trung tâm phẫu thuật ngoại trú được chứng nhận, khoa ngoại trú tại bệnh viện, hay bất cứ địa điểm nào khác • Tư vấn, chẩn đoán và điều trị của bác sĩ chuyên khoa • Các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác • Khám căn bản về thính lực và thăng bằng do PCP của quý vị hoặc bác sĩ chuyên khoa thực hiện nếu bác sĩ yêu cầu làm vậy để xem quý vị có cần điều trị y tế không • Một số dịch vụ chăm sóc từ xa, bao gồm các Dịch Vụ Cần Thiết Khẩn Cấp, Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Tại Nhà, Bác Sĩ Chăm Sóc Chính, Trị Liệu Cơ Năng, Bác Sĩ Chuyên Khoa, Các Buổi Chăm Sóc Sức Khỏe Tâm Thần Cho Cá Nhân và Nhóm, Dịch Vụ Điều Trị Bàn Chân, Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe Khác, Các Buổi Điều Trị Tâm Thần Cho Cá Nhân và Nhóm, Dịch Vụ Vật Lý Trị Liệu và Trị Liệu Bệnh Lý Âm Ngữ-Ngôn Ngữ, Các Buổi Điều Trị Lạm Dụng Chất Kích Thích Ngoại Trú Cho Cá Nhân và Nhóm và Đào Tạo Giúp Tự Kiểm Soát Bệnh Tiểu Đường. <ul style="list-style-type: none"> ○ Quý vị có thể chọn nhận những dịch vụ này qua thăm khám trực tiếp hoặc qua khám sức khỏe từ xa. Nếu chọn nhận một trong những dịch vụ này qua dịch vụ y tế từ xa, quý vị phải sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới cung cấp dịch vụ y tế từ xa. 	<p>Xem phần “Phẫu Thuật Ngoại Trú” trong phần trước của bảng này để biết các khoản chia sẻ chi phí áp dụng cho các lần thăm khám tại trung tâm phẫu thuật ngoại trú hoặc trong một cơ sở ngoại trú bệnh viện.</p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám bác sĩ chuyên khoa được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ khám tai được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ thăm khám trực tuyến được thực hiện qua Teladoc.</p> <p>Xin lưu ý: Đồng thanh toán \$0 ở trên chỉ áp dụng khi các dịch vụ được nhận từ Teladoc. Nếu quý vị nhận được các dịch vụ chăm sóc y tế từ xa hoặc trực tiếp từ một nhà cung cấp trong mạng lưới chứ không phải từ nhà cung cấp dịch vụ thăm khám trực tuyến, quý vị sẽ thanh toán khoản chia sẻ chi phí được liệt kê cho những nhà cung cấp đó như được nêu trong</p>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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. <p>Buổi thăm khám trực tuyến (hay còn gọi là tư vấn y tế từ xa) là buổi thăm khám với bác sĩ qua điện thoại hoặc internet bằng điện thoại thông minh, máy tính bảng hoặc máy tính. Một số loại thăm khám nhất định có thể cần đến internet và thiết bị có camera.</p> <p>Để biết thêm thông tin hoặc để lên lịch hẹn, hãy gọi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Teladoc theo số 1-800-835-2362 (TTY: 711) 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. <ul style="list-style-type: none"> • Một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa bao gồm tư vấn, chẩn đoán và điều trị bởi các bác sĩ hoặc chuyên viên cho bệnh nhân ở một số vùng nông thôn hoặc các địa điểm khác được Medicare chấp thuận • Dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa cho thăm khám liên quan đến bệnh thận giai đoạn cuối hàng tháng dành cho thành viên lọc máu tại nhà trong trung tâm lọc máu thuộc bệnh viện hoặc bệnh viện nông thôn, cơ sở lọc thận hoặc nhà của thành viên • Dịch vụ khám sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá hoặc điều trị các triệu chứng của đột quỵ bất kể quý vị ở đâu • Dịch vụ khám sức khỏe từ xa cho các thành viên bị rối loạn do sử dụng chất kích thích hoặc rối loạn sức khỏe tâm thần xảy ra đồng thời bất kể họ ở đâu • Dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá và điều trị các rối loạn sức khỏe tâm thần nếu: <ul style="list-style-type: none"> ○ Quý vị có thăm khám trực tiếp trong vòng 6 tháng trước lần thăm khám sức khỏe từ xa đầu tiên ○ Quý vị có thăm khám trực tiếp 12 tháng một lần trong khi nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa này ○ Có thể thực hiện trường hợp ngoại lệ đối với một số trường hợp nhất định 	<p>bảng phúc lợi này (ví dụ: nếu quý vị nhận các dịch vụ khám sức khỏe từ xa từ PCP, quý vị sẽ trả khoản chia sẻ chi phí PCP).</p> <p><i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<ul style="list-style-type: none"> • Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa để thăm khám sức khỏe tâm thần do Phòng Khám Sức Khỏe Nông Thôn và Trung Tâm Sức Khỏe Tiêu Chuẩn Liên Bang cung cấp • Kiểm tra sức khỏe trực tuyến (ví dụ như qua điện thoại hoặc trò chuyện qua video) với bác sĩ trong 5-10 phút <u>nếu</u>: <ul style="list-style-type: none"> ○ Quý vị không phải là bệnh nhân mới và ○ Lần kiểm tra sức khỏe này không liên quan đến lần khám tại phòng khám trong 7 ngày qua và ○ Lần kiểm tra sức khỏe này không dẫn đến lần khám tại phòng khám trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn sớm nhất có thể • 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>: <ul style="list-style-type: none"> ○ Quý vị không phải là bệnh nhân mới và ○ Đánh giá này không dẫn đến việc thăm khám tại phòng khám trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn sớm nhất có thể • Hội chẩn giữa bác sĩ của quý vị với các bác sĩ khác qua điện thoại, internet hoặc hồ sơ sức khỏe điện tử • Ý kiến thứ hai từ nhà cung cấp trong mạng lưới khác trước khi phẫu thuật • Chăm sóc răng không định kỳ (các dịch vụ được bao trả giới hạn trong phẫu thuật hàm hoặc các cấu trúc liên quan, cố định chỗ gãy xương hàm hoặc xương mặt, nhổ răng để chuẩn bị hàm cho xạ trị bệnh ung thư hoặc các dịch vụ sẽ được bao trả khi được cung cấp bởi một bác sĩ) 	<p>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).</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ nha khoa được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p>


Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
	<p>Ngoài các khoản chia sẻ chi phí nêu trên, sẽ có khoản đồng thanh toán và/hoặc đồng bảo hiểm dành cho Dịch Vụ được Medicare bao trả Cần Thiết Về Mặt Y Tế đối với Thiết Bị Y Tế Lâu Bền và vật tư, thiết bị và vật tư bộ phận cơ thể giả, xét nghiệm chẩn đoán và dịch vụ điều trị 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 mô tả trong Bảng Phúc Lợi này.</p>
<p>Dịch vụ điều trị bệnh chân</p> <p>Các dịch vụ được bao trả gồm có:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chẩn đoán và điều trị nội khoa hay ngoại khoa cho các thương tích và bệnh về bàn chân (chẳng hạn ngón chân khoằm hay gai gót chân) • Chăm sóc bàn chân định kỳ cho các thành viên có một số bệnh lý ảnh hưởng đến chi dưới 	<p>Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ điều trị bàn chân được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p>
<p> Khám tầm soát ung thư tuyến tiền liệt</p> <p>Cho nam giới 50 tuổi trở lên, các dịch vụ được bao trả gồm mục sau đây, 12 tháng một lần:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Khám trực tràng kỹ thuật số • Xét nghiệm Kháng Nguyên Đặc Hiệu Tuyến Tiền Liệt (PSA) 	<p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần khám trực tràng kỹ thuật số hàng năm được Medicare bao trả.</p> <p>Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay tiền khấu trừ cho một xét nghiệm PSA hàng năm.</p>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Thiết bị giả và dụng cụ chỉnh hình và vật tư liên quan</p> <p>Dụng cụ (ngoài dụng cụ nha khoa) để thay thế toàn phần hoặc một phần cho một bộ phận hay chức năng cơ thể. Các dụng cụ này bao gồm, nhưng không giới hạn ở: dùng thử, gắn hoặc đào tạo sử dụng thiết bị giả và dụng cụ chỉnh hình, cũng như là: túi hậu môn nhân tạo và vật dụng liên quan trực tiếp đến việc chăm sóc phẫu thuật tạo túi hậu môn giả, máy tạo nhịp tim, nẹp, giày chỉnh hình, chân tay giả và vú giả (bao gồm nịt ngực phẫu thuật sau thủ thuật cắt bỏ vú).</p> <p>Bao gồm một số vật tư y tế liên quan tới các thiết bị giả và dụng cụ chỉnh hình, và sửa chữa và/hoặc thay thế các thiết bị giả và dụng cụ chỉnh hình. Ngoài ra còn bao gồm một số khoản bảo hiểm sau loại bỏ đục thủy tinh thể hoặc phẫu thuật đục thủy tinh thể - xem Chăm Sóc Thị Lực ở phần sau bảng này để biết thêm chi tiết.</p>	<p>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 Chấp Thuận Trước.</i></p> <p>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 Chấp Thuận Trước.</i></p>
<p>Các dịch vụ phục hồi chức năng phổi</p> <p>Các chương trình toàn diện để phục hồi chức năng phổi được bao trả cho các thành viên bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) ở mức độ từ trung bình tới nặng, và bác sĩ điều trị bệnh hô hấp mạn tính ký giấy chỉ định phục hồi chức năng phổi.</p>	<p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám dịch vụ phục hồi chức năng phổi được Medicare bao trả.</p>
<p> Khám sàng lọc bệnh và tư vấn giảm thiểu lạm dụng bia rượu</p> <p>Chúng tôi bao trả cho một lần khám sàng lọc lạm dụng bia rượu cho người lớn có Medicare (bao gồm cả phụ nữ mang thai) lạm dụng bia rượu, nhưng không phải là người phụ thuộc vào bia rượu.</p> <p>Nếu bác sĩ sàng lọc thấy quý vị có lạm dụng rượu bia, mỗi năm quý vị có thể tham gia 4 buổi tư vấn ngắn gọn trực tiếp (nếu quý vị có đủ năng lực và tỉnh táo trong buổi tư vấn) do bác sĩ hoặc chuyên viên chăm sóc chính đủ điều kiện cung cấp tại cơ sở chăm sóc chính.</p>	<p>Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khấu trừ cho phúc lợi phòng ngừa khám sàng lọc và tư vấn được Medicare bao trả nhằm giảm tình trạng lạm dụng bia rượu.</p>
<p> Tầm soát ung thư phổi bằng chụp cắt lớp vi tính liều thấp (LDCT)</p> <p>Với những người đủ điều kiện, LDCT sẽ được bao trả 12 tháng một lần.</p> <p>Thành viên đủ điều kiện là: những người từ 50 đến 77 tuổi không có dấu hiệu hoặc triệu chứng ung thư phổi, nhưng có tiền sử hút thuốc lá ít nhất 20 gói/năm và hiện đang hút thuốc hoặc đã bỏ thuốc lá trong vòng 15 năm qua, những người được chỉ định làm LDCT trong lần khám tư vấn và cùng đưa ra quyết định về tầm soát ung thư phổi tuân theo các tiêu chuẩn của Medicare cho lần khám đó và được cung cấp bởi bác sĩ hoặc chuyên viên đủ điều kiện không phải bác sĩ.</p>	<p>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.</p>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p><i>Đối với việc khám tầm soát ung thư phổi LDCT sau khi sàng lọc LDCT lần đầu:</i> thành viên phải nhận được chỉ định khám tầm soát ung thư phổi LDCT, 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.</p>	
<p> Khám sàng lọc các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI) và tư vấn để phòng ngừa STI</p> <p>Chúng tôi bao trả khám sàng lọc bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI) để phát hiện bệnh chlamydia, lậu, giang mai và Viêm Gan B. Những lần khám sàng lọc này được bao trả cho phụ nữ mang thai và một số người có nguy cơ mắc STI tăng cao khi các bác sĩ chăm sóc chính yêu cầu xét nghiệm. Chúng tôi bao trả cho các xét nghiệm này 12 tháng một lần hoặc tại một số thời điểm trong thai kỳ.</p> <p>Chúng tôi cũng bao trả cho tối đa 2 buổi tư vấn chuyên sâu cao về hành vi, trực tiếp từ 20 tới 30 phút mỗi năm cho người lớn có sinh hoạt tình dục, bị tăng nguy cơ mắc bệnh STI. Chúng tôi sẽ chỉ bao trả cho các buổi tư vấn như một dịch vụ phòng ngừa nếu các buổi này được cung cấp bởi một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính và diễn ra trong cơ sở chăm sóc chính, như một phòng khám bác sĩ.</p>	<p>Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khấu trừ cho tư vấn phúc lợi phòng ngừa STI và khám sàng lọc STI được Medicare bao trả.</p>
<p>Dịch vụ điều trị bệnh thận</p> <p>Các dịch vụ được bao trả gồm có:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các dịch vụ giáo dục về bệnh thận để chỉ dẫn cách chăm sóc thận và giúp các thành viên đưa ra quyết định có hiểu biết về việc chăm sóc sức khỏe cho mình. Đối với các thành viên bị bệnh thận mạn tính giai đoạn IV, khi được giới thiệu từ bác sĩ quý vị, chúng tôi bao trả tối đa sáu buổi dịch vụ giáo dục về bệnh thận cho cả đời. • Các buổi điều trị lọc máu cho bệnh nhân ngoại trú (bao gồm điều trị lọc máu 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) 	<p>Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ giáo dục về bệnh thận được Medicare bao trả.</p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho các điều trị lọc thận ngoại trú được Medicare bao trả.</p>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<ul style="list-style-type: none"> • Các buổi điều trị lọc máu cho bệnh nhân nội trú (nếu quý vị được nhập viện như một bệnh nhân nội trú tại một bệnh viện để được chăm sóc đặc biệt) • Đào tạo để tự lọc máu (bao gồm đào tạo cho quý vị và bất cứ ai giúp đỡ quý vị thực hiện điều trị lọc máu tại nhà) • Thiết bị và vật tư thẩm tách tại nhà • Một số dịch vụ hỗ trợ tại nhà (chẳng hạn như chuyên viên được đào tạo về lọc máu đến kiểm tra việc lọc máu tại nhà quý vị khi cần thiết, giúp đỡ trong trường hợp cấp cứu và kiểm tra thiết bị lọc máu và nguồn cung cấp nước) <p>Một số thuốc dùng để lọc máu được bao trả theo phúc lợi thuốc Medicare Part B. Để biết thông tin về mức bao trả cho Thuốc Phần B, vui lòng xem phần Thuốc theo toa Medicare Part B.</p>	<p>Xem “Chăm Sóc Tại Bệnh Viện Cho Bệnh Nhân Nội Trú” để biết các khoản chia sẻ chi phí áp dụng cho việc điều trị lọc máu dành cho bệnh nhân nội trú.</p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho việc đào tạo tự thẩm tách được Medicare bao trả.</p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi thiết bị lọc máu tại nhà được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho vật tư thẩm tách được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ hỗ trợ tại nhà được Medicare bao trả.</p>
<p>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).</p>	<p>Đối với nằm viện được Medicare bao trả, mỗi lần nằm viện: Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần nằm tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn được Medicare bao trả. Quý vị thanh toán tất cả chi phí cho mỗi ngày sau ngày 100.</p>


Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Quý vị được bao trả 100 ngày mỗi lần nhập viện/nằm tại SNF. Không đòi hỏi nằm bệnh viện trước đó.</p> <p>Những dịch vụ được bao trả bao gồm, nhưng không chỉ giới hạn ở:</p> <ul style="list-style-type: none">• Phòng nằm chung (hoặc một phòng riêng, nếu cần thiết về mặt y tế)• Ăn uống, bao gồm cả chế độ ăn đặc biệt• Dịch vụ điều dưỡng chuyên môn• Vật lý trị liệu, trị liệu cơ năng và âm ngữ trị liệu• Thuốc được sử dụng cho quý vị như một phần của chương trình chăm sóc sức khỏe quý vị (Điều này bao gồm các chất hiện hữu tự nhiên trong cơ thể, như các yếu tố đông máu).• Máu - bao gồm bảo quản và truyền máu. Bao trả cho máu toàn phần và hồng cầu đóng gói sẽ bắt đầu với đơn vị thể tích máu đầu tiên mà quý vị cần. Mọi thành phần khác của máu được bao trả bắt đầu với đơn vị thể tích đầu tiên sử dụng.• Thông thường, các vật tư y tế và phẫu thuật do SNF cung cấp• Các xét nghiệm thường được SNF cung cấp• Việc chụp X-quang và các dịch vụ chẩn đoán hình ảnh khác thường được SNF cung cấp• Sử dụng các vật dụng như xe lăn, thường được các SNF cung cấp• Các dịch vụ Bác Sĩ/Chuyên Viên <p>Nói chung, quý vị sẽ được SNF chăm sóc sức khỏe từ các cơ sở trong mạng lưới bảo hiểm. Tuy nhiên, trong một số trường hợp nhất định liệt kê bên dưới, quý vị có thể 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.</p> <ul style="list-style-type: none">• Một viện dưỡng lão hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc thường xuyên, nơi quý vị sinh sống trước khi tới bệnh viện (miễn là có cung cấp dịch vụ chăm sóc của cơ sở điều dưỡng chuyên môn)• SNF nơi vợ/chồng hoặc bạn đời quý vị đang sống tại thời điểm quý vị xuất viện	<p><i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p> Cai thuốc lá và bỏ hút thuốc (tư vấn ngừng hút hoặc ngừng dùng thuốc lá)</p> <p><u>Nếu quý vị sử dụng thuốc lá, nhưng không có dấu hiệu hoặc triệu chứng mắc các bệnh liên quan đến thuốc lá:</u> Chúng tôi bao trả hai đợt tư vấn bỏ thuốc trong vòng 12 tháng như một dịch vụ phòng ngừa miễn phí cho quý vị. Mỗi đợt tư vấn bao gồm tối đa bốn lần gặp mặt trực tiếp.</p> <p><u>Nếu quý vị hút thuốc lá và đã được chẩn đoán mắc bệnh liên quan đến thuốc lá hoặc đang dùng thuốc có thể bị ảnh hưởng bởi thuốc lá:</u> Chúng tôi bao trả cho các dịch vụ tư vấn bỏ hút thuốc lá. Chúng tôi bao trả cho hai đợt tư vấn bỏ hút thuốc trong thời gian 12 tháng; tuy nhiên, quý vị sẽ trả khoản chia sẻ chi phí được áp dụng. Mỗi đợt tư vấn bao gồm tối đa bốn lần gặp mặt trực tiếp.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho các phúc lợi phòng ngừa bệnh khi ngừng hút thuốc và sử dụng thuốc lá được Medicare bao trả.</p>
<p>Nền Tảng Hỗ Trợ Xã Hội</p> <p>Chương trình của chúng tôi cung cấp nền tảng hỗ trợ xã hội trực tuyến để hỗ trợ cho sức khỏe tổng thể của quý vị. Quý vị được tiếp cận với các hoạt động cộng đồng, trị liệu và các nguồn lực do chương trình tài trợ để giúp kiểm soát căng thẳng và lo âu. Nền tảng này giúp quý vị dễ dàng tham gia và tiếp tục để duy trì hành trình sức khỏe hành vi lành mạnh. Nền tảng sẵn có trực tuyến 24/7 nên quý vị có thể sử dụng bất cứ khi nào quý vị muốn.</p> <p>Nền tảng Twill bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Dành Riêng: Truy cập các chương trình tự hướng dẫn kéo dài 4 tuần được Twill Therapeutics thiết kế riêng nhằm nâng cao sức khỏe thể chất và tinh thần, kết hợp thông tin chuyên sâu từ các chuyên gia về lão hóa khỏe mạnh để hỗ trợ cụ thể cho thành viên. Thực hiện chương trình theo tốc độ riêng của quý vị và theo dõi tiến trình để theo dõi những cải thiện về sức khỏe. • Hỗ Trợ Từ Người Đồng Cấp Và Chuyên Gia: Kết nối với Twill Care trong không gian cộng đồng ôn hòa để tương tác với những người đồng cấp và chuyên gia y tế. Có được quyền truy cập vào các bài viết được phê duyệt về mặt lâm sàng và nhận được các khuyến cáo dành riêng về dịch vụ Wellcare bổ sung dựa trên tương tác và nhu cầu xác định của quý vị. • Công Cụ Sức Khỏe Kỹ Thuật Số Cá Nhân Hóa: Tham gia các hoạt động tương tác, thiền định và trò chơi dựa trên liệu pháp hành vi nhận thức, chánh niệm và tâm lý học tích cực. Các công cụ này giải quyết các chủ đề quan trọng như lão hóa khỏe mạnh, quản lý tình trạng cô lập, việc chăm sóc, nỗi đau buồn và tìm kiếm mục đích trong quá trình lão hóa, v.v. 	<p>Đồng thanh toán \$0 cho nền tảng hỗ trợ xã hội.*</p>


Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Thành viên có thể truy cập nền tảng bằng cách đăng nhập vào cổng thông tin thành viên member.membersecurelogin.com hoặc gọi đến Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Sau khi đăng ký, quý vị có thể truy cập trực tiếp vào nền tảng bất kỳ lúc nào từ máy tính, máy tính bảng hoặc điện thoại thông minh.</p>	
<p>Liệu Pháp Tập Thể Dục Có Giám Sát (SET)</p> <p>SET được bao trả cho những thành viên có triệu chứng của bệnh động mạch ngoại biên (PAD).</p> <p>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.</p> <p>Chương trình SET phải:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bao gồm các buổi tập kéo dài 30-60 phút, gồm một chương trình đào tạo tập thể dục trị liệu PAD ở những bệnh nhân bị đau chân • Được thực hiện tại phòng khám của bệnh viện dành cho bệnh nhân ngoại trú hoặc phòng khám của bác sĩ • Được thực hiện bởi nhân viên phụ trợ có trình độ cần thiết để đảm bảo rằng lợi nhiều hơn hại và là những người được đào tạo về liệu pháp tập thể dục cho PAD • Dưới sự giám sát trực tiếp của bác sĩ, phụ tá bác sĩ hoặc chuyên viên điều dưỡng/chuyên gia điều dưỡng lâm sàng, những người phải được đào tạo về các kỹ thuật hỗ trợ sự sống cơ bản và nâng cao <p>SET có thể được bao trả thêm 36 buổi bổ sung trong một khoảng thời gian dài ngoài 36 buổi trong 12 tuần nếu được coi là cần thiết về mặt y tế bởi một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.</p>	<p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám liệu pháp tập thể dục được Medicare bao trả.</p>
<p>Dịch vụ vận chuyển (định kỳ bổ sung)</p> <p>Chương trình của chúng tôi bao trả cho tổng cộng 60 chuyến vận chuyển mặt đất không cấp cứu một chiều trong khu vực dịch vụ của chúng tôi mỗi năm. Phúc lợi này giúp quý vị nhận được dịch vụ và chăm sóc cần thiết. Quý vị có thể đi đến các địa điểm chăm sóc sức khỏe như bác sĩ, bác sĩ chuyên khoa và nha sĩ.</p> <p>Đi xe (hay còn gọi là “chuyến đi”) được giới hạn trong 75 dặm một chiều và tối đa 4 chuyến đi một chiều mỗi ngày.</p> <p>Để đặt chuyến đi, hãy gọi số dịch vụ vận chuyển ở mặt sau thẻ ID thành viên của quý vị. Để được chăm sóc định kỳ, hãy gọi trước tối đa 1 tháng và ít nhất 3 ngày. Các chuyến đi trong ngày tùy thuộc vào tình trạng sẵn có.</p>	<p>Đồng thanh toán \$0 mỗi chuyến đi.*</p> <p>Một chuyến đi có nghĩa là vận chuyển một chiều bằng taxi, xe van hoặc dịch vụ đi chung xe đến một địa điểm chăm sóc sức khỏe. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Các chuyến đi bao gồm taxi, xe khách, xe van cho xe lăn, và các dịch vụ đi chung xe (như Uber hoặc Lyft) nhằm đáp ứng nhu cầu sức khỏe của quý vị.</p> <p>Để được chương trình bao trả, quý vị phải sử dụng phúc lợi này để đi đến các cơ sở chăm sóc sức khỏe. Có thể cùng lúc có nhiều thành viên đi cùng chuyến và phải dừng tại các địa điểm không phải điểm đến của quý vị trong chuyến đi. Hãy nhớ đề cập mọi nhu cầu bổ sung như sử dụng xe lăn hoặc sở thích, chẳng hạn như cần thêm thời gian để bắt xe khi đặt trước.</p>	
<p>Các dịch vụ cần thiết khẩn cấp</p> <p>Dịch vụ được chương trình bao trả yêu cầu phải được chăm sóc y tế ngay nhưng không phải cấp cứu là dịch vụ cần thiết khẩn cấp nếu quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc thậm chí nếu quý vị ở trong khu vực dịch vụ của chương trình thì việc nhận dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới có hợp đồng với chương trình là không hợp lý xét theo thời gian, địa điểm và hoàn cảnh của quý vị. 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 bao gồm bệnh và chấn thương y tế không lường trước được hoặc cơn phát bệnh bất ngờ của bệnh lý hiện hữu. Tuy nhiên, các lần thăm khám định kỳ cần thiết về mặt y tế tại nhà cung cấp dịch vụ như kiểm tra sức khỏe hàng năm không được xem là cần thiết khẩn cấp ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc mạng lưới chương trình tạm thời không khả dụng.</p> <p>Có bao trả cho các dịch vụ cần thiết khẩn cấp bên ngoài Hoa Kỳ.</p>	<p>Đồng thanh toán \$0 cho các lần thăm khám dịch vụ cần thiết khẩn cấp được Medicare bao trả.</p> <p>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.</p>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Mô Hình Thiết Kế Bảo Hiểm Dựa Trên Giá Trị (VBID)</p> <p>Vì chương trình của quý vị tham gia vào Chương Trình Thiết Kế Bảo Hiểm Dựa Trên Giá Trị, quý vị cũng có thể sử dụng trợ cấp Wellcare Spendables™ của mình cho bất kỳ phúc lợi nào hiển thị dưới đây. Quý vị phải tiếp tục ghi danh vào chương trình này và đủ điều kiện hưởng LIS để được nhận phúc lợi VBID. Khoản trợ cấp này được kết hợp với phúc lợi Danh Mục Không kê Toa (OTC) của quý vị. Xem phúc lợi Wellcare Spendables™ trong bảng này để biết thêm thông tin.</p> <ul style="list-style-type: none">• Sử dụng thẻ trả tiền bơm xăng tại trạm<p>Quý vị có thể sử dụng thẻ để thanh toán tiền xăng lúc bơm tại các điểm có tham gia chương trình. Không thể sử dụng thẻ này để trực tiếp thanh toán bằng máy tính tiền. Chỉ có thể sử dụng thẻ của quý vị để bơm xăng tối đa đến số tiền hạn mức có sẵn.</p>• Thực Phẩm Lành Mạnh<p>Quý vị có thể dùng thẻ mua thực phẩm và sản phẩm lành mạnh tại cửa hàng bán lẻ đối tác. Có thể đặt suất ăn chuẩn bị sẵn qua cổng trực tuyến. Không thể dùng thẻ để mua thuốc lá hoặc rượu. Các vật phẩm được phê duyệt bao gồm:</p><ul style="list-style-type: none">○ Thịt và gia cầm○ Trái cây và rau củ○ Đồ uống dinh dưỡng<p>Sử dụng tính năng quét mã vạch trong ứng dụng của quý vị để tìm các vật phẩm được phê duyệt tại các địa điểm bán lẻ, đăng nhập vào cổng thông tin thành viên hoặc tham khảo catalog.</p>• Vật Dụng Cải Thiện Nhà Ở và An Toàn<p>Quý vị có thể sử dụng thẻ để hỗ trợ chi phí cải thiện nhà ở và an toàn. Đăng nhập vào cổng thông tin thành viên để mua các vật phẩm được chấp nhận. Các vật phẩm được phê duyệt bao gồm:</p><ul style="list-style-type: none">○ Thanh vịn hoặc tay nắm cửa và lớp phủ sàn chống trượt○ Ghế an toàn và dụng cụ hỗ trợ điều chỉnh phòng tắm○ Máy điều hòa không khí di động và sản phẩm cải thiện chất lượng không khí○ Vật tư kiểm soát côn trùng và sâu bệnh	

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<ul style="list-style-type: none"> • 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 thành viên để thanh toán cho nhà cung cấp hoặc thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp tại nơi có chấp nhận thanh toán. • Hỗ Trợ Chi Phí Tiện Ích Quý vị có thể sử dụng thẻ để hỗ trợ chi phí tiện ích cho nhà quý vị. Đăng nhập vào cổng thông tin thành viên hoặc thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp dịch vụ tiện ích tại nơi có chấp nhận thanh toán. Không thể dùng thẻ để cài đặt thanh toán định kỳ tự động. Các chi phí được phê duyệt cho phúc lợi này bao gồm: <ul style="list-style-type: none"> ○ Các dịch vụ tiện ích như điện, gas, vệ sinh/rác thải và nước ○ Dịch vụ điện thoại cố định và điện thoại di động ○ Dịch vụ Internet ○ Dịch vụ truyền hình cáp (không bao gồm dịch vụ phát trực tiếp) ○ Một số chi phí xăng dầu nhất định, chẳng hạn như dầu cho lò sưởi trong nhà 	
<p> Chăm sóc thị lực</p> <p>Các dịch vụ được bao trả gồm có:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dịch vụ bác sĩ ngoại trú cho chẩn đoán và điều trị bệnh và thương tích của mắt, bao gồm điều trị thoái hóa điểm vàng vì tuổi tác. Original Medicare không bao trả chi phí khám mắt định kỳ (khúc xạ ở mắt) để lấy kính/kính áp tròng • Đối với những người có nguy cơ cao mắc bệnh tăng nhãn áp, chúng tôi sẽ bao trả cho một lần khám sàng lọc bệnh tăng nhãn áp mỗi năm. Những người có rủi ro cao bị bệnh tăng nhãn áp: những người với gia đình có tiền sử bệnh tăng nhãn áp, người mắc bệnh tiểu đường, người Mỹ gốc Phi châu 50 tuổi trở lên và người Mỹ gốc Tây Ban Nha từ 65 tuổi trở lên • Đối với những người bị tiểu đường, khám sàng lọc bệnh võng mạc đái tháo đường được bao trả mỗi năm một lần 	<p>Đồng thanh toán \$0 cho tất cả các lần khám mắt khác để chẩn đoán và chữa bệnh cho mắt. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho khám sàng lọc tăng nhãn áp được Medicare bao trả.</p> <p>Đồng thanh toán \$0 khi khám võng mạc được Medicare bao trả cho thành viên bệnh tiểu đường. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<ul style="list-style-type: none"> Một cặp mắt kính hoặc kính áp tròng, sau mỗi cuộc giải phẫu thủy tinh thể bị đục, kể cả đặt một tròng kính bên trong mắt. (Nếu quý vị có 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 kính sau lần giải phẫu thứ hai). <p>Ngoài ra, chương trình của chúng tôi bao trả cho dịch vụ khám mắt bổ sung (tức là định kỳ) sau đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 lần khám mắt định kỳ mỗi năm. Khám mắt định kỳ bao gồm kiểm tra tăng nhãn áp cho những người có nguy cơ bị tăng nhãn áp và khám võng mạc cho người bị bệnh tiểu đường. Không giới hạn số cặp kính mắt theo toa mỗi năm với phúc lợi tối đa là \$600 mỗi năm. Kính mắt được bao trả bao gồm bất kỳ: <ul style="list-style-type: none"> Mắt kính (gọng kính và tròng kính) hoặc Chỉ tròng kính hoặc Chỉ gọng kính hoặc Kính áp tròng thay vì mắt kính hoặc Nâng cấp thiết bị nhãn khoa <p>Lưu ý: Chương trình bao trả phí lắp kính áp tròng.</p> <p>Số tiền bảo hiểm phúc lợi tối đa của chương trình là \$600 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).*</p> <p>Không bao gồm mắt kính được Medicare bao trả, theo mức phúc lợi tối đa phụ trội (ví dụ: khám định kỳ). Thành viên không được sử dụng phúc lợi về kính mắt bổ sung để tăng mức bảo hiểm cho kính mắt được Medicare bao trả.</p> <p>Lưu ý: Bảo hiểm cho các dịch vụ thị lực định kỳ là một phúc lợi bổ sung do chương trình cung cấp. Cả Medicare hoặc Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) sẽ không thanh toán phần chia sẻ chi phí của quý vị cho những dịch vụ này.</p> <p>Phải nhận dịch vụ thị lực thông qua mạng lưới chăm sóc thị lực của chương trình. Đối với các câu hỏi về cách tìm nhà cung cấp hoặc để biết thêm thông tin, hãy gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.</p>	<p>Đồng thanh toán \$0 cho kính mắt được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p> <p>Khám mắt bổ sung (nghĩa là định kỳ):</p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho 1 lần khám mắt định kỳ mỗi năm.* <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho mắt kính.* <i>Có thể yêu cầu Sự Chấp Thuận Trước.</i></p>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p> Khám phòng bệnh dịp Chào mừng tham gia Medicare</p> <p>Chương trình bao trả cho thăm khám phòng bệnh <i>Chào mừng tham gia Medicare</i> một lần. Lần khám này gồm có đánh giá sức khỏe quý vị, cũng như giáo dục và tư vấn về các dịch vụ phòng bệnh mà quý vị cần (bao gồm một số loại sàng lọc bệnh và chích ngừa (hoặc tiêm vắc-xin)) và giới thiệu tới dịch vụ y tế khác nếu cần.</p> <p>Quan trọng: Chúng tôi bao trả cho thăm khám phòng bệnh <i>Chào mừng tham gia 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 tham gia Medicare</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> EKG được Medicare bao trả sau lần khám Dịch Vụ Phòng Bệnh <i>Chào mừng tham gia Medicare</i>. 	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ khi khám phòng bệnh vào dịp <i>Chào mừng tham gia Medicare</i>.</p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho mỗi EKG được Medicare bao trả sau <i>Lần Khám Phòng Bệnh Chào mừng tham gia Medicare</i>.</p>
<p>Wellcare Spendables™</p> <p>Quý vị sẽ nhận được \$192 hàng tháng nạp trước vào thẻ Wellcare Spendables™ của quý vị.</p> <ul style="list-style-type: none"> Trợ cấp hàng tháng sẽ chuyển sang tháng tiếp theo nếu chưa sử dụng và hết hạn vào cuối năm chương trình. <p>Có thể sử dụng trợ cấp trong thẻ của quý vị cho:</p> <p>Vật phẩm Không Kê Toa (OTC):</p> <p>Thẻ của quý vị có thể được sử dụng tại các địa điểm bán lẻ tham gia chương trình, qua ứng dụng di động hoặc đăng nhập vào cổng thông tin thành viên của quý vị để đặt đơn hàng giao hàng tại nhà.</p> <p>Các vật phẩm được bao trả gồm có:</p> <ul style="list-style-type: none"> Các vật phẩm không kê toa chính hiệu và gốc Vitamin, thuốc giảm đau, vật phẩm cho bệnh cảm cúm và dị ứng, vật phẩm cho bệnh tiểu đường Sử dụng tính năng quét mã vạch trong ứng dụng của quý vị để tìm các vật phẩm được phê duyệt tại các địa điểm bán lẻ, hoặc đăng nhập vào cổng thông tin thành viên của quý vị hoặc tham khảo catalog của quý vị. 	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ cho thẻ Wellcare Spendables™.</p> <p>Có thể áp dụng mức phí tối thiểu \$35 cho một số đơn hàng để đủ điều kiện được miễn phí vận chuyển. Không có yêu cầu tối thiểu đối với việc mua tại cửa hàng.</p>

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Lưu ý: Trong một số trường hợp, thiết bị chẩn đoán và dụng cụ hỗ trợ cai thuốc lá được bao trả trong phúc lợi y tế của chương trình. Quý vị nên (khi có thể) sử dụng các phúc lợi y tế của chương trình của chúng tôi trước khi tiêu khoản trợ cấp OTC cho những vật phẩm này.</p> <p><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 phúc lợi nào dưới đây:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sử dụng thẻ trả tiền bơm xăng tại trạm • Thực Phẩm Lành Mạnh • Mặt Hàng Cải Thiện Nhà Ở và An Toàn • Hỗ Trợ Tiền Thuê Nhà • Hỗ Trợ Chi Phí Tiện Ích <p>Tham khảo Mô Hình Thiết Kế Bảo Hiểm Dựa Trên Giá Trị (VBID) trong bảng này để biết thêm thông tin về các phúc lợi này.</p> <p><u>Cách sử dụng thẻ:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kích hoạt thẻ trước khi sử dụng. 2. Ghé cửa hàng bán lẻ đối tác, đăng nhập vào liên kết cổng thông tin được liệt kê dưới đây hoặc tải xuống ứng dụng di động. 3. Chọn các vật phẩm/dịch vụ được phê duyệt của quý vị. 4. 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. 5. Thẻ của quý vị không phải là thẻ tín dụng nhưng có thể được nhập là ‘tín dụng’ để thanh toán. Nếu được nhắc, mã PIN của quý vị là 4 chữ số cuối trong số thẻ của quý vị. <p>Lưu ý:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Các giới hạn và hạn chế có thể được áp dụng, chỉ những vật phẩm được chấp thuận mới được bao trả. • Đây không phải là phúc lợi thuộc Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid). 	

Dịch vụ được bao trả cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Để biết thêm thông tin về thẻ Wellcare Spendables™ hoặc để yêu cầu catalog, vui lòng gọi số: 1-855-744-8550, TTY: 711.</p> <p>Giờ làm việc: Từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m.</p> <p>Quý vị cũng có thể truy cập: member.membersecurelogin.com.</p>	

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

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

Những dịch vụ không được Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) bao trả nhưng được cung cấp thông qua Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid). Nếu quý vị có câu hỏi về dịch vụ hỗ trợ mà quý vị nhận được từ Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), hãy liên hệ Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) theo số 1-800-692-7462, người dùng TTY gọi 1-800-451-5886 8 a.m. - 4:45 p.m. ET, 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 bị loại trừ tại một cơ sở cấp cứu, những dịch vụ bị loại trừ cũng sẽ không được bao trả và chương trình của chúng tôi sẽ không trả tiền cho những dịch vụ này. Một ngoại lệ duy nhất là nếu dịch vụ đó được kháng cáo và quyết định sau khi kháng cáo là một dịch vụ y tế mà chúng tôi đáng lý phải trả tiền hoặc bao trả vì tình trạng y khoa cụ thể của quý vị. (Để biết thông tin về việc kháng cáo một quyết định của chúng tôi là không bao trả cho một dịch vụ y tế, hãy xem Chương 9, Phần 6.3 trong tài liệu này).

Những dịch vụ không được Medicare bao trả	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào	Chỉ được bao trả trong một số trường hợp cụ thể
Châm cứu		<ul style="list-style-type: none"> • Dành cho người bị đau lưng dưới mạn tính trong một số trường hợp nhất định.
Phẫu thuật hoặc thủ thuật thẩm mỹ		<ul style="list-style-type: none"> • Được bao trả trong các trường hợp chấn thương do tai nạn hoặc để cải thiện chức năng một bộ phận cơ thể biên dạng của thành viên. • Bao trả cho tất cả giai đoạn tái tạo vú sau khi phẫu thuật cắt bỏ vú cũng như cho bên vú còn lại để giúp ngực được cân xứng.
Chăm sóc đời sống thường nhật *Chăm sóc đời sống thường nhật là việc chăm sóc cá nhân không cần có sự chú ý liên tục của nhân viên y khoa hoặc nhân viên cấp cứu đã được đào tạo, chẳng hạn như việc chăm sóc và giúp đỡ quý vị trong những sinh hoạt thường nhật như tắm rửa hoặc thay quần áo.	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào	
Chăm sóc nha khoa như: <ul style="list-style-type: none"> • Dịch vụ chỉnh nha • Phục hình hàm mặt 	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào	
Thủ thuật, thiết bị và thuốc men thử nghiệm nội khoa và ngoại khoa. Các thủ thuật và dụng cụ thử nghiệm là những dụng cụ và thủ thuật được Original Medicare quyết định là không được cộng đồng y khoa chấp nhận nói chung.		<ul style="list-style-type: none"> • Có thể được Original Medicare bao trả theo một nghiên cứu lâm sàng được Medicare chấp thuận hoặc được chương trình của chúng tôi bao trả. <p>(Xem Chương 3, Phần 5 để có thêm thông tin về các nghiên cứu lâm sàng).</p>

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
<p>Tính phí cho chăm sóc do người thân cùng huyết thống với quý vị hoặc những người trong nhà của quý vị cung cấp.</p>	<p>Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào</p>	
<p>Dịch vụ chăm sóc điều dưỡng toàn thời gian tại nhà quý vị.</p>	<p>Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào</p>	
<p>Bữa ăn được giao đến nhà</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Xem phúc lợi ‘Bữa ăn’ trong Bảng Phúc Lợi Y Tế để biết thêm thông tin. • Xem phúc lợi ‘Thực Phẩm Lành Mạnh’ trong phần VBID của Bảng Phúc Lợi Y Tế để biết thêm thông tin.
<p>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.</p>	<p>Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào</p>	
<p>Dịch vụ y học tự nhiên (sử dụng các phương pháp điều trị tự nhiên hoặc thay thế).</p>	<p>Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào</p>	
<p>Giày chỉnh hình hoặc các dụng cụ hỗ trợ cho chân</p>		<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<p>Đồ dùng cá nhân trong phòng của quý vị tại một bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chẳng hạn như điện thoại hay tivi.</p>	<p>Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào</p>	

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
Phòng riêng trong bệnh viện.		<ul style="list-style-type: none"> Chỉ được bao trả khi cần thiết về mặt y tế.
Cắt giác mạc xuyên tâm, phẫu thuật LASIK và các trợ giúp khác cho mắt kém.	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào	
Các thủ thuật đảo ngược cho phẫu thuật triệt sản và/hoặc các vật tư tránh thai không theo toa.	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào	
Chăm sóc chỉnh nắn xương thường kỳ		<ul style="list-style-type: none"> Dịch vụ nắn chỉnh cột sống bằng tay để chữa sai khớp được bao trả.
Chăm sóc bàn chân định kỳ		<ul style="list-style-type: none"> Một số trường hợp bao trả có giới hạn theo hướng dẫn 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*



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

Vì quý vị đủ điều kiện tham gia Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), quý vị được và đang nhận “Trợ Giúp Bổ 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 Bổ Sung” **một số thông tin trong *Chứng Thực Bảo Hiểm* này về chi phí cho thuốc theo toa Phần D có thể không áp dụng với quý vị.** Chúng tôi đã gửi cho quý vị một bản thông tin riêng gọi là *Phụ Lục Chứng Thực 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 Thành Viên và hỏi xin một bản *Phụ Lục LIS*. (Số điện thoại Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên được ghi ở bìa sau của tài liệu này).

PHẦN 1 Giới thiệu

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

Ngoài các thuốc được Medicare bao trả, một số thuốc theo toa cũng được bao trả theo các phúc lợi Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) của quý vị. Để tìm hiểu thêm về bảo hiểm thuốc Medicaid, vui lòng liên hệ với Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) để xác định phạm vi bảo hiểm thuốc có thể dành cho quý vị. (Quý vị có thể tìm các số điện thoại và thông tin liên hệ của 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 bao trả các loại thuốc của quý vị miễn là quý vị tuân thủ các quy định cơ bản sau đây:

- Quý vị phải có một nhà cung cấp (bác sĩ, nha sĩ hoặc người kê toa khác) viết toa thuốc 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 Food and Drug Administration chấp thuận hoặc được một số sách tham khảo hỗ trợ. (Xem Phần 3 trong chương này để biết thêm thông tin về các chỉ định được chấp nhận về mặt y tế).
- Thuốc của quý vị có thể cần phải được phê duyệt trước khi chúng tôi bao trả loại thuốc đó. (Xem Phần 4 trong chương này để biết thêm thông tin về các hạn chế liên quan đến phạm vi 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 bao trả thuốc theo toa khi lấy tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới).

Nhà thuốc trong mạng lưới là một nhà thuốc đã ký hợp đồng với chương trình để cung cấp thuốc theo toa được bao trả của quý vị. Thuật ngữ thuốc được bao trả bao hàm tất cả các thuốc theo toa 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 Thành Viên.

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

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

Nếu nhà thuốc mà quý vị thường sử dụng rời mạng lưới của chương trình, quý vị sẽ cần tìm nhà thuốc mới trong mạng lưới. Để tìm một nhà thuốc khác trong khu vực, quý vị có thể nhờ sự trợ giúp từ Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc sử dụng *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*. Quý vị cũng có thể tìm thông tin trên trang web của chúng tôi 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:

- Nhà thuốc cung cấp thuốc dành cho liệu pháp tiêm truyền tại nhà.
- Nhà thuốc cung cấp thuốc cho những người sống ở cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC). Thường thì một cơ sở LTC (như viện dưỡng lão) có nhà thuốc trực thuộc. Nếu quý vị có trở ngại trong việc tiếp cận phúc lợi Phần D trong một cơ sở LTC, xin vui lòng liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.
- Nhà thuốc chuyên phục vụ cho Cơ Quan Dịch Vụ Y Tế Cho Người Mỹ Bản Địa / Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Cho Người Mỹ Bản Địa Tại Đô Thị / Bộ Lạc (các dịch vụ này không có ở Puerto Rico). Trừ các trường hợp cấp cứu, các nhà thuốc loại này trong mạng lưới chúng tôi chỉ phục vụ cho Người Mỹ Bản Địa hay Người Alaska Bản Địa.
- Nhà thuốc chuyên cung cấp các loại thuốc bị FDA giới hạn chỉ cho phép sử dụng ở những khu vực quy định hoặc các loại thuốc cần được xử lý đặc biệt, cần có sự phối hợp giữa các nhà cung cấp hay cần có hướng dẫn về cách sử dụng. Để tìm 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 Thành Viên.

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

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

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

Để lấy biểu mẫu đặt hàng và thông tin về cách lấy thuốc theo toa qua đường bưu điện, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên Dịch Vụ Đặt Hàng Qua Đường Bưu Điện theo số 1-833-750-0201 (TTY: 711) 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Hoặc đăng nhập vào [express-scripts.com/rx](https://www.express-scripts.com/rx). Nếu quý vị sử dụng một dịch vụ đặt hàng thuốc qua đường bưu điện không nằm trong mạng lưới của chương trình, thuốc theo toa của quý vị sẽ không được bao trả.

Thường thì đơn thuốc đặt hàng qua đường bưu điện sẽ được giao đến quý vị trong vòng không quá 14 ngày. Tuy nhiên, đôi khi đơn thuốc theo toa đặt qua đường bưu điện có thể bị chậm trễ. Đối với thuốc dài hạn mà quý vị cần dùng ngay, hãy yêu cầu bác sĩ viết hai toa thuốc: một toa chỉ định đủ lượng thuốc dùng trong 30 ngày để quý vị lấy tại một nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới, còn một toa khác chỉ định đủ lượng thuốc dùng lâu dài để lấy qua đường bưu điện. Nếu việc đặt hàng thuốc qua đường bưu điện bị chậm trễ và quý vị gặp khó khăn trong việc lấy thuốc đủ dùng trong 30 ngày tại nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới, vui lòng yêu cầu nhà thuốc bán lẻ gọi điện cho Trung Tâm Dịch Vụ Nhà Cung Cấp theo số 1-866-800-6111 (TTY 1-888-816-5252), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần để được trợ giúp. Các thành viên có thể gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên về đặt hàng thuốc qua đường bưu điện theo số 1-833-750-0201 (TTY: 711) 24 giờ trong ngày, 7 ngày mỗi tuần. Hoặc đăng nhập vào [express-scripts.com/rx](https://www.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 đặt hàng thuốc qua đường bưu điện với chương trình này trước đây, hoặc
- Quý vị đăng ký giao hàng tự động đối với tất cả các thuốc theo toa mới nhận được trực tiếp từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Quý vị có thể yêu cầu giao hàng tự động đối với tất cả các thuốc theo toa mới bất cứ lúc nào bằng cách liên lạc với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên phụ trách dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện theo số 1-833-750-0201, (TTY: 711), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Hoặc đăng nhập vào [express-scripts.com/rx](https://www.express-scripts.com/rx).

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

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

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

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

Nếu quý vị chọn không sử dụng chương trình tự động mua thêm thuốc của chúng tôi nhưng vẫn muốn nhà thuốc đặt hàng qua đường bưu điện gửi thuốc theo toa cho quý vị, vui lòng liên hệ với nhà thuốc 21 ngày trước khi toa thuốc hiện tại 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 có thể gọi số 711).**

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

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

Chương trình này cho phép thành viên có hai cách để được cấp thuốc dùng dài hạn (còn gọi là lượng thuốc kéo dài) cho các loại thuốc duy trì trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi. (Các loại thuốc điều trị duy trì là thuốc quý vị sử dụng thường xuyên, dành cho bệnh lý mạn tính hoặc kéo dài).

1. Một số nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới của chúng tôi cho phép quý vị lấy thuốc duy trì với lượng dùng dài hạn. *Danh Mục Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc* www.2025wellcaredirectories.com cho biết các nhà thuốc nào trong mạng lưới có thể cấp thuốc duy trì với lượng dùng dài hạn. Quý vị cũng có thể gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để biết thêm thông tin.
2. Quý vị cũng có thể mua thuốc duy trì thông qua chương trình đặt hàng qua bưu điện của chúng tôi. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Phần 2.3.

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

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

Thường thì chúng tôi bao trả cho thuốc được lấy tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới *chỉ* khi quý vị không thể dùng một nhà thuốc trong mạng lưới. Để giúp cho quý vị, chúng tôi có các nhà thuốc trong mạng lưới bên ngoài của khu vực dịch vụ của chúng tôi, nơi quý vị có thể mua thuốc theo toa với tư cách thành viên của

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

chương trình chúng tôi. **Vui lòng kiểm tra trước với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên** để xem có nhà thuốc trong mạng lưới ở gần hay không. Quý vị có thể phải trả giá sai biệt giữa số tiền quý vị phải trả cho toa thuốc mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới và số tiền chúng tôi bao trả cho toa thuốc mua tại nhà thuốc trong mạng lưới.

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

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

- Nếu quý vị dùng thuốc theo toa thường xuyên và sắp đi du lịch, hãy nhớ kiểm tra số lượng thuốc trước khi đi. Mỗi khi có thể, hãy mang theo đầy đủ số lượng thuốc cần thiết. Quý vị có thể đặt trước thuốc theo toa thông qua một nhà thuốc đặt hàng qua đường bưu điện.
- Nếu quý vị đang đi du lịch trong phạm vi Hoa Kỳ và các lãnh thổ trực thuộc và bị bệnh hoặc làm mất hay đã dùng hết thuốc theo toa thì chúng tôi sẽ bao trả cho việc lấy thêm thuốc tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới. Trong trường hợp này, quý vị sẽ cần thanh toán đầy đủ giá thuốc (thay vì chỉ đóng đồng thanh toán hay phần đồng bảo hiểm) khi lấy thuốc theo toa. Quý vị có thể nộp đơn xin bồi hoàn để yêu cầu chúng tôi bồi hoàn phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Nếu quý vị đến nhà thuốc ngoài mạng lưới thì có thể phải chịu trách nhiệm trả số tiền chênh lệch giữa giá của thuốc đó mà chúng tôi trả cho một nhà thuốc trong mạng lưới và giá tính cho quý vị tại nhà thuốc ngoài mạng lưới. Để tìm hiểu cách gửi yêu cầu bồi hoàn, vui lòng tham khảo Chương 7, Phần 2, *Cách yêu cầu chúng tôi trả tiền lại cho quý vị hoặc thanh toán một hóa đơn quý vị đã nhận được.*
- Quý vị cũng có thể gọi đến Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để hỏi xem có nhà thuốc trong mạng lưới nào ở khu vực mà quý vị đi du lịch hay không.
- Chúng tôi không thể chi trả cho bất cứ loại thuốc theo toa nào được lấy tại nhà thuốc bên ngoài Hoa Kỳ và các lãnh thổ trực thuộc, ngay cả trong trường hợp cấp cứu y tế.

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

- Chúng tôi sẽ bao trả cho các loại thuốc theo toa được lấy tại nhà thuốc ngoài mạng lưới nếu thuốc đó liên quan đến việc chăm sóc khẩn cấp hoặc cho một tình trạng cấp cứu y tế. Trong trường hợp này, quý vị sẽ cần thanh toán đầy đủ giá thuốc (thay vì chỉ đóng đồng thanh toán hay phần đồng bảo hiểm) khi lấy thuốc theo toa. Quý vị có thể nộp đơn xin bồi hoàn để yêu cầu chúng tôi bồi hoàn phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Nếu quý vị đến nhà thuốc ngoài mạng lưới thì có thể phải chịu trách nhiệm trả số tiền chênh lệch giữa giá của thuốc đó mà chúng tôi trả cho một nhà thuốc trong mạng lưới và giá tính cho quý vị tại nhà thuốc ngoài mạng lưới. Để tìm hiểu cách gửi yêu cầu bồi hoàn, vui lòng tham khảo Chương 7, Phần 2, *Cách yêu cầu chúng tôi trả tiền lại cho quý vị hoặc thanh toán một hóa đơn quý vị đã nhận được.*

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

- Chúng tôi sẽ bao trả thuốc theo toa của quý vị khi được lấy tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới nếu có ít nhất một trong các điều kiện dưới đây:
 - Nếu quý vị không thể lấy kịp thời một loại thuốc được bao trả trong khu vực dịch vụ của chúng tôi vì không có nhà thuốc trong mạng lưới nào mở cửa 24 giờ trong ngày và nằm trong khoảng cách hợp lý để lái xe đến.

- Nếu quý vị cố gắng mua một loại thuốc theo toa không thường xuyên có hàng tại các nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới hoặc nhà thuốc đặt mua qua bưu điện (bao gồm cả thuốc đắt tiền và thuốc đặc biệt).
- Nếu quý vị cần tiêm một loại vắc-xin cần thiết về mặt y tế nhưng không được Medicare Part B bao trả, hoặc một số loại thuốc được bao trả mà chỉ cho dùng tại phòng khám bác sĩ.
- Trong tất cả các trường hợp trên đây, quý vị có thể nhận được thuốc theo toa với lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 30 ngày. Ngoài ra, rất có thể quý vị sẽ phải thanh toán tiền thuốc cho nhà thuốc ngoài mạng lưới và sau đó nộp hồ sơ chứng minh để yêu cầu chương trình bồi hoàn cho quý vị. Vui lòng nhớ gửi kèm trong hồ sơ phần giải thích về tình huống liên quan đến việc quý vị phải sử dụng nhà thuốc không trong mạng lưới của chúng tôi. Điều này sẽ giúp chúng tôi trong việc xử lý yêu cầu bồi hoàn của quý vị.

Làm thế nào để yêu cầu chương trình bồi hoàn?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Trong một số trường hợp, luật pháp không cho phép bất kỳ chương trình Medicare nào bao trả cho 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 lấy loại thuốc không có trong Danh Sách Thuốc. (Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Chương 9).
- Các thuốc theo toa được Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) bao trả không có trong Danh Sách Thuốc. Vui lòng liên hệ với chương trình Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) ở tiểu bang của quý vị để quyết định chương trình bảo hiểm thuốc nafo 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 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. Tham khảo Danh Sách Thuốc cập nhật nhất mà chúng tôi cung cấp dưới dạng điện tử.
2. Truy cập trang web của chương trình (www.wellcare.com/allwellPA). Danh sách thuốc trên trang web luôn là bản mới nhất.
3. Gọi điện đến Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để tìm xem một loại thuốc cụ thể nào đó có nằm trong Danh Sách Thuốc của chương trình không hoặc để yêu cầu được nhận bản sao danh sách này.
4. Sử dụng “Công Cụ Phúc Lợi Thời Gian Thực” của chương trình (www.wellcare.com/allwellPA hoặc bằng cách gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên). Với công cụ này, quý vị có thể tìm kiếm các loại thuốc trong Danh Sách Thuốc để có ước tính số tiền quý vị sẽ thanh toán và xem có các loại thuốc thay thế trong Danh Sách Thuốc có thể điều trị cùng bệnh lý.

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

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

Có các quy định đặc biệt giới hạn cách thức chương trình bao trả và các trường hợp được bao trả một số loại thuốc theo toa. Một nhóm gồm các bác sĩ và dược sĩ đã xây dựng những quy định này để khuyến khích quý vị và nhà cung cấp của quý vị sử dụng thuốc theo cách hiệu quả nhất. Để tìm hiểu xem có giới hạn nào trong sổ 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 với hai lần một ngày; viên nén với dạng lỏng).

Phần 4.2 Có những giới hạn gì?

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

Nếu có giới hạn nào áp dụng cho thuốc của quý vị, điều này thường có nghĩa là quý vị hay nhà cung cấp dịch vụ cho quý vị sẽ cần thực hiện các bước thêm để được chúng tôi bao trả thuốc đó. Hãy liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để tìm hiểu việc quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị sẽ cần làm để được bảo hiểm cho loại thuốc này. **Nếu quý vị muốn được miễn giới hạn đó thì cần tuân theo quy trình quyết định bảo hiểm và yêu cầu chúng tôi chấp nhận ngoại lệ.** Chúng tôi có thể có hoặc không đồng ý miễn giới hạn cho quý vị. (Xem Chương 9)

Xin phê duyệt trước của chương trình

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

Thử dùng một loại thuốc khác trước

Yêu cầu này nhằm khuyến khích quý vị thử dùng các loại thuốc ít tốn kém hơn nhưng thường có hiệu quả tương tự trước khi chương trình bao trả cho một loại thuốc khác. Ví dụ, nếu Thuốc A và Thuốc B điều trị cùng một bệnh lý và Thuốc A có giá thấp hơn Thuốc B thì chương trình có thể yêu cầu quý vị thử dùng Thuốc A trước. Nếu Thuốc A không 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. Ví dụ, nếu một loại thuốc nào đó thường được coi là an toàn khi chỉ uống một viên một ngày thì chúng tôi có thể giới hạn bảo hiểm cho toa thuốc của quý vị ở mức không quá một viên thuốc một ngày.

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

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

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

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

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, sau đây là những điều quý vị có thể làm:

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

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

Trong một số trường hợp nhất định, chương trình phải cung cấp một lượng cấp tạm thời cho thuốc mà quý vị đang dùng. Lượng cấp tạm thời này giúp cho quý vị có đủ thời gian trao đổi với nhà cung cấp về những thay đổi.

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

- **Nếu quý vị là thành viên mới**, chúng tôi sẽ bao trả cho lượng cấp tạm thời của quý vị trong **90 ngày** đầu tiên kể từ khi quý vị trở thành thành viên của chương trình.
- **Nếu quý vị đã tham gia chương trình vào năm ngoài**, chúng tôi sẽ cung cấp lượng cấp tạm thời cho quý vị trong **90 ngày** đầu tiên của năm dương lịch.

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

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

Trong thời gian quý vị dùng lượng cấp tạm thời, quý vị nên trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ y tế cho mình để quyết định xem quý vị sẽ làm gì khi lượng cấp tạm thời đã hết. Quý vị có hai lựa chọn:

1) Quý vị có thể đổi sang loại thuốc khác

Hãy hỏi nhà cung cấp xem có một loại thuốc khác có tác dụng tương tự cho quý vị và được chương trình bao trả không. Quý vị có thể gọi đến Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để yêu cầu được nhận một bản danh sách thuốc được bao trả dùng để điều trị cùng một bệnh lý. Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp của quý vị tìm một loại thuốc được bao trả có thể hiệu quả với quý vị.

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

Quý vị và nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu chương trình cho phép ngoại lệ và bao trả thuốc theo đúng cách quý vị mong muốn. Nếu nhà cung cấp của quý vị nói rằng quý vị có lý do y tế chính đáng để yêu cầu ngoại lệ thì nhà cung cấp có thể giúp quý vị nộp đơn xin ngoại lệ. Ví dụ: quý vị có thể yêu cầu chương trình bao trả một loại thuốc 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 thành viên và một loại thuốc của quý vị sẽ bị xóa khỏi danh mục thuốc hay bị giới hạn theo cách nào đó vào năm tới, chúng tôi sẽ cho quý vị biết mọi thay đổi trước năm mới. Quý vị có thể yêu cầu trường hợp ngoại lệ khi chưa đến năm tiếp theo và chúng tôi sẽ trả lời cho quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được yêu cầu (hoặc văn bản hỗ trợ của người kê toa cho quý vị). Nếu chúng tôi chấp nhận yêu cầu thì sẽ cho phép bao trả thuốc trước khi việc thay đổi bảo hiểm có hiệu lực.

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

PHẦN 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 vài thay đổi trong Danh Sách Thuốc giữa năm. ví dụ, chương trình có thể:

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

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

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 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 loại thuốc quý vị đang dùng.

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

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

- **Thêm thuốc vào Danh Sách Thuốc và loại bỏ hoặc thay đổi loại thuốc tương tự trong Danh Sách Thuốc có thông báo trước.**
 - Khi thêm phiên bản khác của một loại thuốc vào Danh Sách Thuốc, chúng tôi có thể loại bỏ loại thuốc tương tự ra khỏi Danh Sách Thuốc, chuyển loại thuốc tương tự đó sang bậc chia sẻ chi phí khác, thêm các hạn chế mới hoặc cả hai. Phiên bản thuốc chúng tôi thêm vào sẽ có cùng những hạn chế hoặc ít hơn.
 - Chúng tôi sẽ chỉ thực hiện những thay đổi này nếu chúng tôi đang thêm vào phiên bản gốc mới của một loại thuốc chính hiệu hoặc thêm vào một số phiên bản thuốc sinh học tương tự mới của một loại sản phẩm sinh học gốc đã có trong Danh Sách Thuốc.
 - Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị ít nhất 30 ngày trước khi thực hiện thay đổi hoặc thông báo cho quý vị về việc thay đổi và bao trả cho 30 ngày dùng phiên bản thuốc quý vị đang dùng.
- **Bỏ thuốc không an toàn và các loại thuốc khác trong Danh Sách Thuốc bị ngừng lưu hành trên thị trường.**
 - Đôi khi, một loại thuốc có thể bị coi là không an toàn hoặc bị ngừng lưu hành trên thị trường vì một lý do khác. Trong trường hợp này, chúng tôi có thể ngay lập tức xóa thuốc đó khỏi Danh Sách Thuốc. Nếu quý vị đang dùng thuốc này, chúng tôi sẽ cho quý vị biết sau khi thực hiện thay đổi.
- **Thực hiện những thay đổi khác đối với thuốc trong Danh Sách Thuốc.**
 - Chúng tôi có thể thực hiện những thay đổi khác khi năm đó đã bắt đầu và có ảnh hưởng đến loại thuốc mà quý vị đang dùng. Ví dụ, chúng tôi dựa trên các cảnh báo hộp đen của FDA hoặc các hướng dẫn lâm sàng mới được Medicare công nhận.
 - Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị ít nhất 30 ngày trước khi thực hiện những thay đổi này hoặc thông báo cho quý vị về việc thay đổi và bao trả cho thêm lượng đủ dùng trong 30 ngày của phiên bản thuốc quý vị đang dùng.

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

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

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

Nếu bất cứ thay đổi nào trong số nêu trên xảy ra đối với loại thuốc quý vị đang dùng (ngoại trừ trường hợp thu hồi khỏi thị trường, thuốc gốc thay thế thuốc chính hiệu hoặc thay đổi khác được nêu trong phần trên), 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 đã có danh sách trong giai đoạn ghi danh mới) để xem có thay đổi nào đối với thuốc mà quý vị đang dùng sẽ ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình tiếp theo hay không.

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

Phần 7.1 Những loại thuốc không được chúng tôi bao trả

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

Nếu quý vị kháng cáo và thuốc của quý vị được kết luận là không bị loại trừ theo Phần D, chúng tôi sẽ thanh toán hoặc bao trả thuốc đó. (Để biết thông tin về cách kháng cáo quyết định, hãy xem Chương 9.) Nếu loại thuốc bị chương trình của chúng tôi loại trừ cũng bị Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) loại trừ, quý vị phải tự chi trả cho loại thuốc đó.

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

- 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 không thể bao trả cho thuốc sử dụng *ngoài chỉ định* khi việc sử dụng được ủng hộ theo một số tài liệu tham khảo nhất định, chẳng hạn như Thông Tin Thuốc Trong Danh Mục Thuốc Của Bệnh Viện Hoa Kỳ và Hệ Thống Thông Tin 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 Cơ Quan Food and Drug Administration 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 Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) của quý vị. Vui lòng liên hệ với chương trình Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) ở tiểu bang của quý vị để quyết định chương trình bảo hiểm thuốc nào 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 không kê toa)
- Thuốc được sử dụng nhằm tăng khả năng sinh sản
- Thuốc dùng để giảm ho hay triệu chứng cảm lạnh
- Thuốc được sử dụng cho các mục đích thẩm mỹ hoặc kích thích mọc tóc

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

- Thuốc bổ vitamin và sản phẩm khoáng chất theo toa, chỉ trừ vitamin dưỡng thai và chế phẩm chứa fluor
- Thuốc được sử dụng để điều trị rối loạn cương dương hoặc chức năng tình dục
- Thuốc dùng để điều trị bệnh biếng ăn, giảm cân hay tăng cân
- Các loại thuốc điều trị ngoại trú mà nhà sản xuất chỉ đồng ý bán thuốc với điều kiện là các xét nghiệm hay dịch vụ theo dõi liên quan phải được mua từ duy nhất nhà sản xuất đó

Nếu quý vị đang nhận được “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 bao trả cho một số loại thuốc theo toa mà bình thường không được chương trình thuốc Medicare bao trả. Vui lòng liên hệ với chương trình Medicaid ở tiểu bang của quý vị để tìm hiểu về các chương trình bảo hiểm thuốc có thể dành sẵn cho quý vị. (Quý vị có thể tìm các số điện thoại và thông tin liên hệ của Medicaid ở Chương 2, Phần 6).

PHẦN 8 Lấy thuốc theo toa**Phần 8.1 Cung cấp thông tin thành viên của quý vị**

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

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

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

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

PHẦN 9 Bảo hiểm thuốc 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 chuyên môn và chương trình bao trả cho lần nhập viện đó, thường thì chúng tôi cũng sẽ bao trả chi phí thuốc theo toa trong khi nằm viện. Sau khi quý vị được xuất viện hoặc ra khỏi cơ sở điều dưỡng chuyên môn đó, chương trình sẽ bao trả cho thuốc theo toa của quý vị miễn là những loại thuốc đó đáp ứng tất cả các quy định bảo hiểm được mô tả trong Chương này.

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

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

Kiểm tra *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* 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 Thành Viên. Nếu quý vị đang ở trong một cơ sở LTC, chúng tôi phải bảo đảm quý vị thường xuyên nhận được những phúc lợi Phần D của quý vị qua mạng lưới của các nhà thuốc LTC của chúng tôi.

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

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

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

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

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

Lưu ý đặc biệt về bảo hiểm có uy tín:

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

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

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

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

Chương trình chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi không bao trả đồng thời cùng một loại thuốc. Nếu quý vị đang tham gia vào chương trình chăm sóc cuối đời của Medicare và cần một loại thuốc nhất định (ví dụ như thuốc chống buồn nôn, thuốc nhuận trường, thuốc giảm đau hay thuốc an thần) mà không được chương trình chăm sóc cuối đời bao trả vì thuốc đó không liên quan đến bệnh giai đoạn cuối của quý vị và các bệnh lý đi kèm, thì chương trình của chúng tôi phải nhận được thông báo từ người kê toa hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời xác nhận rằng thuốc đó không liên quan trước khi chương trình của chúng tôi có thể bao trả cho thuốc đó. Để tránh bị trì hoãn trong việc nhận những loại thuốc này khi chương trình của chúng tôi bao trả, hãy yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc người kê toa cung cấp thông báo trước khi quý vị lấy thuốc theo toa.

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

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

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

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

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

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

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

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

Chúng tôi có một chương trình giúp đảm bảo các thành viên sử dụng các thuốc opioid theo toa và các thuốc thường bị lạm dụng khác một cách an toàn. Chương trình này được gọi là Chương Trình Quản Lý Thuốc (DMP). Nếu quý vị sử dụng thuốc opioid nhận được từ một số người kê toa hoặc nhà thuốc, hoặc nếu quý vị mới sử dụng quá liều thuốc opioid, chúng tôi có thể nói chuyện với người kê toa của quý vị để đảm bảo rằng việc sử dụng thuốc opioid của quý vị là phù hợp và cần thiết về mặt y tế. Làm việc với người kê toa của quý vị, nếu chúng tôi xét thấy việc quý vị sử dụng thuốc opioid hoặc benzodiazepine theo toa là không an toàn, chúng tôi có thể giới hạn cách quý vị có thể mua những loại thuốc đó. Nếu chúng tôi đưa quý vị vào DMP của chúng tôi, các giới hạn có thể bao gồm:

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

Nếu chúng tôi dự định giới hạn cách quý vị 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 người kê toa hoặc nhà thuốc cụ thể. Quý vị sẽ có cơ hội cho chúng tôi biết người kê toa hoặc nhà thuốc nào quý vị muốn sử dụng và về bất kỳ thông tin nào khác mà quý vị cho là quan trọng đối với chúng tôi. Sau khi quý vị trả lời, nếu chúng tôi quyết định hạn chế bảo hiểm của quý vị đối với những loại thuốc này, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thư khác xác nhận hạn chế này. Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi có sai sót hoặc quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi hoặc với giới hạn đó, quý vị và người kê toa của quý vị có quyền kháng cáo. Nếu quý vị kháng cáo, chúng tôi sẽ xét duyệt trường hợp của quý vị và đưa ra quyết định mới cho quý vị. Nếu chúng tôi tiếp tục từ chối bất kỳ nội dung nào trong yêu cầu liên quan đến những hạn chế áp dụng cho việc tiếp cận thuốc của quý vị, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị cho một cơ quan đánh giá độc lập bên ngoài chương trình của chúng tôi. 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 lưỡi liềm hoặc quý vị đang được chăm sóc cuối đời, chăm sóc giảm nhẹ hoặc chăm sóc bệnh giai đoạn cuối hoặc sống ở cơ sở chăm sóc dài hạn.

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

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

Một số thành viên mắc vài bệnh mạn tính và dùng thuốc vượt quá một số tiền cụ thể cho chi phí thuốc hoặc đang tham gia chương trình DMP để giúp thành viên sử dụng thuốc opioid của họ một cách an toàn, có thể hội đủ điều kiện tham gia chương trình MTM. Nếu quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình này, dược sĩ

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

hay chuyên gia y tế khác sẽ gặp quý vị để đánh giá kỹ lưỡng tất cả các loại thuốc của quý vị. Trong buổi đánh giá, quý vị có thể thảo luận về thuốc của quý vị, chi phí về thuốc và bất cứ vấn đề hoặc thắc mắc nào quý vị có về thuốc theo toa hoặc thuốc không kê toa. Quý vị sẽ nhận được một bản tóm tắt cùng với đề xuất danh sách việc cần làm bao gồm các bước cần thực hiện để có được hiệu quả tốt nhất từ thuốc của quý vị. Quý vị cũng sẽ nhận được một danh sách thuốc liệt kê tất cả các loại thuốc quý vị đang dùng, lượng dùng, thời điểm và lý do quý vị dùng các thuốc đó. Ngoài ra, các thành viên trong chương trình MTM sẽ nhận được thông tin về việc thải bỏ an toàn thuốc theo toa là những chất có kiểm soát.

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

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

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

Phần 11.1 Chúng tôi gửi báo cáo hàng tháng cho quý vị mang tên *Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm 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 hoặc lấy thêm thuốc theo toa tại nhà thuốc. Bằng cách này, chúng tôi có thể thông báo cho quý vị biết khi quý vị chuyển từ một giai đoạn chi trả thuốc sang giai đoạn chi trả thuốc tiếp theo. Đặc biệt là chúng tôi sẽ theo dõi hai loại chi phí dưới đây:

- Chúng tôi theo dõi số tiền quý vị đã trả. Khoản này được gọi là **Chi Phí Tự Trả**. Khoản này bao gồm số tiền quý vị đã chi trả khi mua thuốc Phần D được bao trả, mọi khoản thanh toán cho thuốc của quý vị do gia đình hoặc bạn bè thực hiện và mọi khoản thanh toán cho thuốc của quý vị thông qua “Trợ Giúp Bổ Sung” từ Medicare, chương trình sức khỏe của chủ lao động hoặc công đoàn, TRICARE, Chương Trình 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 số tiền quý vị phải thanh toán cho các loại thuốc Phần D được bao trả của quý vị. Khoản này bao gồm số tiền chương trình đã chi trả, số tiền quý vị đã chi trả và số tiền các chương trình hoặc tổ chức khác đã chi trả cho các loại thuốc Phần D được bao trả của quý vị.

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 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 theo toa với cùng số lượng.
- **Thuốc theo toa thay thế có giá thấp hơn hiện có.** Điều này sẽ bao gồm thông tin về các loại thuốc khác hiện có với mức chia sẻ chi phí thấp hơn cho mỗi yêu cầu bồi thường thuốc theo toa, nếu có.

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

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

- **Trình thẻ thành viên của quý vị mỗi khi 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 chi phí tự trả của quý vị. Để giúp chúng tôi theo dõi các chi phí tự trả của quý vị, hãy cung cấp cho chúng tôi các bản sao biên lai của quý vị. **Dưới đây là một số ví dụ về thời điểm mà quý vị cần cung cấp cho chúng tôi bản sao các biên lai thuốc của quý vị:**
 - Khi quý vị mua một loại thuốc được bao trả tại nhà thuốc trong mạng lưới với giá đặc biệt hoặc sử dụng thẻ giảm giá không thuộc phúc lợi trong chương trình chúng tôi
 - Khi quý vị trả khoản đồng thanh toán cho thuốc được cấp theo chương trình hỗ trợ bệnh nhân của nhà sản xuất thuốc
 - Bất cứ khi nào quý vị mua thuốc được bao trả tại nhà thuốc ngoài mạng lưới hoặc các trường hợp khác mà quý vị trả giá cao cho một loại thuốc được bao trả trong một số trường hợp đặc biệt
 - Nếu nhận hóa đơn tính tiền cho một loại thuốc được bao trả thì quý vị có thể yêu cầu chương trình trả phân 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 thay quý vị.** Các khoản thanh toán được thực hiện bởi một số cá nhân và tổ chức khác cũng được tính vào chi phí tự trả của quý vị. Ví dụ, các khoản thanh toán từ Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Tiểu Bang, Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc AIDS (ADAP), Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Người Mỹ Bản Xứ và các tổ chức từ thiện đều được tính vào chi phí tự trả của quý vị. Hãy giữ hồ sơ chứng minh về các khoản thanh toán này và gửi hồ sơ cho chúng tôi để giúp chúng tôi theo dõi các chi phí của quý vị.
- **Kiểm tra bản báo cáo mà chúng tôi gửi cho quý vị.** Khi quý vị nhận được bản EOB 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 Thành Viên. Thay vì nhận một bản *Giải Thích Phúc 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. Hãy đảm bảo lưu giữ các bản báo cáo này.

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 Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), quý vị được và đang nhận “Trợ Giúp Bổ 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 Bổ Sung” **một số thông tin trong *Chứng Thực Bảo Hiểm* này về chi phí cho thuốc theo toa Phần D có thể không áp dụng với quý vị.** Chúng tôi đã gửi cho quý vị một bản thông tin riêng gọi là *Phụ Lục Chứng Thực 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 Thành 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

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

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

Nếu đã thanh toán cho các dịch vụ Medicare hoặc vật phẩm được chương trình bao trả, quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn trả cho quý vị (hoàn trả thường được gọi là **bồi hoàn**). 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.

Ngoài ra còn có những lúc quý vị nhận hóa đơn toàn bộ chi phí của dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị đã nhận được từ một nhà cung cấp 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 bao trả hay không. Nếu chúng tôi quyết định là sẽ bao trả cho hóa đơn này, chúng tôi sẽ trực tiếp trả tiền nhà cung cấp dịch vụ này. Nếu chúng tôi quyết định không thanh toán, chúng tôi sẽ thông báo cho nhà cung cấp. Quý vị không nên trả nhiều hơn mức chia sẻ chi phí được phép theo chương trình. Nếu nhà cung cấp này đã ký hợp đồng, quý vị vẫn có quyền được điều trị.

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

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

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

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

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

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

- Bất cứ khi nào quý vị nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp trong mạng lưới, hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn đó. Chúng tôi sẽ liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ này trực tiếp và giải quyết vấn đề hóa đơn này.
- Nếu quý vị đã thanh toán hóa đơn cho nhà cung cấp trong mạng lưới, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi và chứng từ của mọi khoản tiền 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 ghi danh của quý vị vào chương trình của chúng tôi có hiệu lực từ trước đó

Đôi khi việc ghi danh của một người trong chương trình có hiệu lực từ một thời điểm trong quá khứ. (Điều này có nghĩa là ngày đầu tiên ghi danh của họ đã qua rồi. Ngày ghi danh thậm chí có thể xảy ra năm ngoái).

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

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

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

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

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

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

6. Khi quý vị thanh toán toàn bộ chi phí cho toa thuốc trong các tình huống khác

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

- Ví dụ: loại thuốc này có thể không nằm trong Danh Sách Thuốc của chương trình hoặc danh sách có thể có yêu cầu hoặc hạn chế mà quý vị không biết hoặc không nghĩ là có áp dụng đối với quý vị. Nếu quý vị quyết định lấy thuốc ngay lập tức, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí thuốc.

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

- Cắt giữ biên lai và gửi bản sao cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn tiền. 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 lại toàn bộ chi phí quý vị đã chi trả nếu giá tiền mặt quý vị chi trả cao hơn mức giá chúng tôi đã thương lượng cho toa thuốc.

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

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

Nếu quý vị đã được ghi danh 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 chúng từ như biên lai và hóa đơn cho chúng tôi để xử lý việc bồi hoàn.

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

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

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

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

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

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

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

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

Địa Chỉ Yêu Cầu Thanh Toán
 Member Reimbursement Dept
 PO Box 10420
 Van Nuys, CA 91410-0420

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

Địa Chỉ Yêu Cầu Thanh Toán Phần D
 Wellcare Medicare Part D Claims
 Attn: Member Reimbursement Department
 P.O. Box 31577
 Tampa, FL 33631-3577

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

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

Khi chúng tôi nhận được yêu cầu thanh toán của quý vị, chúng tôi sẽ cho quý vị biết nếu chúng tôi cần bất cứ thông tin bổ sung nào từ quý vị. Nếu không, chúng tôi sẽ cân nhắc yêu cầu của quý vị và đưa ra quyết định bảo hiểm.

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

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 chúng tôi quyết định dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc *không* được bao trả hoặc quý vị đã *không* tuân theo tất cả các quy định, chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ chăm sóc hoặc thuốc đó. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải thích lý do tại sao chúng tôi không gửi thanh toán và quyền kháng cáo quyết định đó của quý vị.

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

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

CHƯƠNG 8:

Quyền và trách nhiệm của quý vị

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

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

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.

Sección 1.1 Debemos brindar información de la manera que le resulte mejor y que respete sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, audio, braille, letra grande, otros formatos alternativos, etc.).

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

Chương 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

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

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

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

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

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。

Phần 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 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

Chương trình của quý vị được yêu cầu đảm bảo tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp một cách có hiệu 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.

Раздел 1.1 Мы должны предоставлять информацию в удобной для вас форме и в соответствии с вашими культурными особенностями (на других языках, кроме английского, в виде аудиозаписи, напечатанной шрифтом Брайля или крупным шрифтом, в других альтернативных форматах и т. д.).

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

Наш план страхования предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет ответить на ваши вопросы, если вы говорите на языке, отличном от английского. Кроме того, наши материалы доступны на других языках, помимо английского, которыми владеют люди, проживающие в зоне обслуживания плана. При необходимости мы также можем бесплатно предоставить вам информацию

Chương 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

в аудиоформате, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах. Мы обязаны предоставлять вам информацию о предусмотренных планом льготах в доступном и подходящем для вас формате. Для получения информации в удобном для вас формате позвоните в отдел обслуживания участников плана.

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

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

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

Seksyon 1.1 Nou dwe bay enfòmasyon yo nan yon fason ki pratik pou ou epi ki konfòm ak sansiblite kiltirèl ou (nan lòt lang ki pa anglè, sou fòm odyo, an bray, an gwo lèt detache, oswa nan lòt fòm altènatif, elatriye).

Plan ou a dwe garanti tout sèvis yo, ke li sèvis klinik ou non, delivre nan divèsite kiltirèl, epi aksesib pou tout moun ki enskri yo, tankou sila yo ki gen konpetans limite nan anglè, ki limite nan konpetans lekti, enkapasite oditif, oswa sila yo ki soti nan divès orizon kiltirèl ak etnik. Egzanp sou fason plan an kapab rankontre ak egzijans aksesiblite sa yo enkli, men pa limite nan founi sèvis tradiksyon, sèvis entèpretasyon, teleskriptè oswa koneksyon TTY (telefòn tèks oswa telefòn teleskriptè).

Plan nou an genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn kesyon manm ki pa pale Anglè yo. Nou gen dokiman ki disponib egalman nan lòt lang ke anglè moun nan zòn sèvis plan an pale. Nou kapab ba ou tou enfòmasyon an odyo, bray, an gwo karaktè, oswa lòt fòm altènatif san frè si ou bezwen. Nou gen responsablite pou ba ou enfòmasyon sou avantaj plan an nan yon fòm ki aksesib e apwopriye pou ou. Pou ou jwenn enfòmasyon nan men nou nan yon fason ki bon pou ou, tanpri rele Sèvis pou Manm yo.

Kòm obligasyon plan nou an bay fanm ki enskri yo posiblite aksè dirèk espesyalis sante pou fanm anndan rezo a pou swen sante routinyè ak prevantif.

Si pwofesyonèl espesyalize ki nan rezo plan an pa disponib, se responsablite plan an pou jwenn pwofesyonèl espesyalize an deyò rezo a pou founi swen nesèsè yo. Nan ka sa a, ou ap sèlman peye menm pri a ak lè se pwofesyonèl rezo a. Si ou ta nan yon sitiyasyon kote pa gen espesyalis nan rezo plan ki kouvri sèvis ou bezwen an, rele plan an pou ou jwenn enfòmasyon sou kote pou ou jwenn sèvis ki nan menm pri ak anndan rezo a.

Si ou gen difikilte pou jwenn enfòmasyon nan plan nou an nan yon fòm ki aksesib e apwopriye pou ou, tanpri rele pou depoze doleyans ou bò kote Sèvis pou Manm yo. Ou ka pote plent tou nan Medicare

Chương 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

lè ou rele nan: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) oswa dirèkteman nan Office for Civil Rights 1-800-368-1019 oswa TTY 1-800-537-7697.

Qaybta 1.1 Waa in aanu u bixinaa macluumaadka qaab kuu haboon oo waafaqsan xasaasiyada dhaqankaaa (luuqad kale oo aan Ingiriisi ahayn ah, cod ah, farta indhoolka, far waawayn.)

Mpango wako unahitajika ili kuhakikisha kuwa huduma zote, za kimatibabu na zisizo za kimatibabu, zinatolewa kwa njia ifaayo kitamaduni na zinapatikana kwa wote waliojiandikisha, pamoja na wale walio na ustadi mdogo wa Kiingereza, ujuzi mdogo wa kusoma, ulemavu wa kusikia, au wale walio na asili anuwai za kitamaduni na kikabila. Mifano ya jinsi mpango unavyoweza kukidhi mahitaji haya ya ufikiaji ni pamoja na, lakini sio tu kwa utoaji wa huduma za mfasiri, huduma za wakalimani, taipureta za simu, au muunganisho wa TTY (simu ya maandishi au simu ya taipureta ya simu).

Mpango wetu una huduma za wakalimani za bila malipo zinazopatikana kujibu maswali kutoka kwa washiriki wasiozungumza Kiingereza. Pia tuna nyenzo zinazopatikana katika lugha nyingine mbali na Kiingereza ambazo huzungumzwa katika eneo la huduma la mpango. Tunaweza pia kukupa taarifa kwa sauti, kwa breli, kwa maandishi makubwa au miundo mingine mbadala bila gharama ikiwa unahitaji. Tunatakiwa kukupa taarifa kuhusu faida za mpango katika muundo unaofikika na unaokufaa. Ili kupata taarifa kutoka kwetu kwa njia inayokufaa, tafadhali piga simu kwa Huduma za Wanachama.

Mpango wetu unahitajika kuwapa waandikishaji wa kike chaguo la ufikiaji wa moja kwa moja kwa mtaalamu wa afya ya wanawake ndani ya mtandao kwa huduma za kawaida za wanawake na huduma za afya za kuzuia.

Ikiwa watoa huduma za kitaalamu katika mtandao wa mpango hawapatikani, ni jukumu la mpango kupata watoa huduma maalum nje ya mtandao ambao watakupa huduma unazohitaji. Katika hali hii, utalipa tu gharama za kushiriki katika kugawana gharama za ndani ya mtandao. Ikiwa unajikuta katika hali ambapo hakuna wataalamu katika mtandao wa mpango ambao unashughulikia huduma unayohitaji, piga simu kwa mpango ili uelekezwe kuhusu wapi pa kwenda ili upate huduma hii katika kugawana gharama za ndani ya mtandao.

Ikiwa una shida yoyote ya kupata taarifa kutoka kwa mpango wetu katika muundo unaofikika na unaokufaa, tafadhali piga simu ili uwasilishe malalamiko kwa Huduma kwa Wanachama. Unaweza pia kuwasilisha malalamiko kwa Medicare kwa kupiga simu 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) au moja kwa moja kwa Office for Civil Rights 1-800-368-1019 au TTY 1-800-537-7697.

সেকশন 1.1 আমাদের অবশ্যই এমনভাবে তথ্য প্রদান করতে হবে যা আপনার পক্ষে উপযোগী হয় এবং আপনার সাংস্কৃতিক সংবেদনশীলতার সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ হয় (ইংরেজি ব্যতীত অন্য ভাষায়, অডিওতে, ব্রেইলে, বড় প্রিন্টে বা অন্যান্য বিকল্প বিন্যাস, ইত্যাদিতে)

আপনার প্ল্যানের প্রয়োজন এটি নিশ্চিত করা যে, ক্লিনিকাল এবং নন-ক্লিনিকাল, উভয় প্রকারের সমস্ত পরিষেবাগুলি সাংস্কৃতিকভাবে সক্ষম পদ্ধতিতে প্রদান করা হয় এবং সীমিত ইংরেজি দক্ষতা, সীমিত পড়ার দক্ষতা, শ্রবণ অক্ষমতা বা বিভিন্ন সাংস্কৃতিক এবং জাতিগত পটভূমি সহ সমস্ত তালিকাভুক্তদের কাছে তা অ্যাক্সেসযোগ্য। কোনও প্ল্যান কীভাবে এই অ্যাক্সেসযোগ্যতার প্রয়োজনীয়তাগুলি পূরণ করতে পারে তার উদাহরণগুলির মধ্যে রয়েছে তবে অনুবাদক পরিষেবা, দোভাষী পরিষেবা, টেলিটাইপরাইটার বা TTY (টেক্সট টেলিফোন বা টেলিটাইপরাইটার ফোন) সংযোগের বিধানের মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়।

আমাদের প্ল্যানে ইংরেজি-ভাষী নন এমন সদস্যদের প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা উপলভ্য রয়েছে। প্রয়োজন এমন প্ল্যানগুলির জন্য ইনসার্ট করুন: আমাদের কাছে কথ্যের ক্ষেত্রে ইংরাজি ব্যতীত অন্য ভাষাগুলিতে উপলভ্য উপকরণ রয়েছে যা প্ল্যানের সার্ভিস এরিয়ায় রয়েছে। আপনার প্রয়োজন হলে আমরা আপনাকে অডিওতে, ব্রেইলে, বড় প্রিন্টে বা অন্যান্য বিকল্প ফর্ম্যাটে তথ্য দিতে পারি। আপনার জন্য অ্যাক্সেসযোগ্য এবং উপযুক্ত ফর্ম্যাটে প্ল্যানের বেনিফিটগুলি সম্পর্কে আপনাকে তথ্য দিতে হবে। আপনার জন্য কাজ করে এমনভাবে আমাদের কাছ থেকে তথ্য পেতে, অনুগ্রহ করে মেম্বার সার্ভিসগুলিতে কল করুন।

আমাদের প্ল্যানের প্রয়োজন নথিভুক্ত মহিলাদেরকে মহিলাদের রুটিন এবং প্রতিরোধমূলক স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবার জন্য নেটওয়ার্কের মধ্যে একজন মহিলা স্বাস্থ্য বিশেষজ্ঞের কাছে সরাসরি অ্যাক্সেসের বিকল্প প্রদান করা।

যদি প্ল্যানের নেটওয়ার্কে কোনো বিশেষ ক্ষেত্রের জন্য প্রদানকারী উপলভ্য না হয়, তাহলে নেটওয়ার্কের বাইরে বিশেষ প্রদানকারী, যারা আপনাকে প্রয়োজনীয় যত্ন প্রদান করবে তাদের সনাক্ত করা প্ল্যানের দায়িত্ব। এই ক্ষেত্রে, আপনি শুধুমাত্র ইন-নেটওয়ার্ক খরচ ভাগ করে নেওয়ার অর্থ প্রদান করবেন। আপনি যদি এমন পরিস্থিতিতে নিজেকে দেখেন যেখানে আপনার প্রয়োজনীয় পরিষেবাকে আওতা দেয় এমন প্ল্যানের নেটওয়ার্কে কোনও বিশেষজ্ঞ নেই তবে ইন-নেটওয়ার্ক ব্যয় ভাগ করে নেওয়ার সময় এই পরিষেবাটি পেতে কোথায় যেতে হবে সে সম্পর্কে তথ্যের জন্য প্ল্যানে কল করুন।

যদি অ্যাক্সেসযোগ্য এবং আপনার জন্য উপযুক্ত এমন একটি ফর্ম্যাটে আমাদের প্ল্যান থেকে তথ্য পেতে আপনার কোনও সমস্যা হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে মেম্বার সার্ভিসগুলিতে অভিযোগ দায়ের করতে কল করুন। এছাড়াও আপনি 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) কল করে অথবা সরাসরি Office for Civil Rights 1-800-368-1019 বা TTY 1-800-537-7697-এ কল করে Medicare-এর কাছে একটি অভিযোগ দায়ের করতে পারেন।

القسم 1.1 يجب علينا تقديم المعلومات بطريقة تناسبك ومتوافقة مع الأمور ذات الحساسية في ثقافتك (بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية، أو بالصوت، أو بطريقة خط برايل (braille)، أو بطريقة الطباعة بحروف كبيرة، أو بتنسيقات بديلة أخرى، وما إلى ذلك).

يلزم على خطتك الحرص على تقديم كل الخدمات، سواء أكانت سريرية أم غير سريرية، بطريقة تتسم بالكفاءة الثقافية والتأكد من أن كل المنتسبين يستطيعون الوصول إلى هذه الخدمات، بما في ذلك أولئك الذين لا يتقنون اللغة الإنجليزية جيداً أو الذين لديهم قدرات قراءة محدودة أو إعاقة في السمع أو المنحدرين من خلفيات ثقافية وعرقية مختلفة. وتشمل الأمثلة التي تعكس كيف يمكن لخطة ما تلبية متطلبات إمكانية الوصول هذه، على سبيل المثال لا الحصر، توفير خدمات الترجمة أو خدمات الترجمة الفورية أو المُرقات الكاتبة أو الاتصال بأجهزة TTY (هواتف الرسائل النصية أو المُرقات الكاتبة).

تتضمن خطتنا خدمات ترجمة فورية مجانية متاحة للإجابة على الأسئلة التي يطرحها الأعضاء الذين لا يتكلمون اللغة الإنجليزية. ولدينا أيضاً مواد متوفرة بلغات أخرى غير الإنجليزية متداولة في منطقة الخدمة الخاصة بالخطة. ويمكننا أيضاً تزويدك بالمعلومات بتنسيق صوتي أو بطريقة برايل أو بالطباعة الكبيرة أو بأي تنسيقات بديلة أخرى إذا كنت بحاجة إليها من دون أن تتحمل أي تكلفة. نحن مطالبون بتزويدك بالمعلومات المتعلقة بمزايا الخطة بتنسيق يناسبك وتستطيع الوصول إليه بسهولة. للحصول على معلومات منا بالطريقة التي تناسبك، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

يلزم على خطتنا منح المنتسبات خيار الوصول المباشر إلى اختصاصي بصحة المرأة ضمن الشبكة للحصول على خدمات الرعاية الصحية النسائية الروتينية والوقائية.

في حال عدم توافر مقدمي خدمات لاختصاص معين ضمن شبكة الخطة، تتولى الخطة مسؤولية العثور على مقدمي خدمات اختصاصيين من خارج نطاق الشبكة قادرين على تقديم الرعاية اللازمة لك. في هذه الحال، ستدفع فقط مشاركة التكلفة ضمن الشبكة. في حال لم تجد اختصاصيين يمكنهم تغطية الخدمة التي تحتاج إليها ضمن شبكة الخطة، فاتصل بالخطة للحصول على معلومات حول المكان الذي يمكنك أن تقصده للحصول على هذه الخدمة مع مشاركة التكلفة ضمن الشبكة.

إذا واجهت أي مشكلة في الحصول على المعلومات من خطتنا بتنسيق يناسبك وتستطيع الوصول إليه بسهولة، فيرجى الاتصال لتقديم تظلم إلى قسم خدمات الأعضاء. يمكنك أيضاً تقديم شكوى إلى Medicare من خلال الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) أو مباشرة إلى Office for Civil Rights على الرقم 1-800-368-1019 أو على رقم TTY: 1-800-537-7697.

பிரிவு 1.1 உங்களுக்காக வேலை செய்யும் வகையிலும், உங்கள் கலாச்சார உணர்வுகளுக்கு இசைவாகவும் (ஆங்கிலம் தவிர பிற மொழிகளில், ஆடியோவில், braille, பெரிய அச்சு அல்லது பிற மாற்று வடிவங்கள் போன்றவை) தகவலை நாங்கள் வழங்க வேண்டும்.

உங்கள் திட்டம், மருத்துவ மற்றும் மருத்துவம் அல்லாத அனைத்து சேவைகளும் கலாச்சார ரீதியாகத் தகுதியான முறையில் வழங்கப்படுவதையும், குறைந்த ஆங்கிலப் புலமை, மட்டுப்படுத்தப்பட்ட வாசிப்புத் திறன், செவித்திறன் குறைபாடு அல்லது பல்வேறு கலாச்சாரம் மற்றும் இனப் பின்னணி உள்ளவர்கள் உட்பட அனைத்து பதிவுதாரர்களுக்கும் அணுகக்கூடியதாக இருப்பதை உறுதிசெய்யும் வகையில் இருக்க வேண்டும். ஒரு திட்டம் இந்த அணுகல்தன்மைத் தேவைகளை எவ்வாறு பூர்த்தி செய்யலாம் என்பதற்கான எடுத்துக்காட்டுகளில் அடங்குபவை, ஆனால் அவை மட்டும் அல்ல, மொழியாக்கச் சேவைகள், மொழிபெயர்ப்பாளர் சேவைகள், டெலி டைப்ரைட்டர்கள் அல்லது TTY(உரை தொலைபேசி அல்லது டெலி டைப்ரைட்டர் தொலைபேசி) இணைப்பை வழங்குதல் ஆகியவை ஆகும்.

ஆங்கிலம் பேசாத உறுப்பினர்களின் கேள்விகளுக்குப் பதிலளிக்க எங்கள் திட்டத்தில் இலவச மொழிபெயர்ப்பாளர் சேவைகள் உள்ளன. திட்டத்தின் சேவைப் பகுதியில் பேசப்படும் ஆங்கிலம் தவிர வேறு மொழிகளிலும் எங்களிடம் பொருட்கள் உள்ளன.

உங்களுக்குத் தேவைப்பட்டால், ஆடியோ, braille, பெரிய அச்சில் அல்லது பிற மாற்று வடிவங்களில் உங்களுக்கு இலவசமாகத் தகவல் வழங்கப்படும். உங்களுக்கு அணுகக்கூடிய மற்றும் பொருத்தமான வடிவத்தில் திட்டத்தின் பலன்கள் பற்றிய தகவலை நாங்கள் உங்களுக்கு வழங்க வேண்டும். உங்களுக்கு தேவைப்படும் வகையில் எங்களிடமிருந்து தகவலைப் பெற, தயவு செய்து உறுப்பினர் சேவைகளை அழைக்கவும்.

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

Luật pháp liên bang và tiểu bang bảo vệ quyền riêng tư của hồ sơ y tế và thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị. Chúng tôi bảo vệ thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị theo đòi hỏi của các luật này.

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

Cách chúng tôi bảo vệ sự riêng tư của thông tin sức khỏe của quý vị?

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

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

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

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

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

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

Là một thành viên của chương trình của chúng tôi, quý vị có quyền lấy một số loại thông tin từ chúng tôi.

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

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

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

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

Quý vị cũng có quyền được tham gia đầy đủ vào các quyết định về việc chăm sóc sức khỏe quý vị. Để giúp quý vị đưa ra quyết định với bác sĩ của quý vị về những điều trị nào là tốt nhất cho quý vị, quyền của quý vị bao gồm:

- **Được biết về tất cả các lựa chọn của quý vị.** Quý vị có quyền được thông báo về tất cả các lựa chọn điều trị được đề nghị cho tình trạng quý vị, dù chi phí là bao nhiêu hoặc liệu chúng được bao trả bởi chương trình của chúng tôi hay không. Điều này cũng bao gồm quyền được biết về các chương trình mà chúng tôi cung cấp giúp đỡ các thành viên quản lý thuốc của họ và sử dụng thuốc một cách an toàn.

Chương 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

- **Được biết về những rủi ro.** Quý vị có quyền được thông báo về bất cứ rủi ro nào liên quan đến việc chăm sóc cho quý vị. Quý vị phải được thông báo trước nếu bất cứ đề nghị chăm sóc y tế hoặc điều trị nào là một phần của một thử nghiệm nghiên cứu. Quý vị luôn luôn có sự lựa chọn để từ chối bất kỳ phương pháp điều trị thử nghiệm nào.
- **Quyền được nói “không”.** Quý vị có quyền từ chối bất cứ khuyến nghị điều trị nào. Điều này bao gồm quyền rời khỏi một bệnh viện hoặc cơ sở y tế khác, ngay cả khi bác sĩ của quý vị khuyên quý vị không bỏ đi. Quý vị có quyền ngưng dùng thuốc của quý vị. Tất nhiên, nếu quý vị từ chối điều trị hoặc ngưng dùng thuốc, quý vị chịu hoàn toàn trách nhiệm cho những gì xảy ra với cơ thể của quý vị do quyết định đó.

Quý vị có quyền hướng dẫn về những việc cần làm nếu quý vị không thể đưa ra quyết định y tế cho bản thân mình

Đôi khi người ta không thể đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho mình do tai nạn hay bệnh tật nghiêm trọng. Quý vị có quyền tuyên bố những gì quý vị muốn xảy ra nếu quý vị ở trong tình trạng này. Điều này có nghĩa rằng, *nếu quý vị muốn*, quý vị có thể:

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

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

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

- **Lấy mẫu đơn.** Quý vị có thể lấy một mẫu đơn chỉ thị trước từ luật sư, từ một nhân viên xã hội, hoặc từ một số cửa hàng vật tư văn phòng. Quý vị đôi khi có thể lấy mẫu đơn chỉ thị trước từ các tổ chức cung cấp cho người dân thông tin về Medicare.
- **Điền và ký tên.** Bất kể nơi quý vị lấy mẫu đơn này, hãy nhớ rằng đó là một tài liệu pháp lý. Quý vị nên cân nhắc việc nhờ một luật sư giúp chuẩn bị điều này.
- **Cấp bản sao cho những người thích hợp.** Quý vị nên cấp bản sao của mẫu đơn cho bác sĩ và cho người quý vị chỉ định trên mẫu đơn này là người có thể ra quyết định cho quý vị nếu quý vị không thể thực hiện. Quý vị cũng nên cấp bản sao cho bạn bè hoặc thành viên gia đình. Giữ một bản sao ở nhà.

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

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

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

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

Nếu đã ký chỉ thị trước nhưng quý vị cho rằng bác sĩ hoặc bệnh viện đã không làm theo ý nguyện đã nêu trên chỉ thị, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Pennsylvania Department of Aging.

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

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

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

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

Phần 1.8 Đánh giá các công nghệ mới

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

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

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

Nếu đó là về vấn đề kỳ thị, hãy gọi cho Office for Civil Rights

Nếu quý vị tin rằng quý vị đã bị đối xử bất công hoặc quyền của quý vị đã không được tôn trọng do chủng tộc, tình trạng khuyết tật, tôn giáo, giới tính, sức khỏe, dân tộc, tín ngưỡng (niềm tin), tuổi tác, thiên hướng tình dục hoặc nguồn gốc quốc gia của quý vị, quý vị nên gọi cho Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights theo số 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697 hoặc gọi cho **Office for Civil Rights** 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 *không* phải là do phân biệt đối xử thì quý vị có thể được trợ giúp để xử lý vấn đề quý vị đang gặp phải:

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

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

Có nhiều nơi để quý vị lấy thêm thông tin về các quyền của quý vị:

- Quý vị có thể **gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên**.
- Quý vị có thể **gọi cho SHIP**. Để biết thông tin chi tiết, hãy xem Chương 2, Phần 3.
- Quý vị có thể liên hệ với **Medicare**.
 - Quý vị có thể truy cập vào trang web của Medicare để đọc hoặc tải xuống các ấn phẩm *Quyền & Biện Pháp Bảo Vệ của Medicare*. (Ấn phẩm có tại: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
 - Hoặc, quý vị có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần (TTY 1-877-486-2048).

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

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

- **Tìm hiểu các dịch vụ được bao trả và quy định cần tuân theo để được nhận những dịch vụ được bao trả này.** Sử dụng Chứng Thực Bảo Hiểm này để tìm hiểu những gì được bao trả cho quý vị và các quy định quý vị cần tuân theo để nhận được dịch vụ được bao trả.
 - Chương 3 và 4 cung cấp thông tin chi tiết về các dịch vụ y tế của quý vị.

Chương 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

- Chương 5 và 6 cung cấp các chi tiết về bảo hiểm thuốc theo toa Phần D của quý vị.
- **Nếu quý vị có bảo hiểm y tế nào khác hoặc bảo hiểm thuốc theo toa ngoài chương trình của chúng tôi, quý vị phải cho chúng tôi biết.** Chương 1 cho quý vị biết về việc phối hợp các phúc lợi này.
- **Cho bác sĩ của quý vị và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác biết quý vị ghi danh vào chương trình của chúng tôi.** Xuất trình thẻ thành viên chương trình và thẻ Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) bất cứ khi nào quý vị được chăm sóc y tế hoặc nhận thuốc theo toa Phần D.
- **Giúp bác sĩ và nhà cung cấp khác giúp quý vị bằng cách cho họ thông tin, đặt câu hỏi và làm theo hướng dẫn chăm sóc.**
 - Để giúp quý vị được chăm sóc hiệu quả, hãy nói với bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác về các vấn đề sức khỏe. Quý vị hãy tuân theo các chương trình điều trị và chỉ dẫn mà quý vị và bác sĩ của quý vị đồng ý với nhau.
 - Đảm bảo cho bác sĩ biết tất cả các loại thuốc quý vị đang dùng, bao gồm cả thuốc không kê toa, vitamin và thực phẩm chức năng.
 - Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, hãy luôn đặt câu hỏi và được giải đáp theo cách hiệu quả. Quý vị có trách nhiệm phải hiểu vấn đề sức khỏe của quý vị và trợ giúp trong việc đặt ra các mục tiêu điều trị mà quý vị và bác sĩ cùng đồng ý.
- **Tôn trọng người khác.** Chúng tôi hy vọng tất cả các thành viên của chúng tôi tôn trọng các quyền của các bệnh nhân khác. Chúng tôi cũng kỳ vọng quý vị hành động theo cách có thể giúp phòng khám bác sĩ, bệnh viện, và các phòng khám khác vận hành suôn sẻ.
- **Thanh toán số tiền quý vị phải trả.** Là một thành viên chương trình, quý vị có trách nhiệm cho các khoản thanh toán sau đây:
 - Nếu bắt buộc phải trả thêm tiền cho Phần D do thu nhập của quý vị tăng lên (theo tờ khai thuế mới nhất), quý vị phải tiếp tục trả thêm tiền trực tiếp cho chính phủ để duy trì tư cách thành viên của chương trình.
- **Nếu quý vị chuyển nhà trong khu vực dịch vụ của chương trình, chúng tôi cần được biết** để cập nhật hồ sơ thành viên và biết cách liên hệ với quý vị.
- **Nếu quý vị chuyển nhà ra ngoài khu vực dịch vụ của chương trình, quý vị không thể tiếp tục là thành viên chương trình của chúng tôi.**
- Nếu quý vị chuyển chỗ ở, quý vị cũng nên thông báo cho Sở An Sinh Xã Hội (hoặc Ủy Ban Hưu Trí 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)

PHẦN 1 Giới thiệu

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

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

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

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

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

Phần 1.2 Thuật ngữ pháp lý thì sao?

Chương này có giải thích các thuật ngữ pháp lý đối với một số quy định, thủ tục và các loại thời hạn. Đa số những thuật ngữ này đều xa lạ với hầu hết mọi người và có thể khó hiểu. Để làm cho mọi thứ dễ dàng hơn, chương này sẽ:

- Sử dụng từ ngữ đơn giản hơn thay cho một số thuật ngữ pháp lý. Ví dụ: chương này thường nói nộp đơn khiếu nại thay vì nộp đơn than phiền, quyết định bảo hiểm thay vì quyết định cấp tổ chức hoặc quyết định bảo hiểm hoặc quyết định có nguy cơ và tổ chức đánh giá độc lập thay vì Cơ Quan Đánh Giá Độc Lập.
- Chương này cũng sử dụng từ viết tắt ít nhất có thể.

Tuy nhiên, việc biết các thuật ngữ pháp lý chính xác 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 9 Việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

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

Mỗi tiểu bang đều có chương trình chính phủ với các chuyên gia tư vấn được đào tạo. Chương trình không liên quan tới chúng tôi hoặc tới bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình sức khỏe nào. Chuyên gia tư vấn thuộc chương trình này có thể giúp quý vị hiểu được quý vị cần sử dụng quy trình nào để giải quyết vấn đề quý vị đang gặp phải. Họ cũng có thể giải đáp các thắc mắc của quý vị, cung cấp thêm thông tin cho quý vị và đưa ra hướng dẫn về điều cần làm.

Dịch vụ của các chuyên gia tư vấn SHIP đều miễn phí. Quý vị sẽ tìm thấy số điện thoại và URL của trang web trong Chương 2, Phần 3 của tài liệu này.

Medicare

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

- Quý vị có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.
- Quý vị cũng có thể truy cập vào trang web của Medicare (www.medicare.gov).

Quý vị có thể nhận trợ giúp và thông tin từ Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid).

Phương thức	Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) (chương trình Medicaid của Pennsylvania) – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-800-692-7462 1-866-550-4355 8 a.m. - 4:45 p.m. ET, Thứ Hai - Thứ Sáu
TTY	1-800-451-5886 Số điện thoại này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói.
VIẾT THƯ	Dept of Human Services County Assistance Office - Medicaid 801 Market St Philadelphia, PA 19107
TRANG WEB	https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/Medical-Assistance.aspx

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

Do quý vị có Medicare và được hỗ trợ từ Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), quý vị có thể sử dụng các quy trình khác nhau để xử lý các vấn đề hoặc khiếu nại của quý vị. Quy trình quý vị sử dụng tùy thuộc vào vấn đề đó là về các phúc lợi của Medicare hay Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid). Nếu vấn đề của quý vị là về một phúc lợi được bao trả bởi Medicare, thì quý vị nên sử dụng quy trình của Medicare. Nếu vấn đề là về một phúc lợi được bao trả bởi Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), thì quý vị nên sử dụng quy trình của Medicaid.

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

dụng quy trình của Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid). Nếu quý vị muốn giúp quyết định nên sử dụng quy trình Medicare hay quy trình Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), vui lòng liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.

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

Vấn đề của quý vị là về phúc lợi của Medicare hay phúc lợi của Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)?

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

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

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

Vấn đề của tôi là về bảo hiểm của **Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)**.

Chuyển đến **Phần 12** của chương này, **Xử lý các vấn đề về phúc lợi Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) của quý vị**.

CÁC VẤN ĐỀ VỀ PHÚC LỢI MEDICARE CỦA QUÝ VỊ

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

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

Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có quan ngại, quý vị chỉ cần đọc các phần của chương này có liên quan đến tình huống của mình. Bảng dưới đây sẽ giúp quý vị tìm được đúng phần trong chương này về các vấn đề hoặc khiếu nại về **các phúc lợi được Medicare bao trả**.

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

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

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.

Phải.

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 về quyết định bảo hiểm và kháng cáo

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

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

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

Quyết định bảo hiểm là một quyết định chúng tôi đưa ra về phúc lợi và bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền mà chúng tôi trả cho các dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị. Ví dụ, nếu bác sĩ trong mạng lưới của chương trình giới thiệu quý vị đến một bác sĩ chuyên khoa không có trong mạng lưới, việc giới thiệu này được xem là một quyết định bảo hiểm được ủng hộ trừ khi bác sĩ trong mạng lưới có thể chứng minh quý vị nhận được thông báo từ chối tiêu chuẩn cho bác sĩ chuyên khoa này, hoặc *Chứng Thực Bảo Hiểm* nêu rõ rằng dịch vụ được giới thiệu không được bao trả trong bất kỳ điều kiện nào. Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị cũng có thể liên hệ với chúng tôi và yêu cầu một quyết định bảo hiểm nếu bác sĩ của quý vị không chắc chắn về việc chúng tôi sẽ bao trả một dịch vụ y tế cụ thể hay từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cho rằng mình cần. Nói cách khác, nếu quý vị muốn biết chúng tôi có bao trả cho một dịch vụ chăm sóc y tế hay không trước khi quý vị nhận dịch vụ đó, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm cho quý vị. Trong một số trường hợp hạn chế, yêu cầu quyết định bảo hiểm sẽ bị bác bỏ, nghĩa là chúng tôi sẽ không xét duyệt yêu cầu đó. Các ví dụ về yêu cầu sẽ bị bác bỏ bao gồm yêu cầu không hoàn chỉnh, nếu người khác yêu cầu thay cho quý vị nhưng không được ủy quyền hợp pháp để làm vậy hoặc nếu quý vị yêu cầu rút lại yêu cầu của mình. Nếu chúng tôi bác bỏ yêu cầu quyết định bảo hiểm, chúng tôi sẽ gửi thông báo giải thích lý do yêu cầu bị bác bỏ và cách yêu cầu xem xét việc bác bỏ đó.

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

Nộp đơn kháng cáo

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

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

Trong một số trường hợp hạn chế, yêu cầu kháng cáo Cấp 1 sẽ bị bác bỏ, nghĩa là chúng tôi sẽ không xét duyệt yêu cầu đó. Các ví dụ về yêu cầu sẽ bị bác bỏ bao gồm yêu cầu không hoàn chỉnh, nếu người khác yêu cầu thay cho quý vị nhưng không được ủy quyền hợp pháp để làm vậy hoặc nếu quý vị yêu cầu rút lại yêu cầu của mình. Nếu chúng tôi bác bỏ yêu cầu kháng cáo Cấp 1, chúng tôi sẽ gửi thông báo giải thích lý do yêu cầu bị bác bỏ và cách yêu cầu xem xét việc bác bỏ đó.

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

- 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.
- Kháng cáo Phần D được thảo luận thêm trong Phần 7 của chương này.

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

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

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

- Quý vị có thể gọi cho **Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên**.
- Quý vị có thể nhận trợ giúp miễn phí từ chương trình Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang.
- **Bác sĩ của quý vị có thể yêu cầu cho quý vị.** Nếu bác sĩ của quý vị hỗ trợ kháng cáo trên Cấp 2, họ sẽ cần được chỉ định làm người đại diện cho quý vị. Vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên và xin mẫu đơn *Chỉ Định Người Đại Diện*. (Mẫu đơn này cũng có 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/allwellIPA).

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

- Đối với dịch vụ chăm sóc y tế, bác sĩ của quý vị có thể thay mặt quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc nộp đơn kháng cáo Cấp 1. Nếu đơn kháng cáo của quý vị bị từ chối ở Cấp 1, đơn kháng cáo này sẽ được tự động chuyển tiếp lên Cấp 2.
- Đối với thuốc theo toa 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 động thay mặt quý vị.** Nếu muốn, quý vị có thể chỉ định người khác hành động với tư cách là **người đại diện** của quý vị để yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc nộp đơn kháng cáo.
 - Nếu quý vị muốn bạn bè, người thân hoặc một người khác làm người đại diện của mình, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên và xin mẫu đơn *Chỉ Định Người Đại Diện*. (Mẫu đơn này cũng có trên trang web của Medicare tại www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang web của chúng tôi tại www.wellcare.com/allwellpa). Đơn này cho phép người đó hành xử thay mặt quý vị. Quý vị và người mà quý vị muốn hành động thay mặt quý vị phải ký vào đơn này. Quý vị phải cung cấp cho chúng tôi một bản sao của đơn đã ký.
 - Dù chúng tôi có thể chấp nhận yêu cầu kháng cáo không có mẫu đơn này, chúng tôi không thể bắt đầu hoặc hoàn thành xét duyệt cho đến khi nhận được mẫu đơn này. Nếu chúng tôi không nhận được đơn này trước thời hạn quy định để đưa ra quyết định về đơn kháng cáo của quý vị, yêu cầu kháng cáo của quý vị sẽ bị bác bỏ. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản thông báo giải thích quyền yêu cầu tổ chức đánh giá độc lập xét duyệt quyết định của chúng tôi về việc bác bỏ kháng cáo của quý vị.
- **Quý vị cũng có quyền thuê luật sư.** Quý vị có thể liên hệ với luật sư riêng hoặc mời một luật sư từ hiệp hội luật sư địa phương của quý vị hoặc dịch vụ giới thiệu khác. Ngoài ra cũng có những nhóm sẽ cung cấp cho quý vị dịch vụ pháp lý miễn phí nếu quý vị đủ điều kiện. Tuy nhiên, **quý vị không nhất thiết phải thuê luật sư** để yêu cầu bất kỳ loại quyết định bảo hiểm nào hoặc để kháng cáo quyết định.

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

Có bốn trường hợp khác nhau liên quan đến quyết định bảo hiểm và kháng cáo. Vì mỗi tình huống có những quy định và thời hạn khác nhau, chúng tôi cung cấp các chi tiết cho từng tình huống trong một phần riêng biệt:

- **Phần 6** của chương này: Dịch vụ chăm sóc y tế: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc nộp đơn kháng cáo
- **Phần 7** của chương này: thuốc theo toa Phần D: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc nộp đơn kháng cáo
- **Phần 8** của chương này: Cách yêu cầu chúng tôi bao trả cho nằm viện điều trị nội trú kéo dài nếu quý vị cho rằng bác sĩ cho quý vị xuất viện quá sớm

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

- **Phần 9** của chương này: Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả một số dịch vụ y tế nếu quý vị cho rằng bảo hiểm của quý vị kết thúc quá sớm (*Chỉ áp dụng cho các dịch vụ sau: dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn và các dịch vụ của Cơ Sở Phục Hồi Ngoại Trú Toàn Diện (CORF)*)

Nếu quý vị không chắc chắn mình nên sử dụng phần nào, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Quý vị cũng có thể nhận trợ giúp hoặc thông tin từ các tổ chức chính phủ như chương trình Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang.

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

Phần 6.1 Phần này cho biết điều cần làm nếu quý vị gặp các vấn đề khi nhận bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc nếu quý vị muốn chúng tôi trả lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi trong dịch vụ chăm sóc của quý vị

Phần này nói về các phúc lợi của quý vị đối với dịch vụ chăm sóc y tế. Những phúc lợi này được mô tả trong Chương 4 của tài liệu này: *Bảng Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả)*. Trong một số trường hợp, những quy định khác nhau sẽ được áp dụng để yêu cầu thuốc theo toa 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 vật phẩm và dịch vụ y tế như thế nào.

Phần này cho biết quý vị có thể làm những gì nếu quý vị đang ở trong bất kỳ tình huống nào trong năm tình huống sau đây:

1. Quý vị không được nhận dịch vụ chăm sóc y tế mong muốn và chọn rằng dịch vụ chăm sóc này được chương trình của chúng tôi bao trả. **Yêu cầu quyết định bảo hiểm. Phần 6.2.**
2. Chương trình của chúng tôi sẽ không phê duyệt dịch vụ chăm sóc y tế mà bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế khác muốn cung cấp cho quý vị và quý vị tin rằng dịch vụ chăm sóc này được chương trình bao trả. **Yêu cầu quyết định bảo hiểm. Phần 6.2.**
3. Quý vị đã nhận dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị tin rằng đáng ra phải được chương trình bao trả, nhưng chúng tôi nói rằng chúng tôi sẽ không chi trả cho dịch vụ chăm sóc này. **Nộp đơn kháng cáo. Phần 6.3.**
4. Quý vị đã nhận và thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị tin rằng lẽ ra phải được chương trình bao trả và muốn yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn tiền cho dịch vụ chăm sóc này. **Gửi hóa đơn cho chúng tôi. Phần 6.5.**
5. Quý vị được thông báo rằng bảo hiểm cho một số dịch vụ chăm sóc y tế đang nhận mà chúng tôi đã phê duyệt trước đây sẽ bị giảm bớt hoặc dừng lại và quý vị tin rằng việc giảm bớt hoặc dừng dịch vụ chăm sóc này có thể gây hại cho sức khỏe của quý vị. **Nộp đơn kháng cáo. Phần 6.3.**

Lưu ý: Nếu ngừng bảo hiểm đối với dịch vụ chăm sóc trong bệnh viện, chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc dịch vụ tại Cơ Sở Phục Hồi Ngoại Trú Toàn Diện (CORF), quý vị cần đọc Phần 8 và 9 của Chương này. Các quy tắc đặc biệt áp dụng cho những loại dịch vụ chăm sóc này.

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

Thuật Ngữ Pháp Lý

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

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

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

Quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn thường được đưa ra trong vòng 14 ngày hoặc 72 giờ đối với các thuốc Phần B. Quyết định nhanh về bảo hiểm thường được đưa ra trong vòng 72 giờ, đối với các dịch vụ y tế, hoặc 24 giờ đối với các loại thuốc Phần B. 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 quyết định nhanh về bảo hiểm nếu việc áp dụng thời hạn tiêu chuẩn có thể *gây hại nghiêm trọng đến sức khỏe hoặc gây hại chức năng vận động của quý vị*.
- Nếu bác sĩ 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 quyết định nhanh về bảo hiểm.
- Nếu quý vị tự mình yêu cầu một quyết định nhanh về bảo hiểm mà không có hỗ trợ từ bác sĩ, chúng tôi sẽ quyết định xem tình trạng sức khỏe của quý vị có yêu cầu chúng tôi phải **cung cấp 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 áp dụng thời hạn tiêu chuẩn.
 - Giải thích rằng nếu bác sĩ 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 đơn 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 để yêu cầu chúng tôi cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế quý vị muốn. Quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người đại diện của quý vị có thể thực hiện điều này. Chương 2 có thông tin liên hệ.

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

Đối với các quyết định bảo 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 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 nhận được yêu cầu.

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

- **Tuy nhiên**, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **chúng tôi có thể cần thêm tối đa 14 ngày theo lịch** nếu 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 thêm ngày, quý vị có thể nộp khiếu nại nhanh. Chúng tôi sẽ đưa ra câu trả lời cho khiếu nại của quý vị ngay khi chúng tôi đưa ra quyết định. (Quy trình nộp đơn khiếu nại khác với quy trình về quyết định bảo hiểm và kháng cáo. Xem Phần 11 của chương này để biết thêm thông tin về khiếu nại).

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

Quyết định nhanh về bảo hiểm có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 72 giờ nếu quý vị yêu cầu vật phẩm hoặc dịch vụ y tế. Nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Medicare Part B, chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời trong vòng 24 giờ.

- **Tuy nhiên**, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **chúng tôi có thể cần thêm tối đa 14 ngày**. Nếu chúng tôi dành thêm ngày để đưa ra quyết định, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Medicare Part B.
- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi không cần 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 văn bản giải thích lý do từ chối.

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

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

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

Thuật Ngữ Pháp Lý

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

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

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

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

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 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 sẽ cần phải quyết định xem quý vị có cần kháng cáo nhanh hay không. Nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết rằng tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu kháng cáo nhanh, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị kháng cáo nhanh.
- Các yêu cầu để được xét đơn kháng cáo nhanh giống với các yêu cầu để nhận được quyết định nhanh về bảo hiểm ở Phần 6.2 của chương này.

Bước 2: Yêu cầu chương trình của chúng tôi xét đơn kháng cáo hoặc kháng cáo nhanh.

- **Nếu quý vị đang yêu cầu xét đơn kháng cáo tiêu chuẩn, hãy nộp đơn kháng cáo tiêu chuẩn bằng văn bản.** Chương 2 có thông tin liên hệ.
- **Nếu quý vị yêu cầu kháng cáo nhanh, hãy kháng cáo bằng văn bản hoặc gọi điện cho chúng tôi.** Chương 2 có thông tin liên hệ.
- **Quý vị phải nộp yêu cầu kháng cáo trong vòng 65 ngày theo lịch** kể từ ngày ghi trên văn bản thông báo chúng tôi đã gửi cho quý vị để cho biết câu trả lời về quyết định bảo hiểm. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này và có lý do chính đáng, hãy giải thích lý do quý vị kháng cáo trễ hạn khi thực hiện kháng cáo. Chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để thực hiện kháng cáo. Ví dụ về lý do chính đáng có thể bao gồm bệnh nghiêm trọng khiến quý vị không liên hệ được với chúng tôi hoặc chúng tôi cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác hoặc không hoàn chỉnh về thời hạn cho yêu cầu kháng cáo.
- **Quý vị có thể yêu cầu cung cấp bản sao thông tin liên quan đến quyết định y tế của mình.** Quý vị và bác sĩ của quý vị cũng có thể bổ sung thêm thông tin để hỗ trợ cho kháng cáo của quý vị.

Bước 3: Chúng tôi xem xét đơn kháng cáo và sẽ cho quý vị biết câu trả lời.

- Khi chúng tôi xét duyệt đơn kháng cáo, 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 sẽ liên hệ với quý vị hoặc bác sĩ.

Thời hạn cho một kháng cáo nhanh

- Đối với kháng cáo nhanh, chúng tôi phải cho quý vị biết câu trả lời **trong vòng 72 giờ sau khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.** Chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm thế.
 - Nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, chúng tôi **có thể cần 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 trả lời trong vòng 72 giờ (hoặc chậm nhất vào lúc kết thúc thời gian được gia hạn nếu chúng tôi cần thêm ngày), chúng tôi cần phải tự động chuyển yêu cầu lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo, lúc này yêu cầu sẽ được xét duyệt bởi một tổ chức đánh giá độc lập. Phần 6.4 giải thích về quy trình 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)

- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý 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 nhận được kháng cáo.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi sẽ gửi quyết định bằng văn bản cho quý vị và tự động chuyển tiếp kháng cáo 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 nhận được kháng cáo. Nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Medicare Part B mà quý vị chưa nhận được, chúng tôi sẽ trả lời **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi nhận được kháng cáo. Chúng tôi sẽ ra quyết định sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị cần chúng tôi làm như vậy.
 - **Tuy nhiên,** nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **chúng tôi có thể cần thêm tối đa 14 ngày theo lịch** nếu 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 thêm ngày, quý vị có thể nộp khiếu nại nhanh. Khi quý vị nộp khiếu nại nhanh, chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời cho đơn khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ. (Xem Phần 11 của chương này để biết thêm thông tin về khiếu nại).
 - Nếu chúng tôi trả lời đúng hạn (hoặc sau khi kết thúc khoảng thời gian được gia hạn), chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị lên 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 một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm trong vòng 30 ngày theo lịch nếu quý vị yêu cầu một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế hoặc **trong vòng 7 ngày theo lịch** nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Medicare Part B.

Nếu chương trình của chúng tôi từ chối một phần hoặc tất cả đơn kháng cáo của quý vị, chúng tôi sẽ tự động gửi kháng cáo của quý vị tới tổ chức đánh giá độc lập để thực hiện kháng cáo Cấp 2.

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

Thuật Ngữ Pháp Lý

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

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

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

- Chúng tôi sẽ gửi thông tin về đơn kháng cáo của quý vị cho tổ chức này. Thông tin này được gọi là **hồ sơ trường hợp**. Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp một bản sao hồ sơ trường hợp.
- Quý vị có quyền cung cấp thông tin bổ sung cho tổ chức đánh giá độc lập để hỗ trợ đơn kháng cáo của mình.
- 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 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 **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 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 **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 **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi tổ chức này nhận được đơn kháng cáo của quý vị.
- Nếu quý vị yêu cầu vật phẩm hoặc dịch vụ y tế và tổ chức đánh giá độc lập cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **có thể mất thêm tối đa là 14 ngày theo lịch**. Tổ chức đánh giá độc lập không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Medicare Part B.

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

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

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

Bước 3: Nếu trường hợp của quý vị đáp ứng yêu cầu, quý vị có thể chọn muốn nộp đơn kháng cáo lên cấp cao hơn hay không.

- Có thêm ba cấp trong quy trình kháng cáo sau Cấp 2 (tổng cộng năm cấp kháng cáo). Nếu quý vị quyết định nộp đơn kháng cáo Cấp 3 thì những chi tiết về cách thực hiện sẽ có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau đơn kháng cáo Cấp 2 của quý vị.
- Kháng cáo Cấp 3 được giải quyết bởi một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử. Phần 10 của chương này sẽ giải thích về Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng cáo.

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

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

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

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

- **Nếu chúng tôi đồng ý 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, thường là trong vòng 30 ngày theo lịch nhưng không quá 60 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu. Nếu quý vị chưa thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế đó thì chúng tôi sẽ gửi khoản thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.

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

- **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 khoản thanh toán cho quý vị. 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 không đồng ý quyết định từ chối của chúng tôi, **quý vị có thể nộp đơn kháng cáo.** Nếu quý vị nộp đơn kháng cáo, điều đó có nghĩa là quý vị đang yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra khi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị.

Để nộp đơn kháng cáo này, hãy làm theo quy trình kháng cáo mà chúng tôi mô tả trong Phần 6.3. Đối với các kháng cáo liên quan đến bồi hoàn, vui lòng lưu ý:

- Chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi nhận được kháng cáo. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại cho quý vị số tiền thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận được và quý vị đã thanh toán thì quý vị không được phép yêu cầu xét đơn kháng cáo nhanh.
- Nếu tổ chức đánh giá độc lập quyết định rằng chúng tôi phải thanh toán, chúng tôi phải gửi cho quý vị hoặc nhà cung cấp khoản thanh toán trong vòng 30 ngày theo lịch. Nếu câu trả lời cho đơn kháng cáo của quý vị là đồng ý ở bất kỳ giai đoạn nào của quy trình kháng cáo sau Cấp 2 thì chúng tôi phải gửi khoản thanh toán mà quý vị đã yêu cầu cho quý vị hoặc cho nhà cung cấp trong vòng 60 ngày theo lịch.

PHẦN 7 Thuốc theo toa Phần D: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc nộp đơn kháng cáo

Phần 7.1 Phần này cho quý vị biết phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề khi nhận thuốc Phần D hoặc quý vị muốn chúng tôi hoàn lại tiền thuốc Phần D cho quý vị

Phúc lợi của quý vị bao gồm bảo hiểm cho nhiều loại thuốc theo toa. Để được chi trả, thuốc phải được sử dụng theo chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. (Xem Chương 5 để biết thêm thông tin về các chỉ định được chấp nhận về mặt y tế). Để biết thông tin 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 nhắc đến *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*. Chúng tôi cũng sử dụng thuật ngữ Danh Sách Thuốc thay vì *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả* hoặc *Danh Mục Thuốc*.

- Nếu 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 nói rằng toa thuốc của quý vị không mua được như kê 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 phúc lợi và bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền mà chúng tôi sẽ trả cho thuốc của quý vị. Phần này trình bày điều quý vị có thể làm nếu rơi vào bất kỳ trường hợp nào trong các trường hợp sau:

- Yêu cầu bao trả thuốc 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). **Yêu cầu trường hợp ngoại lệ. Phần 7.2**
- Yêu cầu xin 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 bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra thì quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Phần này cho quý vị biết cả cách yêu cầu quyết định bảo hiểm và cách yêu cầu xét đơn kháng cáo.

Phần 7.2 Trường hợp ngoại lệ là gì?

Thuật Ngữ Pháp Lý

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

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

Yêu cầu trả tiền ít 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 **ngoại lệ**. Ngoại lệ là loại quyết định bảo hiểm.

Để chúng tôi có thể cân nhắc yêu cầu trường hợp ngoại lệ của quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác sẽ cần đưa ra các lý do y tế giải thích tại sao quý vị cần trường hợp ngoại lệ được chấp thuận. Sau đây là hai ví dụ về các trường hợp ngoại lệ mà quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện:

1. **Bao trả thuốc Phần D không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi.** Quý vị không thể yêu cầu ngoại lệ với khoản chia sẻ chi phí mà chúng tôi yêu cầu quý vị thanh toán cho loại thuốc đó.
2. **Bỏ hạn chế đối với một loại thuốc được bao trả.** Chương 5 mô tả các quy tắc hoặc hạn chế bổ sung áp dụng cho một số loại thuốc nhất định trong “Danh Sách Thuốc” của chúng tôi.

Phần 7.3 Những điều quan trọng cần biết về việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ

Bác sĩ của quý vị phải cho chúng tôi biết các lý do y tế

Bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác phải gửi cho chúng tôi thông báo giải thích các lý do y tế về việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ. Để có quyết định nhanh hơn, hãy bao gồm những thông tin y tế đó từ bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác khi quý vị yêu cầu trường hợp ngoại lệ.

Thông thường, Danh sách thuốc của chúng tôi bao gồm nhiều loại thuốc để điều trị một tình 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 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 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, quý vị có thể yêu cầu xem xét lại quyết định của chúng tôi bằng cách nộp đơn kháng cáo.

Phần 7.4 Hướng dẫn từng bước: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm, bao gồm trường hợp ngoại lệ

Thuật Ngữ Pháp Lý

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

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

Quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn được đưa ra trong vòng **72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được giấy xác nhận từ 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 xác nhận từ bác sĩ của quý vị.

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

- Quý vị phải yêu cầu về *loại thuốc mà quý vị chưa nhận được*. (Quý vị không thể yêu cầu quyết định nhanh về bảo hiểm để hoàn lại tiền cho thuốc quý vị đã mua).
- Áp dụng thời hạn tiêu chuẩn có thể *gây tổn hại nghiêm trọng cho sức khỏe hoặc làm tổn hại đến khả năng vận động của quý vị*.
- Nếu bác sĩ hoặc người kê toa khác cho chúng tôi biết rằng tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi một quyết định nhanh về bảo hiểm, chúng tôi sẽ 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 có hỗ trợ từ bác sĩ hoặc người kê toa, chúng tôi sẽ quyết định xem tình trạng sức khỏe của quý vị có yêu cầu chúng tôi phải cung cấp 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 áp dụng thời hạn tiêu chuẩn.
 - Giải thích rằng nếu bác sĩ hoặc người kê toa khác 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.
 - Cho quý vị biết cách nộp đơn 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 quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn hoặc quyết định nhanh về bảo hiểm.

Bắt đầu bằng cách gọi điện thoại, viết thư, hoặc gửi fax cho chương trình của chúng tôi để yêu cầu chúng tôi cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm đối với dịch vụ chăm sóc y tế quý vị muốn. Quý vị cũng có thể tìm hiểu về quy trình quyết định bảo hiểm qua trang web của chúng tôi. Chúng tôi phải chấp nhận 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 wellcare.pahealthwellness.com/coverage-determinations. Chương 2 có thông tin liên hệ. Để hỗ trợ chúng tôi xử lý yêu cầu của quý vị, vui lòng nhớ điền tên, thông tin liên hệ và thông tin xác định yêu cầu bị từ chối nào đang được quý vị kháng cáo.

Quý vị, bác sĩ của quý vị (hoặc người kê toa khác) hoặc người đại diện của quý vị có thể thực hiện điều này. Quý vị cũng có thể yêu cầu luật sư hành động thay mặt quý vị. Phần 5 của chương này cho biết cách quý vị có thể cho phép bằng văn bản để một người nào đó làm người đại diện cho quý vị.

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

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

Thời hạn đối với quyết định nhanh về bảo hiểm

- Chúng tôi thường phải trả lời **trong vòng 24 giờ** sau khi nhận được yêu cầu.
 - Đối với trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 24 giờ sau khi nhận được văn bản hỗ trợ từ bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm thế.
 - Nếu chúng tôi không đáp ứng được thời hạn này, chúng tôi 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 một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi phải cung cấp mức bảo hiểm đã đồng ý cung cấp trong vòng 24 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc xác nhận của bác sĩ ủng hộ yêu cầu.

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

- Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị văn bản giải thích lý do từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách thực hiện kháng cáo.

Thời hạn cho quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn về một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được

- Chúng tôi thường phải trả lời **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được yêu cầu.
 - Đối với trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 72 giờ sau khi nhận được văn bản hỗ trợ từ bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm thế.
 - Nếu chúng tôi không đáp ứng được thời hạn này, chúng tôi 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 một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu, chúng tôi phải **cung cấp mức bảo hiểm đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc xác nhận của bác sĩ ủng hộ yêu cầu.
- Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị văn bản giải thích lý do từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách thực hiện kháng cáo.

Thời hạn cho quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn về thanh toán cho một loại thuốc mà quý vị đã mua

- Chúng tôi phải trả lời **trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
 - Nếu chúng tôi không đáp ứng được thời hạn này, chúng tôi 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 một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu, chúng tôi cũng cần phải thanh toán cho quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu.
- Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị văn bản giải thích lý do từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách thực hiện kháng cáo.

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối với yêu cầu ngoại lệ của quý vị, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo.

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

Phần 7.5 Hướng dẫn từng bước: Cách nộp đơn kháng cáo Cấp 1

Thuật Ngữ Pháp Lý

Đơn kháng cáo lên chương trình về quyết định bảo hiểm đối với thuốc 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 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 hoặc người kê toa khác sẽ cần quyết định xem liệu quý vị có cần xét đơn kháng cáo nhanh hay không.
- Các yêu cầu để được xét đơn kháng cáo nhanh giống với các yêu cầu để nhận được quyết định nhanh về bảo hiểm ở Phần 7.4 của chương này.

Bước 2: Quý vị, người đại diện, bác sĩ hoặc người kê toa khác phải liên hệ với chúng tôi và nộp đơn kháng cáo Cấp 1. Nếu sức khỏe của quý vị cần phản hồi 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, hãy nộp kháng cáo bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi theo số 1-844-796-6811 (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 Tái Quyết Định Bảo Hiểm Mẫu của CMS, có sẵn trên trang web của chúng tôi wellcare.pahealthwellness.com/coverage-determinations. Vui lòng đảm bảo điền tên, thông tin liên hệ và thông tin liên quan đến yêu cầu của quý vị để hỗ trợ chúng tôi xử lý yêu cầu.
- **Quý vị phải nộp yêu cầu kháng cáo trong vòng 65 ngày theo lịch** kể từ ngày ghi trên văn bản thông báo chúng tôi đã gửi cho quý vị để cho biết câu trả lời về quyết định bảo hiểm. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này và có lý do chính đáng, hãy giải thích lý do quý vị kháng cáo trễ hạn khi thực hiện kháng cáo. Chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để thực hiện kháng cáo. Ví dụ về lý do chính đáng có thể bao gồm bệnh nghiêm trọng khiến quý vị không liên hệ được với chúng tôi hoặc chúng tôi cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác hoặc không hoàn chỉnh về thời hạn cho yêu cầu kháng cáo.
- **Quý vị có thể yêu cầu bản sao thông tin trong đơn kháng cáo của quý vị và bổ sung thêm thông tin.** Quý vị và bác sĩ của quý vị cũng có thể bổ sung thêm thông tin để hỗ trợ cho kháng cáo của quý vị.

Bước 3: Chúng tôi xem xét đơn kháng cáo và sẽ cho quý vị biết câu trả lời.

- Khi chúng tôi xét duyệt đơn kháng cáo, chúng tôi sẽ xem xét thận trọng lại tất cả thông tin về yêu cầu bảo hiểm của quý vị. Chúng tôi kiểm tra xem liệu chúng tôi có đang tuân theo tất cả các quy định khi chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị hay không. Chúng tôi có thể liên hệ với quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác để biết thêm thông tin.

Thời hạn cho một kháng cáo nhanh

- Đối với kháng cáo nhanh, chúng tôi phải cho quý vị biết câu trả lời **trong vòng 72 giờ sau khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.** Chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm thế.

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

- Nếu chúng tôi không trả lời trong vòng 72 giờ, chúng tôi phải chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo để một tổ chức đánh giá độc lập 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 một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi phải cung cấp mức bảo hiểm đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi nhận được đơn kháng cáo.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi sẽ gửi thông báo bằng văn bản giải thích lý do từ chối và cách quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Thời hạn cho kháng cáo tiêu chuẩn về 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 nhận được kháng cáo. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết quyết định của chúng tôi sớm hơn nếu quý vị chưa nhận được thuốc và tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm như vậy.
 - Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định trong vòng 7 ngày theo lịch, chúng tôi phải chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo để một tổ chức đánh giá độc lập xét duyệt yêu cầu này. Phần 7.6 giải thích về quy trình kháng cáo Cấp 2.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm nhanh nhất có thể theo yêu cầu sức khỏe của quý vị, nhưng không quá **7 ngày theo lịch** sau khi nhận được đơn kháng cáo. **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi sẽ gửi thông báo bằng văn bản giải thích lý do từ chối và cách quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

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

- Chúng tôi phải trả lời **trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
 - Nếu chúng tôi không đáp ứng được thời hạn này, chúng tôi 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 một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi cũng cần phải thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi sẽ gửi cho quý vị văn bản giải thích lý do từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách thực hiện kháng cáo.

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối đơn kháng cáo thì quý vị sẽ quyết định xem liệu quý vị có muốn tiếp tục quy trình kháng cáo và nộp đơn kháng cáo khác không.

- Nếu quý vị quyết định nộp đơn kháng cáo khác, đơn kháng cáo của quý vị sẽ chuyển lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo.

Phần 7.6 Hướng dẫn từng bước: Cách nộp đơn kháng cáo Cấp 2

Thuật Ngữ Pháp Lý

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

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

Bước 1: Quý vị (hoặc người đại diện hoặc bác sĩ 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**. **Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp một bản sao hồ sơ trường hợp.**
- Quý vị có quyền cung cấp thông tin bổ sung cho tổ chức đánh giá độc lập để hỗ trợ đơn kháng cáo của mình.

Bước 2: Tổ chức đánh giá độc lập xét duyệt đơn kháng cáo của quý vị.

Những người xét duyệt tại tổ chức đánh giá độc lập sẽ xem xét kỹ lưỡng tất cả thông tin liên quan đến đơn kháng cáo của quý vị.

Thời hạn cho kháng cáo nhanh

- Nếu cần kháng cáo nhanh do tình trạng sức khỏe, quý vị hãy yêu cầu kháng cáo nhanh với tổ chức đánh giá độc lập.
- Nếu tổ chức này đồng ý áp dụng kháng cáo nhanh cho quý vị, tổ chức này phải trả lời đơn kháng cáo Cấp 2 **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được yêu cầu kháng cáo.

Thời hạn cho kháng cáo tiêu chuẩn

- Đối với kháng cáo tiêu chuẩn, tổ chức đánh giá phải trả lời đơn kháng cáo Cấp 2 **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi tổ chức này nhận được đơn kháng cáo nếu đó là kháng cáo về thuốc mà quý vị chưa nhận. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho thuốc mà quý vị đã mua, tổ chức đánh giá phải trả lời kháng cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi nhận được yêu cầu.

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

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 một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu, chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm thuốc đã được tổ chức đánh giá chấp thuận trong vòng 24 giờ sau khi 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 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 một phần hoặc tất cả yêu cầu hoàn lại tiền cho 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 quyết định của chúng tôi khi không chấp thuận yêu cầu (hoặc một phần yêu cầu) của quý vị. (Điều này được gọi là **giữ nguyên quyết định**. Điều này cũng được gọi là **bác bỏ kháng cáo**). Trong trường hợp này, tổ chức đánh giá độc lập sẽ gửi thư cho quý vị:

- Giải thích quyết định của họ.
- Thông báo về quyền được kháng cáo Cấp 3 nếu giá trị tiền mặt của bảo hiểm thuốc mà quý vị yêu cầu đáp ứng mức tối thiểu nhất định. Nếu trị giá bảo hiểm thuốc tính bằng đô la mà quý vị yêu cầu quá thấp, quý vị không thể tiếp tục kháng cáo thêm và quyết định ở Cấp 2 sẽ là quyết định cuối cùng.
- Cho quý vị biết giá trị đang tranh chấp phải là bao nhiêu để tiếp tục quy trình kháng cáo.

Bước 4: Nếu trường hợp của quý vị đáp ứng yêu cầu, quý vị có thể chọn muốn nộp đơn kháng cáo lên cấp cao hơn hay không.

- Có thêm ba cấp trong quy trình kháng cáo sau Cấp 2 (tổng cộng năm cấp kháng cáo).
- Nếu quý vị muốn tiếp tục nộp đơn kháng cáo Cấp 3 thì những chi tiết về cách thực hiện sẽ có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau khi có quyết định về kháng cáo Cấp 2.
- Kháng cáo Cấp 3 được giải quyết bởi một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử. Phần 10 của chương này cho biết thêm về Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng cáo.

PHẦN 8 Cách yêu cầu chúng tôi bao trả cho thời gian nằm viện điều trị nội trú kéo dài nếu quý vị cho rằng quý vị được cho xuất viện quá sớm

Khi quý vị nhập viện, quý vị có quyền nhận tất cả dịch vụ bệnh viện được bao trả cần thiết để chẩn đoán và điều trị chấn thương hoặc căn bệnh của quý vị.

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

Trong thời gian ở bệnh viện được bao trả, bác sĩ và nhân viên bệnh viện sẽ làm việc với quý vị để chuẩn bị cho ngày quý vị ra viện. Họ sẽ giúp sắp xếp dịch vụ chăm sóc mà quý vị có thể cần sau khi quý vị ra viện.

- Ngày quý vị ra viện được gọi là **ngày xuất viện**.
- Khi đã quyết định ngày xuất viện, bác sĩ hoặc nhân viên bệnh viện sẽ cho quý vị biết.
- Nếu cho rằng quý vị được yêu cầu ra viện quá sớm, quý vị có thể yêu cầu thêm thời gian nằm viện và yêu cầu của quý vị sẽ được xem xét.

Phần 8.1 Trong thời gian quý vị nằm viện điều trị nội trú, quý vị sẽ nhận được thông báo bằng văn bản từ Medicare cho biết các quyền của quý vị

Trong vòng hai ngày 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 Thành Viên hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. (TTY 1-877-486-2048).

- 1. Vui lòng đọc kỹ thông báo này và đặt câu hỏi nếu không hiểu thông tin nào.** Thông báo này cho quý vị biết:
 - Quyền 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.
 - Biết địa điểm để báo cáo mối lo ngại nào mà quý vị có về chất lượng dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện.
 - Quyền được **yêu cầu xem xét ngay lập tức** quyết định xuất viện nếu quý vị cho rằng quý vị được xuất viện quá sớm. Đây là một cách chính thức, hợp pháp để yêu cầu hoãn ngày xuất viện để chúng tôi bao trả dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện của quý vị trong thời gian lâu hơn.
- 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 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 ký thông báo trước ngày xuất viện hơn hai ngày, quý vị sẽ nhận được một bản sao khác trước khi quý vị được lên lịch xuất viện.

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

- Để xem trước bản sao thông báo này, quý vị có thể gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. Quý vị cũng có thể xem thông báo trực tuyến tại www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Phần 8.2 Hướng dẫn từng bước: Cách nộp đơn kháng cáo Cấp 1 để thay đổi ngày quý vị xuất viện

Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi bao trả các dịch vụ bệnh viện nội trú của mình lâu hơn, quý vị sẽ cần sử dụng quy trình kháng cáo để thực hiện yêu cầu này. Trước khi quý vị bắt đầu, hãy hiểu quý vị cần làm gì và thời hạn là ngày nào.

- **Tuân theo quy trình.**
- **Đáp ứng thời hạn.**
- **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 Thành 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 kiểm tra xem ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị có phù hợp về mặt y tế không.

Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng là một nhóm các bác sĩ và các chuyên gia y tế khác do chính phủ Liên Bang trả lương để kiểm tra và cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc dành cho những người tham gia Medicare. Việc này bao gồm xét duyệt ngày xuất viện đối với những người tham gia Medicare. Những chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi.

Bước 1: Liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng tại tiểu bang của quý vị và yêu cầu xét duyệt ngay lập tức việc xuất viện của quý vị. Quý vị phải nhanh chóng hành động.

Làm thế nào để liên hệ với tổ chức này?

- Văn bản thông báo mà quý vị nhận được (*Thông Báo Quan Trọng từ Medicare về Các Quyền Của Quý Vị*) sẽ cho 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* ra viện và **chậm nhất là vào nửa đêm ngày xuất viện.**
 - **Nếu đáp ứng được thời hạn này,** quý vị được phép nằm viện *sau* ngày xuất viện *mà không phải thanh toán cho thời gian này* trong khi chờ quyết định từ Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng.
 - **Nếu quý vị không đáp ứng được thời hạn này,** hãy liên hệ với chúng tôi. Nếu 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 nhận được sau ngày xuất viện theo kế hoạch.

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

Sau khi yêu cầu xem xét ngay lập tức việc xuất viện của quý vị, Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ liên hệ với chúng tôi. Muộn nhất là trưa ngày hôm sau khi chúng tôi được họ liên hệ, chúng tôi sẽ đưa ra **Thông Báo Chi Tiết về Xuất Viện** cho quý vị. Thông báo này cung cấp cho quý vị ngày xuất viện theo kế hoạch và giải thích chi tiết lý do vì sao bác sĩ, bệnh viện và chúng tôi nghĩ rằng quý vị được xuất viện vào ngày đó là đúng (phù hợp về mặt y tế).

Quý vị có thể lấy mẫu Thông Báo Chi Tiết về Xuất Viện bằng cách gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. (Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.) Hoặc quý vị có thể xem mẫu thông báo trực tuyến tại www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Bước 2: Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng tiến hành xét duyệt độc lập trường hợp của quý vị.

- Các chuyên gia y tế 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) lý do quý vị cho 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.
- Người xét duyệt cũng sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, trao đổi với bác sĩ và xét duyệt thông tin mà bệnh viện và chúng tôi cung cấp cho họ.
- Muộn nhất là vào giữa trưa ngày đó sau khi những người xét duyệt thông báo cho chúng tôi về kháng cáo, quý vị sẽ nhận được thông báo bằng văn bản của chúng tôi cho biết ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị. Thông báo này cũng giải thích chi tiết lý do vì sao bác sĩ, bệnh viện và chúng tôi nghĩ rằng quý vị được xuất viện vào ngày đó là đúng (phù hợp về mặt y tế).

Bước 3: Trong vòng một ngày sau khi có tất cả thông tin cần thiết, Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ trả lời đơn kháng cáo của quý vị.

Điều gì sẽ xảy ra nếu câu trả lời là đồng ý?

- Nếu tổ chức đánh giá *đồng ý*, **chúng tôi phải tiếp tục cung cấp các dịch vụ nội trú tại bệnh viện được bao trả trong thời gian các dịch vụ này vẫn còn cần thiết về mặt y tế.**
- Quý vị phải tiếp tục trả phần chia sẻ chi phí của quý vị (như tiền khấu trừ hoặc đồng thanh toán, nếu có). Ngoài ra, có thể có các giới hạn đối với các dịch vụ tại bệnh viện được bao trả của quý vị.

Điều gì xảy ra nếu câu trả lời là từ chối?

- Nếu tổ chức đánh giá *từ chối*, họ cho rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là phù hợp về mặt y tế. Nếu vậy, **bảo hiểm của chúng tôi cho các dịch vụ nội trú tại bệnh viện của quý vị sẽ kết thúc** vào giữa trưa của ngày *sau* ngày Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng trả lời đơn kháng cáo của quý vị.
- Nếu tổ chức đánh giá *từ chối* đơn kháng cáo và quý vị quyết định tiếp tục nằm viện, khi đó **quý vị có thể phải trả toàn bộ** chi phí 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 trả lời đơn kháng cáo của quý vị.

Bước 4: Nếu câu trả lời đối với đơn kháng cáo Cấp 1 của quý vị là từ chối, quý vị quyết định liệu quý vị có muốn nộp một đơn kháng cáo khác hay không.

- Nếu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng *từ chối* đơn kháng cáo và quý vị tiếp tục nằm viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo khác. Nộp đơn kháng cáo khác có nghĩa quý vị sẽ tới **Cấp 2** của quy trình kháng cáo.

Phần 8.3 Hướng dẫn từng bước: Cách nộp đơn kháng cáo Cấp 2 để thay đổi ngày quý vị xuất viện

Trong quá trình kháng cáo Cấp 2, quý vị yêu cầu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng xem xét lại quyết định của họ đối với đơn kháng cáo đầu tiên của quý vị. Nếu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng từ chối đơn kháng cáo Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho thời gian quý vị nằm viện sau ngày xuất viện dự kiến.

Bước 1: Liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng một lần nữa và yêu cầu xét duyệt lần nữa.

- Quý vị phải yêu cầu duyệt xét như vậy **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau ngày Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng *từ chối* đơn kháng cáo Cấp 1 của quý vị. Quý vị chỉ có thể yêu cầu lần xét duyệt này nếu quý vị nằm viện sau ngày bảo hiểm của quý vị cho dịch vụ chăm sóc kết thúc.

Bước 2: Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng thực hiện xét duyệt lần thứ hai đối với trường hợp của quý vị.

- Người xét duyệt tại Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ xem xét kỹ lưỡng lại tất cả thông tin liên quan đến đơn kháng cáo của quý vị.

Bước 3: Trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu kháng cáo Cấp 2 của quý vị, những người xét duyệt sẽ quyết định về đơn kháng cáo và cho biết quyết định của họ.

Nếu tổ chức đánh giá đồng ý:

- **Chúng tôi phải bồi hoàn** phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho các dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được kể từ giữa trưa của ngày sau ngày kháng cáo đầu tiên của quý vị bị Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng bác bỏ. **Chúng tôi phải tiếp tục cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện trong thời gian điều đó còn cần thiết về mặt y tế.**
- Quý vị phải tiếp tục thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình và chương trình có thể áp dụng các giới hạn bảo hiểm.

Nếu tổ chức đánh giá từ chối:

- Điều đó có nghĩa là họ đồng ý 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 biết những việc có thể làm nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình xét duyệt.

Bước 4: Nếu câu trả lời là từ chối, quý vị sẽ cần quyết định xem quý vị có muốn nộp đơn kháng cáo lên mức cao hơn bằng cách chuyển sang Cấp 3 hay không.

- Có thêm ba cấp trong quy trình kháng cáo sau Cấp 2 (tổng cộng năm cấp kháng cáo). Nếu quý vị muốn tiếp tục nộp đơn kháng cáo Cấp 3 thì những chi tiết về cách thực hiện sẽ có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau khi có quyết định về kháng cáo Cấp 2 của quý vị.
- Kháng cáo Cấp 3 được giải quyết bởi một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử. Phần 10 của chương này cho biết thêm về Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng cáo.

PHẦN 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 bao trả bất kỳ loại nào trong ba loại dịch vụ chăm sóc dành cho quý vị, chúng tôi cần phải thông báo trước cho quý vị. Khi bảo hiểm dành cho loại dịch vụ chăm sóc đó của quý vị kết thúc, *chúng tôi sẽ ngừng thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị.*

Nếu quý vị nghĩ chúng tôi 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 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 lâu 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* thể hiện quý vị đã nhận được thông tin về thời điểm bảo hiểm của quý vị sẽ ngừng. **Việc ký vào thông báo này không có nghĩa là quý vị đồng ý** với quyết định của chương trình về việc ngừng dịch vụ chăm sóc.

Phần 9.3 Hướng dẫn từng bước: Cách nộp đơn kháng cáo Cấp 1 để yêu cầu chương trình của chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị trong thời gian lâu hơn

Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị trong thời gian lâu hơn, quý vị sẽ cần phải sử dụng quy trình kháng cáo để thực hiện yêu cầu này. Trước khi quý vị bắt đầu, hãy hiểu quý vị cần làm gì và thời hạn là ngày nào.

- **Tuân theo quy trình.**
- **Đáp ứng thời hạn.**
- **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 Thành 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.

Bước 1: Nộp đơn kháng cáo Cấp 1 của quý vị: liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng và yêu cầu kháng cáo giải quyết nhanh. Quý vị phải nhanh chóng hành động.

Làm thế nào để liên hệ với tổ chức này?

- Thông báo bằng văn bản quý vị đã nhận được (*Thông Báo Về Việc Không Bao Trả Của Medicare*) cho quý vị biết cách liên hệ với tổ chức này. (Hoặc tìm tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng trong tiểu bang của quý vị trong Chương 2).

Nhanh chóng hành động:

- Quý vị phải liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng để bắt đầu kháng cáo muộn nhất là vào **giữa trưa ngày trước ngày có hiệu lực** trong *Thông Báo Về Việc Không Bao Trả Của Medicare*.
- Nếu bỏ lỡ thời hạn liên lạc 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 xét duyệt độc lập trường hợp của quý vị.

Thuật Ngữ Pháp Lý

Giải Thích Chi Tiết về Việc Không Bao Trả. Thông báo nhằm cung cấp thông tin chi tiết về các lý do kết thúc bảo hiểm.

Điều gì xảy ra trong lần xét duyệt này?

- Các chuyên gia y tế tại Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (người xét duyệt) sẽ hỏi quý vị hoặc người đại diện lý do quý vị tin rằng bảo hiểm cho dịch vụ đó 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 và xét duyệt thông tin mà chương trình của chúng tôi đã cung cấp cho họ.

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

- Cuối cùng, những người xét duyệt sẽ thông báo cho chúng tôi biết về kháng cáo của quý vị, quý vị cũng sẽ nhận được thư **Giải Thích Chi Tiết về Việc Không Bao Trả** từ chúng tôi nhằm giải thích chi tiết lý do chúng tôi ngừng bao trả cho các dịch vụ của quý vị.

Bước 3: Trong vòng một ngày sau khi có tất cả các thông tin cần thiết, những người xét duyệt sẽ cho quý vị biết quyết định của họ.

Điều gì sẽ xảy ra nếu những người xét duyệt trả lời đồng ý?

- Nếu người xét duyệt *đồng ý* kháng cáo của quý vị, thì **chúng tôi phải tiếp tục cung cấp các dịch vụ được bao trả của quý vị trong thời gian dịch vụ đó còn cần thiết về mặt y tế.**
- Quý vị phải tiếp tục trả phần chia sẽ chi phí của quý vị (như tiền khấu trừ hoặc đồng thanh toán, nếu có). Có thể có các giới hạn đối với các dịch vụ được bao trả của quý vị.

Điều gì sẽ xảy ra nếu những người xét duyệt trả lời từ chối?

- Nếu những người xét duyệt *từ chối*, thì bảo hiểm của quý vị **sẽ chấm dứt vào ngày chúng tôi đã thông báo cho quý vị.**
- Nếu quý vị quyết định tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà hoặc dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc dịch vụ tại Cơ Sở Phục Hồi Ngoại Trú Toàn Diện (CORF) *sau* ngày này khi bảo hiểm của quý vị chấm dứt, thì **quý vị sẽ phải tự thanh toán toàn bộ chi phí của dịch vụ chăm sóc này.**

Bước 4: Nếu câu trả lời đối với đơn kháng cáo Cấp 1 của quý vị là từ chối, quý vị quyết định liệu quý vị có muốn nộp một đơn kháng cáo khác hay không.

- Nếu người xét duyệt *từ chối* đơn kháng cáo Cấp 1 của quý vị và quý vị chọn tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau khi bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc đó chấm dứt thì quý vị có thể nộp đơn kháng cáo Cấp 2.

Phần 9.4 Hướng dẫn từng bước: Cách nộp đơn kháng cáo Cấp 2 để yêu cầu chương trình của chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị trong thời gian lâu hơn

Trong quá trình kháng cáo Cấp 2, quý vị yêu cầu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng xem xét lại quyết định của họ đối với đơn kháng cáo đầu tiên của quý vị. Nếu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng từ chối đơn kháng cáo Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà hoặc dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc dịch vụ tại Cơ Sở Phục Hồi Ngoại Trú Toàn Diện (CORF) *sau* ngày chúng tôi cho biết bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt.

Bước 1: Liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng một lần nữa và yêu cầu xét duyệt lần nữa.

- Quý vị phải yêu cầu cuộc duyệt xét này **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau ngày mà QIO *từ chối* đơn kháng cáo Cấp 1 của quý vị. Quý vị chỉ có thể yêu cầu lần xét duyệt này nếu tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau ngày bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc đó đã chấm dứt.

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

Bước 2: Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng thực hiện xét duyệt lần thứ hai đối với trường hợp của quý vị.

- Người xét duyệt tại Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ xem xét kỹ lưỡng lại tất cả thông tin liên quan đến đơn kháng cáo của quý vị.

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

Điều gì sẽ xảy ra nếu tổ chức đánh giá trả lời đồng ý?

- **Chúng tôi phải bồi hoàn** phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc quý vị đã nhận được kể từ ngày chúng tôi cho biết bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt. **Chúng tôi phải tiếp tục bao trả** cho dịch vụ chăm sóc đó trong thời gian dịch vụ còn cần thiết về mặt y tế.
- Quý vị phải tiếp tục thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình và chúng tôi có thể áp dụng các giới hạn mức bảo hiểm.

Điều gì xảy ra nếu tổ chức đánh giá từ chối?

- Điều đó có nghĩa là họ đồng ý quyết định đã đưa ra đối với đơn kháng cáo Cấp 1 của quý vị.
- Thông báo quý vị nhận được bằng văn bản sẽ cho biết những việc có thể làm nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình xét duyệt. Thông báo sẽ cung cấp cho quý vị chi tiết về cách chuyển lên mức kháng cáo tiếp theo, mức được Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử giải quyết.

Bước 4: Nếu câu trả lời là từ chối, quý vị sẽ cần quyết định xem có muốn kháng cáo lên cấp cao hơn hay không.

- Có thêm ba cấp trong quy trình kháng cáo sau Cấp 2, tổng cộng là năm cấp kháng cáo. Nếu quý vị muốn tiếp tục nộp đơn kháng cáo Cấp 3 thì những chi tiết về cách thực hiện sẽ có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau khi có quyết định về kháng cáo Cấp 2 của quý vị.
- Kháng cáo Cấp 3 được giải quyết bởi một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử. Phần 10 của chương này cho biết thêm về Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng cáo.

PHẦN 10 Tiếp tục chuyển đơn kháng cáo của quý vị lên Cấp 3 và các cấp cao hơn

Phần 10.1 Các Cấp Kháng Cáo 3, 4 và 5 cho Yêu Cầu Dịch Vụ Y Tế

Phần này có thể thích hợp cho quý vị nếu quý vị đã nộp đơn kháng cáo Cấp 1 và kháng cáo Cấp 2, và cả hai đơn kháng cáo của quý vị đều bị từ chối.

Nếu giá trị tiền mặt của vật phẩm hoặc dịch vụ y tế quý vị đã kháng cáo đáp ứng một số mức tối thiểu, quý vị có thể tiếp tục chuyển lên các cấp kháng cáo tiếp theo. Nếu giá trị tiền mặt thấp hơn mức tối thiểu, quý vị không thể tiếp tục kháng cáo thêm nữa. Văn bản trả lời mà quý vị nhận được cho đơn kháng cáo Cấp 2 của quý vị sẽ giải thích cách nộp đơn kháng cáo Cấp 3.

Đối với hầu hết các tình huống liên quan đến kháng cáo, ba cấp kháng cáo cuối cùng hoạt động khá giống nhau. Đây là người giải quyết việc xét duyệt đơn kháng cáo của quý ở mỗi cấp này.

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

Kháng cáo Cấp 3 Một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử làm việc cho chính phủ Liên Bang sẽ xét duyệt kháng cáo và trả lời quý vị.

- **Nếu Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử đồng ý đơn kháng cáo của quý vị, quy trình kháng cáo có thể hoặc không thể kết thúc.** Không giống như quyết định ở kháng cáo Cấp 2, chúng tôi có quyền kháng cáo quyết định ở Cấp 3 mà có lợi cho quý vị. Nếu chúng tôi quyết định kháng cáo, trường hợp này sẽ chuyển thành kháng cáo Cấp 4.
 - Nếu chúng tôi quyết định *không* kháng cáo, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi nhận được quyết định của Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử.
 - Nếu chúng tôi quyết định kháng cáo quyết định đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị bản sao yêu cầu kháng cáo Cấp 4 cùng bất kỳ tài liệu kèm theo nào. Chúng tôi có thể chờ quyết định kháng cáo Cấp 4 trước khi cho phép hoặc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế đang tranh chấp.
- **Nếu Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử từ chối đơn kháng cáo của quý vị, quy trình kháng cáo có thể hoặc không thể kết thúc.**
 - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối đơn kháng cáo thì quy trình kháng cáo kết thúc.
 - Nếu quý vị không chấp nhận quyết định đó, quý vị có thể tiếp tục tới cấp tiếp theo của quy trình xét duyệt. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết việc cần làm cho kháng cáo Cấp 4.

Kháng cáo Cấp 4 Hội Đồng Kháng Cáo Medicare (Hội Đồng) sẽ xét duyệt đơn kháng cáo của quý vị và cho quý vị biết câu trả lời. Hội Đồng này thuộc chính quyền Liên Bang.

- **Nếu câu trả lời là đồng ý, hoặc nếu Hội Đồng từ chối yêu cầu xét duyệt của chúng tôi đối với quyết định có lợi ở kháng cáo Cấp 3, quy trình kháng cáo có thể hoặc không thể kết thúc.** Không giống như quyết định ở Cấp 2, chúng tôi có quyền kháng cáo quyết định ở Cấp 4 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 hoặc không thể kết thúc.**
 - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối đơn kháng cáo thì quy trình kháng cáo kết thúc.
 - Nếu không 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.

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

Kháng cáo Cấp 5 Một thẩm phán tại **Tòa Án Quận Liên Bang** sẽ xét duyệt đơn kháng cáo của quý vị.

- Thẩm phán sẽ xét duyệt tất cả thông tin và quyết định *đồng ý* hoặc *từ chối* yêu cầu của quý vị. Đây là câu trả lời cuối cùng. Không còn thêm cấp kháng cáo nào sau cấp Tòa Án Quận Liên Bang.

Phần 10.2 Các Cấp Kháng Cáo 3, 4 và 5 cho Yêu Cầu Thuốc 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 cấp kháng cáo bổ sung. Nếu số tiền ít hơn, quý vị không thể kháng cáo thêm nữa. Văn bản trả lời mà quý vị nhận được cho đơn kháng cáo Cấp 2 của quý vị sẽ giải thích cần liên hệ với ai và cần làm gì để yêu cầu xét đơn kháng cáo Cấp 3.

Đối với hầu hết các tình huống liên quan đến kháng cáo, ba cấp kháng cáo cuối cùng hoạt động khá giống nhau. Đây là người giải quyết việc xét duyệt đơn kháng cáo của quý ở mỗi cấp này.

Kháng cáo Cấp 3 Một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử làm việc cho chính phủ Liên Bang sẽ xét duyệt kháng cáo và trả lời quý vị.

- **Nếu câu trả lời là đồng ý, quy trình kháng cáo kết thúc.** Chúng tôi phải **cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử chấp thuận **trong vòng 72 giờ (24 giờ đối với kháng cáo cấp tốc) hoặc thanh toán chậm nhất là 30 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định.
- **Nếu câu trả lời là từ chối, quy trình kháng cáo có thể hoặc không thể kết thúc.**
 - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối đơn kháng cáo thì quy trình kháng cáo kết thúc.
 - Nếu quý vị không chấp nhận quyết định đó, quý vị có thể tiếp tục tới cấp tiếp theo của quy trình xét duyệt. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết việc cần làm cho kháng cáo Cấp 4.

Kháng cáo Cấp 4 Hội Đồng Kháng Cáo Medicare (Hội Đồng) sẽ xét duyệt đơn kháng cáo của quý vị và cho quý vị biết câu trả lời. Hội Đồng này thuộc chính quyền Liên Bang.

- **Nếu câu trả lời là đồng ý, quy trình kháng cáo kết thúc.** Chúng tôi phải **cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được Hội Đồng chấp thuận **trong vòng 72 giờ (24 giờ đối với kháng cáo nhanh) hoặc thanh toán chậm nhất là 30 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định.
- **Nếu câu trả lời là từ chối, quy trình kháng cáo có thể hoặc không thể kết thúc.**
 - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối đơn kháng cáo thì quy trình kháng cáo kết thúc.
 - Nếu không 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.

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

Kháng cáo Cấp 5 Một thẩm phán tại **Tòa Án Quận Liên Bang** sẽ xét duyệt đơn kháng cáo của quý vị.

- Thẩm phán sẽ xét duyệt tất cả thông tin và quyết định *đồng ý* hoặc *từ chối* yêu cầu của quý vị. Đây là câu trả lời cuối cùng. Không còn thêm cấp kháng cáo nào sau cấp Tòa Án Quận Liên Bang.

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

Phần 11.1 Những loại vấn đề nào được giải quyết theo quy trình khiếu nại?

Quy trình khiếu nại *chỉ* được dùng cho một số loại vấn đề nhất định. Những loại này gồm các vấn đề về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ, và dịch vụ khách hàng. Sau đây là ví dụ về một số loại vấn đề được quy trình khiếu nại xử lý.

Khiếu nại	Ví dụ
Chất lượng dịch vụ chăm sóc y tế	<ul style="list-style-type: none"> • Quý vị không hài lòng với chất lượng chăm sóc (bao gồm dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện)?
Tôn trọng quyền riêng tư của quý vị	<ul style="list-style-type: none"> • Có ai 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	<ul style="list-style-type: none"> • Có ai đã thô lỗ hoặc thiếu tôn trọng quý vị không? • Quý vị không hài lòng với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên của chúng tôi? • Quý vị có cảm thấy mình đang được khuyến khích rời chương trình không?
Thời gian chờ	<ul style="list-style-type: none"> • Quý vị có gặp khó khăn khi đặt hẹn hoặc phải chờ quá lâu để đặt hẹn không? • Quý vị có phải chờ bác sĩ, dược sĩ hoặc chuyên gia y tế khác quá lâu không? Hoặc Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên của chúng tôi hay nhân viên khác của chương trình? <ul style="list-style-type: none"> ○ Ví dụ như chờ quá lâu khi gọi điện, chờ ở phòng chờ hoặc phòng khám, hoặc lấy toa thuốc.
Tình trạng vệ sinh	<ul style="list-style-type: none"> • Quý vị không hài lòng với tình trạng vệ sinh hoặc tình trạng của một phòng khám, bệnh viện hoặc phòng mạch của bác sĩ?
Thông tin quý vị nhận được từ chúng tôi	<ul style="list-style-type: none"> • Có phải chúng tôi không gửi cho quý vị thông báo cần thiết không? • Thông tin bằng văn bản của chúng tôi có khó hiểu không?

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

Khiếu nại	Ví dụ
<p>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)</p>	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 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
<ul style="list-style-type: none"> • Khiếu nại còn được gọi là than phiền. • Nộp đơn khiếu nại còn được gọi là nộp đơn than phiền. • Sử dụng quy trình nộp đơn 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 Hướng dẫn từng bước: Cách nộp đơn khiếu nại

Bước 1: Liên hệ với chúng tôi ngay lập tức qua điện thoại hoặc bằng văn bản.

- Thông thường, bước đầu tiên là gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Nếu có bất kỳ điều gì khác quý vị cần phải làm, Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên sẽ cho quý vị biết.
- Nếu quý vị không muốn gọi điện thoại (hoặc đã gọi và không được đáp ứng), quý vị có thể lập khiếu nại bằng văn bản và gửi cho chúng tôi. Nếu quý vị khiếu nại bằng văn bản, chúng tôi sẽ phản hồi lại khiếu nại của quý vị bằng văn bản.

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

- **Nếu chúng tôi không thể giải quyết đơn khiếu nại qua điện thoại, chúng tôi có một thủ tục chính thức để xem xét đơn khiếu nại. Chúng tôi gọi đây là Thủ Tục Than Phiền.** Để nộp đơn khiếu nại hoặc nếu quý vị có câu hỏi về thủ tục này, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Hoặc, quý vị có thể gửi email cho chúng tôi một yêu cầu bằng văn bản tới địa chỉ được nêu trong phần *Khiếu Nại về Dịch Vụ Chăm Sóc Y Tế* hoặc *Khiếu Nại về Thuốc Theo Toa 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 việc. Quý vị có thể gửi khiếu nại của mình một cách chính thức bằng văn bản theo địa chỉ được nêu trong phần *Khiếu Nại về Dịch Vụ Chăm Sóc Y Tế* hoặc *Khiếu Nại về Thuốc Theo Toa Phần D* trong Chương 2 của tài liệu này.
 - Chúng tôi phải thông báo quyết định của mình về khiếu nại nhanh nhất có thể dựa trên tình trạng sức khỏe của quý vị, tuy nhiên chậm nhất là 30 ngày theo lịch sau khi nhận được khiếu nại của quý vị. Chúng tôi có thể gia hạn thời gian tối đa 14 ngày theo lịch nếu quý vị yêu cầu gia hạn hoặc nếu chúng tôi thấy cần thêm thông tin và việc trì hoãn là có lợi nhất cho quý vị.
 - Trong một số trường hợp nhất định, quý vị có quyền yêu cầu xét duyệt nhanh khiếu nại của quý vị. Đây được gọi là Thủ Tục Khiếu Nại Nhanh. Quý vị có quyền được xét duyệt nhanh về khiếu nại của mình nếu không đồng ý với quyết định của chúng tôi trong các trường hợp sau:
 - Chúng tôi từ chối yêu cầu xét duyệt nhanh một yêu cầu về dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc Phần D của quý vị.
 - Chúng tôi từ chối yêu cầu xét duyệt nhanh một kháng cáo về dịch vụ hoặc thuốc Phần D bị từ chối.
 - Chúng tôi quyết định cần thêm thời gian để xét duyệt yêu cầu dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị.
 - Chúng tôi quyết định cần thêm thời gian để xét duyệt kháng cáo của quý vị về dịch vụ chăm sóc y tế bị từ chối.
- Quý vị có thể gửi loại khiếu nại này qua điện thoại bằng cách gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Quý vị cũng có thể gửi khiếu nại cho chúng tôi bằng văn bản theo địa chỉ được nêu trong phần *Khiếu Nại về Dịch Vụ Chăm Sóc Y Tế* hoặc *Khiếu Nại về Thuốc Theo Toa Phần D* trong Chương 2 của tài liệu này. Sau khi nhận được khiếu nại nhanh, một Bác Sĩ Lâm Sàng sẽ xét duyệt trường hợp của quý vị để quyết định lý do từ chối yêu cầu được xét duyệt nhanh của quý vị hay gia hạn cho trường hợp này có phù hợp hay không. Chúng tôi sẽ thông báo miệng cho quý vị về quyết định xử lý nhanh trường hợp và thông báo bằng văn bản trong vòng 24 giờ kể từ khi nhận được khiếu nại của quý vị.
- **Thời hạn** nộp đơn khiếu nại là 60 ngày theo lịch kể từ khi quý vị gặp vấn đề mà muốn khiếu nại.

Bước 2: Chúng tôi xem xét đơn khiếu nại của quý vị và cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi.

- **Nếu có thể, chúng tôi sẽ trả lời quý vị ngay lập tức.** Nếu quý vị gọi cho chúng tôi để khiếu nại, chúng tôi có thể cho quý vị biết câu trả lời ngay trong cuộc gọi đó.
- **Hầu hết các đơn khiếu nại đều được trả lời trong vòng 30 ngày theo lịch.** Nếu chúng tôi cần thêm thông tin và sự chậm trễ là vì lợi ích tốt nhất của quý vị hoặc nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, chúng tôi có thể dành thêm tối đa là 14 ngày theo lịch (tổng cộng là 44 ngày theo lịch) để trả lời đơn khiếu nại của quý vị. Nếu chúng tôi quyết định dành thêm ngày để đưa ra quyết định, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản.
- **Nếu quý vị nộp đơn khiếu nại vì chúng tôi đã từ chối yêu cầu quyết định nhanh về bảo hiểm hoặc kháng cáo nhanh, 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 trả lời trong vòng 24 giờ.
- **Nếu chúng tôi không đồng ý một phần hoặc toàn bộ đơn khiếu nại 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 quý vị khiếu nại về *chất lượng chăm sóc*, quý vị cũng có hai tùy chọn bổ sung:

- **Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại trực tiếp lên Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng.** Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng là một nhóm các bác sĩ thực hành và các chuyên gia chăm sóc y tế khác do chính quyền Liên Bang trả lương để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc dành cho bệnh nhân tham gia Medicare. Chương 2 có thông tin liên hệ.

Hoặc

- **Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại cùng lúc lên Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng và chúng tôi.**

Phần 11.5 Quý vị cũng có thể thông báo cho Medicare về đơn khiếu nại của quý vị

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại về chương trình của chúng tôi trực tiếp lên Medicare. Để nộp đơn khiếu nại lên Medicare, hãy truy cập www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY/TDD có thể gọi số 1-877-486-2048.

CÁC VẤN ĐỀ VỀ PHÚC LỢI Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) CỦA QUÝ VỊ

PHẦN 12 **Xử lý các vấn đề về phúc lợi Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)**

Nếu quý vị cho rằng quý vị bị từ chối không hợp lý một dịch vụ hoặc thanh toán cho một dịch vụ được Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) bao trả, quý vị có quyền kháng cáo quyết định của chúng tôi lên Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid). Để nộp đơn khiếu nại (than phiền) hoặc kháng cáo về dịch vụ Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), vui lòng liên hệ văn phòng Medicaid Tiểu Bang của quý vị. Quý vị có thể tìm thông tin liên hệ trong Chương 2, Phần 6.

CHƯƠNG 10:

Kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

PHẦN 1 Giới thiệu về chấm dứt tham gia chương trình của chúng tôi với tư cách thành viên

Việc chấm dứt tư cách thành viên chương trình Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) có thể là **tự nguyện** (do quý vị chọn), hoặc **không tự nguyện** (không do quý vị chọn):

- Quý vị có thể rời chương trình của chúng tôi bởi vì quý vị đã quyết định *muốn* rời. Phần 2 và 3 cung cấp thông tin về việc tự nguyện chấm dứt tư cách thành viên của quý vị.
- Cũng có một số ít trường hợp khi quý vị không chọn rời, nhưng chúng tôi bị bắt buộc chấm dứt tư cách thành viên của quý vị. Phần 5 cho quý vị biết về các tình huống, khi chúng tôi phải chấm dứt tư cách thành viên của quý vị.

Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, chương trình của chúng tôi phải tiếp tục cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế và thuốc theo toa của quý vị và quý vị sẽ tiếp tục thanh toán phần chia sẻ chi phí cho đến khi tư cách thành viên của quý vị kết thúc.

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

Phần 2.1 Quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên do quý vị có Medicare và Medicaid

- Hầu hết mọi người có Medicare chỉ có thể kết thúc tư cách thành viên ở một vài thời điểm nhất định trong năm. Do quý vị có Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi vào bất kỳ tháng nào trong năm. Quý vị cũng có tùy chọn ghi danh vào một chương trình Medicare khác vào bất kỳ tháng nào, bao gồm:
 - Original Medicare *có* chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare riêng biệt
 - Original Medicare *không có* chương trình bảo hiểm cho thuốc theo toa Medicare riêng biệt (Nếu quý vị chọn tùy 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
 - D-SNP tích hợp cung cấp bảo hiểm theo Medicare và hầu hết hoặc toàn bộ phúc lợi và dịch vụ của Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) trong cùng một chương trình, nếu đủ điều kiện.

Lưu ý: Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare và không có bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín trong một khoảng thời gian 63 ngày liên tục trở lên thì quý vị có thể cần trả tiền phạt ghi danh muộn Phần D, nếu sau đó quý vị tham gia một chương trình thuốc Medicare.

Liên hệ Văn Phòng Medicaid Tiểu Bang của quý vị để tìm hiểu thêm về các lựa chọn chương trình Medicaid (các số điện thoại có trong Chương 2, Phần 6 của tài liệu này).

- Các tùy chọn chương trình y tế Medicare khác có sẵn trong **Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm**. Phần 2.2 cho quý vị biết thêm về Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm.

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

- **Khi nào quý vị chấm dứt tư cách thành viên?** Tư cách thành viên của quý vị sẽ thường kết thúc vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu thay đổi chương trình của quý vị. Việc ghi danh của quý vị trong chương trình mới cũng sẽ bắt đầu vào ngày này.

Phần 2.2 Quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên trong Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm

Quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên của mình trong **Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm** (còn được gọi là Giai Đoạn Ghi Danh Mở Hàng Năm). Trong thời gian này, hãy xem xét bảo hiểm thuốc và sức khỏe của quý vị và quyết định về bảo hiểm cho năm tiếp theo.

- **Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm** là từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12.
- **Chọn tiếp tục bảo hiểm hiện tại hoặc thay đổi bảo hiểm cho năm tới.** Nếu quý vị quyết định đổi qua một chương trình mới, thì quý vị có thể chọn bất cứ loại chương trình nào sau đây:
 - Một chương trình sức khỏe Medicare khác, có hoặc không có bảo hiểm thuốc theo toa.
 - Original Medicare *có* chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare riêng biệt

HOẶC

- Original Medicare *không có* chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare riêng biệt.
- **Tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi sẽ chấm dứt** khi chương trình bảo hiểm mới của quý vị bắt đầu vào ngày 1 tháng 1.

Nếu quý vị nhận “Trợ Giúp Bổ Sung” từ Medicare để thanh toán cho thuốc theo toa: Nếu quý vị đổi qua Original Medicare và không ghi danh vào một chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare riêng biệt thì Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình bảo hiểm thuốc, trừ khi quý vị yêu cầu không tự động ghi danh.

Lưu ý: Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare và không có bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín từ 63 ngày liên tiếp trở lên, thì quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh muộn 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 thành viên của mình trong Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage

Quý vị có cơ hội thay đổi bảo hiểm y tế của quý vị *một lần* trong **Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage**.

- **Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage hàng năm** là từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 và đối với người thụ hưởng Medicare mới đã đăng ký vào một chương trình MA, kể từ tháng có quyền được bảo hiểm theo Phần A và Phần B cho đến ngày cuối cùng của tháng thứ 3 có quyền được bảo hiểm.

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

- **Trong Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage hàng năm**, quý vị có thể:
 - Chuyển sang một Chương Trình Medicare Advantage khác có hoặc không có bảo hiểm thuốc theo toa.
 - Hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi và nhận bảo hiểm thông qua Original Medicare. Nếu quý vị chọn đổi qua Original Medicare trong giai đoạn này, quý vị cũng có thể tham gia một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng vào thời điểm đó.
- **Tư cách thành viên của quý vị sẽ chấm dứt** vào ngày đầu tháng sau khi quý vị ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage khác hoặc chúng tôi nhận yêu cầu đổi qua Original Medicare của quý vị. Nếu quý vị cũng chọn ghi danh vào một chương trình bảo hiểm cho thuốc theo toa Medicare, thì tư cách thành viên của quý vị trong chương trình bảo hiểm thuốc sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chương trình bảo hiểm thuốc nhận thư quý vị yêu cầu ghi danh.

Phần 2.4 Trong một số trường hợp nhất định, quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên trong Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt

Trong một trường hợp, quý vị có thể đủ điều kiện chấm dứt tư cách thành viên vào các thời điểm khác trong năm. Đây gọi là **Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt**.

Quý vị có thể đủ điều kiện để kết thúc tư cách thành viên trong Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt nếu quý vị nằm trong bất kỳ tình huống nào sau đây. Đây chỉ là những ví dụ, để có toàn bộ danh sách, quý vị có thể liên hệ với chương trình, gọi Medicare, hoặc vào trang web của Medicare (www.medicare.gov):

- Thông thường là khi quý vị đã chuyển đi nơi khác.
- Nếu quý vị có Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)
- Nếu quý vị đủ điều kiện được nhận “Trợ Giúp Bổ Sung” để chi trả cho thuốc theo toa Medicare.
- Nếu chúng tôi vi phạm hợp đồng với quý vị.
- Nếu quý vị được chăm sóc trong một tổ chức, như viện dưỡng lão hoặc một bệnh viện chăm sóc dài hạn (LTC).
- Nếu quý vị ghi danh trong Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện cho Người Cao Tuổi (PACE)
- **Lưu ý:** Nếu quý vị đang tham gia một chương trình quản lý thuốc, quý vị có thể không được thay đổi 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.

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

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 xin gọi 1-877-486-2048. Nếu quý vị đủ điều kiện chấm dứt tư cách thành viên vì một hoàn cảnh đặc biệt, quý vị có thể chọn thay đổi cả hai bảo hiểm y tế Medicare và bảo hiểm thuốc theo toa. Quý vị có thể chọn:

- Một chương trình sức khỏe Medicare khác có hoặc không có bảo hiểm thuốc theo toa,
- Original Medicare có chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare riêng biệt,
- – hoặc – Original Medicare không có chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare riêng biệt.

Lưu ý: Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare và không có bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín từ 63 ngày liên tiếp trở lên, thì quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh muộn Phần D nếu sau đó quý vị tham gia một chương trình thuốc Medicare.

Nếu quý vị nhận “Trợ Giúp Bổ Sung” từ Medicare để thanh toán cho thuốc theo toa: Nếu quý vị đổi qua Original Medicare và không ghi danh vào một chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare riêng biệt thì Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình bảo hiểm thuốc, trừ khi quý vị yêu cầu không tự động ghi danh.

Tư cách thành viên của quý vị thông thường sẽ chấm dứt vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chúng tôi nhận yêu cầu thay đổi chương trình.

Lưu ý: Phần 2.1 và 2.2 cho quý vị biết thêm về giai đoạn 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 thành viên ở đâu?

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về việc kết thúc tư cách thành viên, quý vị có thể:

- **Gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.**
- Tìm thông tin trong sổ tay *Medicare & Quý Vị năm 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 thành viên bằng cách nào?

Bảng sau đây giải thích cách quý vị nên ngưng là tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi như thế nào.

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

Nếu quý vị muốn chuyển từ chương trình của chúng tôi sang:	Đây là điều quý vị nên làm:
<ul style="list-style-type: none"> Một chương trình y tế Medicare khác 	<ul style="list-style-type: none"> Ghi danh vào một chương trình 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 Dual Access (HMO D-SNP) khi bảo hiểm của chương trình mới của quý vị bắt đầu.
<ul style="list-style-type: none"> Original Medicare có chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare riêng biệt 	<ul style="list-style-type: none"> Ghi danh vào một chương trình bảo hiểm 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 Dual Access (HMO D-SNP) khi bảo hiểm của chương trình mới của quý vị bắt đầu.
<ul style="list-style-type: none"> Original Medicare không có chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare riêng biệt <ul style="list-style-type: none"> Nếu quý vị đổi qua Original Medicare và không ghi danh vào một chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare riêng biệt, thì Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình bảo hiểm thuốc, trừ khi quý vị yêu cầu không tự động ghi danh. Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare và không có bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín từ 63 ngày liên tiếp trở lên thì quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh muộn nếu sau đó quý vị tham gia một chương trình bảo hiểm thuốc của Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> Gửi cho chúng tôi yêu cầu hủy ghi danh bằng văn bản. Hãy liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên nếu quý vị cần thêm thông tin về cách thực hiện việc này. Quý vị cũng có thể liên hệ Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần và yêu cầu được hủy ghi danh. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. Quý vị sẽ được hủy ghi danh khỏi Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu.

Lưu ý: Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare và không có bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín từ 63 ngày liên tiếp trở lên, thì quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh muộn Phần D nếu sau đó quý vị tham gia một chương trình thuốc Medicare.

Để được giải đáp thắc mắc về phúc lợi Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) của quý vị, hãy liên hệ với Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), 1-800-692-7462, TTY 1-800-451-5886, 8 a.m. - 4:45 p.m.

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

giờ ET, Thứ Hai - Thứ Sáu. Hãy hỏi xem việc tham gia một chương trình khác hay quay lại Original Medicare sẽ ảnh hưởng như thế nào đến cách quý vị nhận bảo hiểm Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid).

PHẦN 4 Cho tới khi ngưng là thành viên, quý vị phải tiếp tục nhận các vật phẩm y tế, dịch vụ và thuốc qua chương trình của chúng tôi

Cho đến khi tư cách thành viên Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) 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 thành viên, thời gian nằm viện của quý vị sẽ được chương trình của chúng tôi bao trả cho đến khi xuất viện (ngay cả khi quý vị được xuất viện sau khi bảo hiểm y tế mới bắt đầu).

PHẦN 5 Chúng tôi phải chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình trong một số trường hợp nhất định

Phần 5.1 Khi nào chúng tôi phải chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình?

Chúng tôi phải chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình nếu xảy ra bất cứ trường hợp nào sau đây:

- Nếu quý vị không còn được hưởng Medicare Part A và Part B.
- Nếu quý vị không còn đủ điều kiện nhận Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid). Như đã nêu trong Chương 1, Phần 2.1, chương trình của chúng tôi dành cho những người đủ điều kiện nhận cả Medicare và Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid). Nếu quý vị không còn đáp ứng được các yêu cầu đủ điều kiện đặc biệt cho chương trình của chúng tôi, tư cách thành viên của quý vị trong chương trình này sẽ chấm dứt sau 6 tháng. Quý vị sẽ nhận được một thông báo từ chúng tôi để thông báo cho quý vị về việc chấm dứt tư cách thành viên của quý vị và các lựa chọn của quý vị. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về yêu cầu đủ điều kiện của quý vị, vui lòng liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên.
 - Giai đoạn được coi là vẫn tiếp tục đủ điều kiện cho chương trình của chúng tôi kéo dài 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 nhà ra khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi.
- Nếu quý vị ra khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi lâu hơn sáu tháng.

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

- Nếu quý vị chuyển chỗ ở hoặc đi xa lâu ngày, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên để tìm hiểu xem liệu nơi quý vị chuyển đến hoặc đi du lịch tới có thuộc khu vực của chương trình chúng tôi hay không.
- Nếu quý vị bị giam giữ (ở 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 có cung cấp bảo hiểm thuốc theo toa
- Nếu quý vị cố tình cung cấp sai thông tin khi ghi danh trong chương trình của chúng tôi và thông tin đó có ảnh hưởng tới tính điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi. (Chúng tôi không thể bắt buộc quý vị rời chương trình của chúng tôi vì lý do này, trừ khi chúng tôi được Medicare cho phép trước.)
- Nếu quý vị tiếp tục ứng xử theo cách quấy rối và gây khó khăn cho chúng tôi trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị và các thành viên khác trong chương trình của chúng tôi. (Chúng tôi không thể bắt buộc quý vị rời chương trình của chúng tôi vì lý do này, trừ khi chúng tôi được Medicare cho phép trước.)
- Nếu quý vị cho người khác sử dụng thẻ thành viên của mình để nhận dịch vụ chăm sóc y tế. (Chúng tôi không thể bắt buộc quý vị rời chương trình của chúng tôi vì lý do này, trừ khi chúng tôi được Medicare cho phép trước.)
 - Nếu chúng tôi kết thúc tư cách thành viên của quý vị vì lý do này, Medicare có thể yêu cầu Tổng Thanh Tra điều tra trường hợp của quý vị.
- Nếu quý vị phải trả thêm cho số tiền Phần D do thu nhập và quý vị không chịu trả thì Medicare sẽ hủy ghi danh quý vị khỏi chương trình của chúng tôi.

Quý vị có thể lấy thêm thông tin ở đâu?

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc muốn biết thêm thông tin về thời điểm chúng tôi có thể kết thúc tư cách thành viên của mình, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên.

Phần 5.2 Chúng tôi không được yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất cứ lý do gì liên quan tới sức khỏe

Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) không được phép yêu cầu quý vị rời chương trình của chúng tôi vì bất cứ lý do gì liên quan tới sức khỏe.

Quý vị nên làm gì nếu chuyện này xảy ra?

Nếu quý vị cảm thấy đang bị yêu cầu rời chương trình của chúng tôi vì lý do liên quan đến sức khỏe, hãy gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần (TTY: 1-877-486-2048).

Phần 5.3 Quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại nếu chúng tôi chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Nếu chúng tôi kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi, chúng tôi phải cho quý vị biết bằng văn bản lý do kết thúc tư cách thành viên của quý vị. Chúng tôi cũng phải giải thích cách quý vị có thể nộp đơn khiếu nại hoặc than phiền quyết định của chúng tôi về việc kết thúc tư cách thành viên của quý vị.

CHƯƠNG 11:

Thông báo pháp lý

PHẦN 1 Thông báo về luật quy định

Luật chủ yếu áp dụng cho tài liệu *Chứng Thực Bảo Hiểm* này là Tiêu Đề XVIII của Đạo Luật An Sinh Xã Hội và các quy định được tạo ra theo Đạo Luật An Sinh Xã Hội bởi Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid hay CMS. Ngoài ra, luật Liên bang khác và trong một số trường hợp nhất định, luật của tiểu bang nơi quý vị sinh sống có thể được áp dụng. Điều này có thể ảnh hưởng đến quyền và trách nhiệm của quý vị ngay cả khi các luật đó không được bao gồm hoặc giải thích trong tài liệu này.

PHẦN 2 Thông báo về việc không phân biệt đối xử

Chương trình sức khỏe của chúng tôi tuân thủ Luật Dân Quyền Liên Bang. **Chúng tôi không phân biệt đối xử** dựa trên chủng tộc, dân tộc, nguồn gốc quốc gia, màu da, tôn giáo, giới tính, tuổi tác, khuynh hướng tình 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 phân biệt đối xử, bao gồm Tiêu Đề VI của Đạo Luật Dân Quyền năm 1964, Đạo Luật Phục Hồi năm 1973, Đạo Luật Không Phân Biệt Đối Xử Tuổi tác năm 1975, Đạo Luật Người Mỹ Khuyết Tật, Phần 1557 Đạo Luật Chăm Sóc Y Tế Hợp Túi Tiền, tất cả các luật khác áp dụng cho các tổ chức nhận ngân quỹ chính quyền Liên Bang, và bất cứ luật và quy định nào khác áp dụng cho bất cứ lý do gì.

Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin hoặc có quan ngại về việc phân biệt đối xử hoặc đối xử bất công, xin gọi cho Department of Health and Human Services' **Office for Civil Rights** theo số 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) hoặc Office for Civil Rights địa phương của quý vị. Quý vị cũng có thể xem lại thông tin từ Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights 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 Thành Viên của chúng tôi. Nếu quý vị có khiếu nại, ví dụ như vấn đề với lối đi dành cho xe lăn, Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên có thể trợ giúp.

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

Chúng tôi có quyền hạn và trách nhiệm thu hồi tiền cho các dịch vụ Medicare bao trả mà Medicare không phải là chương trình trả tiền chính. Thẻ theo quy định của CMS tại điều 42 CFR mục 422.108 và 423.462, chương trình của chúng tôi, trong vai trò một Tổ Chức Medicare Advantage, sẽ thực thi các quyền hạn khi thu hồi chi phí giống Bộ Trưởng thực thi theo quy định của CMS trong các phần phụ B tới D của phần 411 của điều 42 CFR, và quy định được thiết lập trong phần này thay thế bất cứ luật gì của Tiểu Bang.

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

Khi quý vị bị thương

Nếu quý vị bị thương, bị ốm hoặc xuất hiện một bệnh lý do những hành động của một người khác, công ty hoặc bản thân quý vị (một “bên chịu trách nhiệm”), chương trình của chúng tôi sẽ cung cấp phúc lợi cho những dịch vụ được bao trả mà quý vị nhận được.

Tuy nhiên, nếu quý vị nhận tiền hoặc có quyền nhận tiền vì quý vị bị thương, bị ốm hoặc mắc bệnh dù thông qua một thỏa thuận, phán quyết hoặc bất kỳ khoản thanh toán nào khác liên quan đến thương tích, bệnh hoặc bệnh lý của quý vị, chương trình của chúng tôi và/hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc điều trị cho quý vị sẽ giữ quyền thu hồi giá trị của bất kỳ dịch vụ nào đã được cung cấp cho quý vị thông qua chương trình này theo luật áp dụng của Tiểu Bang.

Khi được sử dụng trong toàn bộ điều khoản này, thuật ngữ “bên chịu trách nhiệm” nghĩa là bất kỳ người nào hoặc tổ chức nào có khả năng hoặc thực sự chịu trách nhiệm về thương tích, bệnh hoặc bệnh lý của quý vị. Thuật ngữ bên chịu trách nhiệm bao gồm trách nhiệm pháp lý hoặc công ty bảo hiểm khác của người hoặc tổ chức chịu trách nhiệm đó.

Một số ví dụ về việc quý vị có thể bị thương, bị ốm hoặc xuất hiện bệnh lý do hành động của một bên chịu trách nhiệm bao gồm, nhưng không giới hạn ở:

- Quý vị bị tai nạn xe ô tô;
- Quý vị bị trượt ngã trong một cửa hàng; hoặc
- Quý vị tiếp xúc với hóa chất độc hại tại nơi làm việc.

Quyền thu hồi của chương trình chúng tôi áp dụng cho bất kỳ và tất cả các khoản tiền quý vị nhận được từ bên chịu trách nhiệm, bao gồm nhưng không giới hạn ở:

- Các khoản thanh toán được thực hiện bởi một bên thứ ba hoặc bất kỳ công ty bảo hiểm nào thay mặt cho bên thứ ba đó;
- Bảo hiểm cho người lái xe ô tô không có bảo hiểm hoặc bảo hiểm dưới mức;
- Bảo vệ thương tích cá nhân, bảo hiểm bất kể do lỗi bên nào hoặc bất kỳ bảo hiểm nào khác của bên mua bảo hiểm;
- Bồi Thường cho Người Lao Động hoặc cung cấp hoặc thỏa thuận phúc lợi cho Người Khuyết Tật;
- Bảo hiểm các khoản thanh toán y tế theo bất kỳ hợp đồng bảo hiểm ô tô nào, bảo hiểm của chủ nhà hoặc mặt bằng hoặc bảo hiểm vượt mức quy định;
- Mọi thỏa thuận hoặc phán quyết nhận được từ một vụ kiện hoặc một hành động pháp lý khác; hoặc
- Mọi khoản thanh toán nào khác từ bất kỳ nguồn nào khác nhận được như một khoản bồi thường cho sai sót hoặc hành động của bên chịu trách nhiệm.

Chương 11 Thông báo pháp lý

Khi chấp nhận phúc lợi theo chương trình này, quý vị đồng ý rằng chương trình của chúng tôi có quyền ưu tiên thay thế và bồi hoàn đầu tiên đi kèm khi chương trình này đã thanh toán cho các phúc lợi cho các Dịch Vụ Được Bao Trả mà quý vị đã nhận được do hành động hoặc sai sót của một bên chịu trách nhiệm, và quý vị hoặc người đại diện của quý vị thu hồi, hoặc được quyền thu hồi, mọi khoản tiền từ bên chịu trách nhiệm.

Khi chấp nhận các phúc lợi của chương trình này, quý vị cũng (i) chỉ định cho chương trình của chúng tôi quyền thu hồi các chi phí y tế của quý vị từ bất kỳ bảo hiểm nào đang có sẵn, tối đa là toàn bộ chi phí của tất cả các Dịch Vụ Được Bao Trả do chương trình cung cấp liên quan đến thương tích, bệnh hoặc bệnh lý của quý vị, và (ii) quý vị đồng ý hướng dẫn một cách rõ ràng cho bên chịu trách nhiệm trực tiếp bồi hoàn cho chương trình thay mặt quý vị.

Khi chấp nhận các phúc lợi của chương trình này, quý vị cũng cho chương trình của chúng tôi quyền ưu tiên đầu tiên được giữ lại bất kỳ khoản thu hồi, thỏa thuận hay phán quyết nào, hoặc một nguồn bồi thường khác và tất cả các khoản bồi hoàn cho tổng chi phí phúc lợi cho các Dịch Vụ Được Bao Trả đã được thanh toán theo chương trình của chúng tôi liên quan đến thương tích, bệnh hoặc bệnh lý của quý vị do những hành động hoặc sai sót của một bên chịu trách nhiệm. Quyền ưu tiên này sẽ áp dụng bất kể số tiền có được xác định cụ thể là khoản thu hồi chi phí y tế hay không và bất kể quý vị có được thanh toán hay bồi thường toàn bộ cho tổn thất của mình hay không. Chương trình của chúng tôi có thể thu hồi toàn bộ chi phí của tất cả các phúc lợi được chương trình này cung cấp mà không tính đến bất kỳ khiếu nại nào về lỗi của quý vị, cho dù được gây ra do sơ suất tương đối hay cách khác. Không có phí luật sư nào được khấu trừ từ số tiền thu hồi của chương trình chúng tôi và chương trình của chúng tôi không bắt buộc phải trả hoặc đóng góp vào việc thanh toán chi phí tòa án hoặc phí luật sư cho luật sư được thuê để theo đuổi yêu cầu bồi thường hoặc vụ kiện chống lại bất kỳ bên chịu trách nhiệm nào.

Các bước quý vị cần thực hiện

Nếu quý vị bị thương, bị bệnh hoặc mắc bệnh do một bên chịu trách nhiệm, quý vị phải hợp tác với chương trình của chúng tôi và/hoặc nỗ lực của nhà cung cấp dịch vụ điều trị để thu hồi chi phí, bao gồm:

- Khi có thể, cho chương trình của chúng tôi hoặc nhà cung cấp dịch vụ điều trị biết 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 tình trạng đó.
- Điền các giấy tờ mà chương trình của chúng tôi hoặc nhà cung cấp dịch vụ điều trị có thể yêu cầu một cách hợp lý để hỗ trợ thực thi quyền giữ lại hoặc quyền thu hồi.
- Phản hồi nhanh chóng các yêu cầu từ chương trình của chúng tôi hoặc nhà cung cấp dịch vụ điều trị về tình trạng của hồ sơ vụ việc hoặc yêu cầu bồi thường và bất kỳ cuộc thảo luận giải quyết nào.
- Thông báo ngay lập tức cho chương trình sau khi quý vị hoặc luật sư của quý vị nhận được bất kỳ khoản tiền nào từ (các) bên chịu trách nhiệm hoặc bất kỳ nguồn nào khác.
- Thanh toán số tiền thu hồi của chương trình hoặc quyền thu giữ chi phí chăm sóc sức khỏe từ bất kỳ khoản thu hồi, thỏa thuận hoặc phán quyết nào, hoặc từ một nguồn bồi thường khác, bao gồm thanh toán tất cả tiền bồi hoàn đến hạn cho chương trình của chúng tôi cho toàn bộ chi phí phúc lợi đã được thanh toán theo chương trình liên quan đến thương tích, bệnh hoặc tình trạng 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;

Chương 11 Thông báo pháp lý

- Không làm phương hại đến các quyền của chương trình của chúng tôi như đã nêu ở trên. Quy định này bao gồm, nhưng không giới hạn ở việc ngăn cản bất kỳ nỗ lực nào làm giảm hoặc loại trừ khỏi việc thỏa thuận hoặc thu hồi toàn bộ chi phí của tất cả các phúc lợi đã được chương trình thanh toán hoặc bất kỳ nỗ lực từ chối quyền được ưu tiên thu giữ hoặc thu hồi trước tiên của chương trình của chúng tôi.
- Giữ bất kỳ khoản tiền nào quý vị hoặc luật sư của quý vị nhận được từ (các) bên chịu trách nhiệm hoặc từ bất kỳ một nguồn nào khác, dưới dạng ủy thác và hoàn trả cho chương trình của chúng tôi hoặc nhà cung cấp dịch vụ điều trị, tùy trường hợp, số tiền thu hồi được phải trả cho chương trình ngay khi quý vị được thanh toán và trước khi thanh toán cho bất kỳ chủ nợ tiềm năng nào khác hoặc bên thứ ba yêu cầu quyền thu hồi.
- Quý vị phải hợp tác với chúng tôi trong việc thực hiện các khoản thu hồi hoặc tiền trả dư.

PHẦN 5 Thẻ thành viên

Thẻ thành viên do chương trình của chúng tôi phát hành theo *Chứng Thực Bảo Hiểm* này chỉ dùng cho mục đích nhận dạng. Sở hữu một thẻ thành viên không mang lại bất kỳ quyền nào đối với các dịch vụ hoặc phúc lợi khác nằm trong *Chứng Thực Bảo Hiểm* này. Để được hưởng các dịch vụ hoặc phúc lợi trong *Chứng Thực Bảo Hiểm* này, chủ thẻ phải đủ điều kiện được bảo hiểm và được ghi danh là thành viên theo *Chứng Thực Bảo Hiểm* này. Bất kỳ người nào nhận dịch vụ mà họ không đủ điều kiện được hưởng theo *Chứng Thực Bảo Hiểm* này sẽ phải chịu trách nhiệm thanh toán cho những dịch vụ này. Thành viên phải xuất trình thẻ thành viên của chương trình, không phải thẻ Medicare khi nhận dịch vụ. Vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-844-796-6811 (TTY: 711) nếu quý vị cần thay thẻ thành viên.

Lưu ý: Bất kỳ thành viên nào cố ý cho phép lạm dụng hoặc sử dụng sai mục đích thẻ thành viên có thể bị hủy ghi danh vì lý do đó. Chương trình của chúng tôi phải báo cáo việc hủy ghi danh do lạm dụng hoặc sử dụng sai mục đích thẻ thành viên cho Văn Phòng Tổng Thanh Tra, việc này có thể dẫn đến bị truy cứu trách nhiệm hình sự.

PHẦN 6 Nhà thầu độc lập

Mối quan hệ giữa chương trình của chúng tôi và mỗi nhà cung cấp tham gia là một mối quan hệ với nhà thầu độc lập. Các nhà cung cấp tham gia chương trình không phải là nhân viên hoặc đại lý của chương trình chúng tôi cũng như không chương trình hay nhân viên nào của chương trình là nhân viên hay đại lý của một nhà cung cấp tham gia. Trong mọi trường hợp, chương trình của chúng tôi sẽ không chịu trách nhiệm về sự sơ suất, hành động sai trái, hoặc thiếu sót của bất kỳ nhà cung cấp tham gia chương trình hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác. Các bác sĩ tham gia chương trình, và không phải là chương trình của chúng tôi, duy trì mối quan hệ bác sĩ-bệnh nhân với Thành Viên. Chương trình của chúng tôi không phải là một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

PHẦN 7 Gian lận trong chương trình chăm sóc sức khỏe

Gian lận trong chương trình chăm sóc sức khỏe được định nghĩa là sự lừa dối hoặc khai báo sai với chương trình của một nhà cung cấp, Thành viên, chủ lao động hoặc bất kỳ người nào khác thay mặt cho những người này. Đây là một trọng tội có thể bị truy tố. Bất kỳ người nào sẵn sàng và cố ý tham gia vào một hoạt động nhằm lừa dối chương trình chăm sóc sức khỏe bằng cách, ví dụ, nộp đơn yêu cầu bồi thường có tuyên bố sai hoặc lừa dối đều có thể phạm tội gian lận chương trình chăm sóc sức khỏe.

Nếu quý vị lo ngại về bất kỳ khoản phí nào xuất hiện trên hóa đơn hay bản Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm, hoặc nếu quý vị biết hay nghi ngờ bất kỳ hoạt động bất hợp pháp nào, hãy gọi cho Đường Dây Nóng Về Gian Lận miễn phí của chương trình của chúng tôi theo số 1-866-685-8664 (TTY: 711). Đường Dây Nóng Về Gian Lận hoạt động 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần. Tất cả các cuộc gọi đều được bảo mật nghiêm ngặt.

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

Trong phạm vi thảm họa thiên nhiên, chiến tranh, bạo loạn, nổi dậy dân sự, dịch bệnh, phá hủy hoàn toàn hoặc một phần cơ sở vật chất, vụ nổ nguyên tử hoặc rò rỉ năng lượng hạt nhân khác, tình trạng khuyết tật của nhân viên nhóm y tế quan trọng, tình trạng khẩn cấp hoặc các sự kiện tương tự không nằm trong tầm kiểm soát của chương trình chúng tôi, dẫn đến việc cơ sở vật chất hoặc nhân sự của chương trình của chúng tôi không thể cung cấp hoặc thu xếp cho các dịch vụ hoặc phúc lợi theo *Chứng Thực Bảo Hiểm* này, nghĩa vụ cung cấp các dịch vụ hoặc phúc lợi đó của chương trình sẽ giới hạn ở yêu cầu rằng chương trình của chúng tôi phải thực hiện nỗ lực thiện chí để cung cấp hoặc thu xếp việc cung cấp các dịch vụ hoặc phúc lợi đó trong khả năng cung cấp hiện thời của cơ sở vật chất hoặc nhân sự của mình.

CHƯƠNG 12:

Định nghĩa các từ quan trọng

Chương 12 Định nghĩa các từ quan trọng

Trung Tâm Phẫu Thuật Ngoại Trú – Trung Tâm Phẫu Thuật Ngoại Trú là một cơ sở hoạt động chuyên biệt cho mục đích cung cấp các dịch vụ phẫu thuật cho bệnh nhân ngoại trú không bắt buộc nằm bệnh viện và họ dự kiến sẽ không ở lại trung tâm này quá 24 giờ.

Kháng Cáo – Kháng cáo là điều quý vị làm nếu không đồng ý với quyết định của chúng tôi khi từ chối yêu cầu bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hay thuốc theo toa hoặc chi trả cho các dịch vụ hoặc thuốc quý vị đã nhận được. Quý vị cũng có thể lập đơn kháng cáo nếu quý vị không đồng ý về quyết định của chúng tôi về việc chấm dứt các dịch vụ quý vị đang được nhận.

Sản Phẩm Sinh Học – Một loại thuốc theo toa được bào chế từ các nguồn sống tự nhiên như tế bào động vật, tế bào thực vật, vi khuẩn hoặc men. Các sản phẩm sinh học phức tạp hơn các loại thuốc khác và không thể sao chép chính xác, vì vậy các dạng thay thế được gọi là thuốc 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 sản phẩm sinh học gốc. Thuốc sinh học tương tự cũng an toàn và hiệu quả như sản phẩm sinh học gốc. Một số thuốc sinh học tương tự có thể được dùng thay thế cho sản phẩm sinh học gốc tại nhà thuốc mà không cần kê toa mới (Xem “**Thuốc Sinh Học Tương Tự Có Thể Hoán Đổi**”).

Thuốc Chính Hiệu – Là một loại thuốc theo toa được bào chế và bán ra bởi công ty dược phẩm đã nghiên cứu và phát triển thuốc này từ ban đầu. Các loại thuốc chính hiệu có cùng hoạt chất trong công thức bào chế thuốc như phiên bản thuốc gốc của loại thuốc này. Tuy nhiên, thuốc gốc được sản xuất và bán bởi các nhà sản xuất thuốc khác và thường không sẵn có cho đến khi bằng sáng chế của thuốc chính hiệu hết hạn.

Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương – Giai đoạn trong Phúc Lợi Thuốc Phần D bắt đầu khi quý vị (hoặc các bên đủ tiêu chuẩn khác thay mặt quý vị) đã chi \$2,000 cho thuốc được bao trả theo Phần D trong năm được bao trả. Trong giai đoạn thanh toán này, quý vị không phải thanh toán cho các loại thuốc Phần D.

Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) – Là cơ quan chính quyền Liên Bang điều hành Medicare.

Đồng Bảo Hiểm – Số tiền quý vị có thể phải trả dưới dạng tỷ lệ phần trăm (ví dụ như 20%) chia sẻ chi phí của quý vị cho dịch vụ hoặc thuốc theo toa.

Khiếu Nại – Tên chính thức của nộp đơn khiếu nại là **nộp đơn than phiền**. Quy trình khiếu nại *chỉ* được dùng cho một số loại vấn đề nhất định. Những loại vấn đề này gồm vấn đề về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ và dịch vụ khách hàng quý vị được cung cấp. Điều này cũng bao gồm các khiếu nại nếu chương trình của quý vị không tuân theo khoảng thời gian quy định trong quy trình kháng cáo.

Cơ Sở Phục Hồi Ngoại Trú Toàn Diện (CORF) – Một cơ sở chủ yếu cung cấp các dịch vụ phục hồi chức năng sau khi bị ốm hoặc chấn thương, bao gồm vật lý trị liệu, dịch vụ xã hội hoặc tâm lý, trị liệu hô hấp, trị liệu cơ năng và dịch vụ bệnh lý âm ngữ-ngôn ngữ và dịch vụ đánh giá môi trường nhà ở.

Đồng Thanh Toán (hoặc đồng chi trả) – Khoản tiền quý vị có thể được yêu cầu thanh toán như khoản chia sẻ chi phí cho dịch vụ hoặc vật tư y tế, như thăm khám bác sĩ, thăm khám ngoại trú tại bệnh viện hoặc thuốc theo toa. Khoản đồng thanh toán thường là một số tiền cố định (ví dụ như \$10), không phải là tỷ lệ phần trăm.

Chương 12 Định nghĩa các từ quan trọng

Chia Sẻ Chi Phí – Chia sẻ chi phí là số tiền một thành viên phải trả khi nhận các dịch vụ hoặc thuốc. Chia sẻ chi phí bao gồm sự kết hợp bất kỳ của ba cách thanh toán sau: (1) bất kỳ khoản 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 quý vị phải trả cho toa thuốc này nếu có. Nói chung, nếu quý vị mang toa thuốc tới một nhà thuốc, và họ nói với quý vị rằng toa thuốc này không được bao trả theo chương trình của quý vị, thì đây không phải là quyết định bảo hiểm. Quý vị cần gọi điện thoại hoặc viết thư cho chương trình của mình để hỏi xin một quyết định chính thức về bảo hiểm. Quyết định về bảo hiểm được gọi là quyết định bảo hiểm trong tài liệu này.

Thuốc Được Bao Trả – Là thuật ngữ chúng tôi sử dụng cho mọi loại thuốc theo toa được chương trình của chúng tôi bao trả.

Dịch Vụ Được Bao Trả – Là thuật ngữ chúng tôi sử dụng cho mọi dịch vụ và vật tư chăm sóc sức khỏe được chương trình của chúng tôi bao trả.

Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa Có Uy Tín – Là bảo hiểm cho thuốc theo toa (ví dụ: từ một chủ lao động hay công đoàn) dự kiến sẽ chi trả trung bình ít nhất là tương đương với mức bảo hiểm thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare. Những người có loại bảo hiểm này, khi họ hội đủ điều kiện nhận Medicare, thường có thể tiếp tục bảo hiểm đó mà không phải trả tiền phạt, nếu họ quyết định ghi danh vào bảo hiểm thuốc theo toa Medicare sau này.

Chăm Sóc Đời Sống Thường Nhật – Chăm sóc đời sống thường nhật là chăm sóc cá nhân trong một viện dưỡng lão, cơ sở chăm sóc cuối đời hoặc một cơ sở khác khi quý vị không cần chăm sóc y tế chuyên môn hoặc chăm sóc điều dưỡng chuyên môn. Chăm sóc đời sống thường nhật, được cung cấp bởi những người không có kỹ năng hay đào tạo chuyên môn, bao gồm giúp đỡ các hoạt động trong cuộc sống hàng ngày như tắm rửa, mặc quần áo, ăn uống, lên xuống giường hay ghế, di chuyển tới lui, và sử dụng phòng tắm. Điều này cũng có thể bao gồm loại chăm sóc liên quan đến sức khỏe mà hầu hết mọi người có thể tự lo cho chính mình, như dùng thuốc nhỏ mắt. Medicare không chi trả cho dịch vụ chăm sóc đời sống thường nhật.

Mức chia sẻ chi phí hàng ngày – Có thể áp dụng một mức chia sẻ chi phí hàng ngày khi bác sĩ của quý vị cho toa cung cấp thuốc ít hơn một tháng và quý vị phải trả khoản đồng thanh toán. Mức chia sẻ chi phí hàng ngày là khoản đồng thanh toán được chia ra theo số ngày trong một tháng dùng thuốc. Đây là một ví dụ: Nếu khoản đồng thanh toán của quý vị cho lượng thuốc dùng trong một tháng đối với một loại thuốc là \$30 và lượng thuốc cho một tháng trong chương trình của quý vị là 30 ngày thì “mức chia sẻ chi phí hàng ngày” của quý vị là \$1 mỗi ngày.

Tiền Khấu Trừ – Là số tiền quý vị phải trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc theo toa trước khi chương trình của chúng tôi chi trả.

Hủy Ghi Danh hoặc Việc Hủy Ghi Danh – Là quá trình chấm dứt tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi.

Phí Cấp Bán Thuốc – Khoản phí được tính mỗi lần cấp bán thuốc được bao trả để thanh toán cho chi phí để lấy một toa thuốc, chẳng hạn như thời gian dược sĩ chuẩn bị và đóng gói toa thuốc.

Chương 12 Định nghĩa các từ quan trọng

Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt Đủ Điều Kiện Kép (D-SNP) – Một loại chương trình đăng ký những cá nhân có quyền được hưởng cả Medicare (tiêu đề XVIII của Đạo Luật An Sinh Xã Hội) và hỗ trợ y tế từ chương trình của tiểu bang theo Medicaid (tiêu đề XIX). Các tiểu bang bao trả một số hoặc toàn bộ 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 chặn đệm chạy điện, vật tư cho bệnh tiểu đường, máy truyền thuốc qua đường tĩnh mạch, thiết bị phát âm, thiết bị oxy, máy xông khí dung, giường bệnh viện do nhà cung cấp yêu cầu để sử dụng tại nhà.

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

Chăm Sóc Cấp Cứu – Các dịch vụ được bao trả: (1) được cung cấp bởi một nhà cung cấp đủ khả năng thực hiện cấp cứu; và (2) cần thiết để điều trị, đánh giá hoặc ổn định tình trạng bệnh lý cấp cứu.

Chứng Thực Bảo Hiểm (EOC) và Bản Tiết Lộ Thông Tin – Văn bản này, kèm theo đơn ghi danh và mọi giấy tờ khác đính kèm, các Phụ Lục, hay một số mức bảo hiểm tùy chọn khác nhằm giải thích về bảo hiểm của quý vị, việc chúng tôi phải làm, quyền hạn của quý vị và việc quý vị phải làm với tư cách thành viên chương trình của chúng tôi.

Ngoại Lệ – 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 ngoại lệ nếu chương trình của chúng tôi yêu cầu quý vị dùng thử một loại thuốc khác trước khi nhận loại thuốc yêu cầu, nếu chương trình của chúng tôi yêu cầu phải xin sự chấp thuận trước đối với một loại thuốc và quý vị muốn chúng tôi miễn trừ hạn chế về tiêu chí hoặc nếu chương trình của chúng tôi hạn chế số lượng hoặc liều lượng thuốc mà quý vị yêu cầu (ngoại lệ trong danh mục thuốc).

“Trợ Giúp Bổ Sung” – Là một chương trình Medicare để giúp những người có mức thu nhập thấp và nguồn lực hạn chế, để bao trả chi phí thuốc theo toa Medicare, như phí bảo hiểm hàng tháng, tiền khấu trừ trả trước và đồng bảo hiểm.

Thuốc Gốc – Là một loại thuốc theo toa được Food and Drug Administration (FDA) chấp thuận là có cùng (những) hoạt chất giống như thuốc chính hiệu. Thông thường, thuốc gốc có tác dụng tương tự như thuốc chính hiệu nhưng thường rẻ hơn.

Than Phiền – Là một loại đơn khiếu nại về chương trình của chúng tôi, nhà cung cấp hoặc nhà thuốc, bao gồm khiếu nại về chất lượng của dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Việc này không liên quan tới tranh chấp về bảo hiểm hay số tiền chi trả.

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 theo chỉ định).

Chương 12 Định nghĩa các từ quan trọng

Chăm Sóc Cuối Đời – Một phúc lợi nhằm cung cấp điều trị đặc biệt cho thành viên đã được chứng nhận y tế là mắc bệnh giai đoạn cuối, nghĩa là chỉ còn sống không quá 6 tháng. Chúng tôi, chương trình của quý vị, phải cung cấp một danh sách các dịch vụ chăm sóc cuối đời trong khu vực địa lý của quý vị. Nếu quý vị chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời và tiếp tục đóng phí bảo hiểm, thì quý vị vẫn là thành viên chương trình của chúng tôi. Quý vị vẫn có thể lấy các dịch vụ cần thiết về mặt y tế, cũng như các phúc lợi bổ sung mà chúng tôi cung cấp.

Nằm Viện Điều Trị Nội Trú – Là nằm viện khi quý vị được chính thức nhập viện để nhận các dịch vụ y tế chuyên môn. Kể cả nếu quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú.

Số Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập (IRMAA) – Nếu thu nhập đã điều chỉnh chưa trừ thuế như được báo cáo trong tờ khai thuế IRS của quý vị từ 2 năm trước vượt quá một mức nhất định, quý vị sẽ phải đóng một khoản phí bảo hiểm tiêu chuẩn và Số Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập, còn gọi là IRMAA. IRMAA là chi phí phụ trội cộng thêm vào phí bảo hiểm của quý vị. Dưới 5% số người thụ hưởng Medicare chịu ảnh hưởng, nên hầu hết sẽ không đóng phí bảo hiểm cao hơn.

Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu – Đây là giai đoạn trước khi chi phí tự trả trong năm của quý vị đạt đến mức ngưỡng chi phí tự trả.

Giai Đoạn Ghi Danh Ban Đầu – Khi quý vị trước tiên được đủ tiêu chuẩn hưởng Medicare, là thời điểm quý vị có thể ghi tên vào Medicare Part A và Part B. Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn 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 sang tuổi 65, bao gồm cả tháng quý vị chính thức 65 tuổi và chấm dứt 3 tháng sau tháng mà quý vị bước sang tuổi 65.

D-SNP Tích Hợp – D-SNP bao trả cho Medicare và hầu hết hoặc toàn bộ dịch vụ Medicaid theo một chương trình sức khỏe duy nhất dành cho nhóm cá nhân nhất định đủ điều kiện đối với cả Medicare và Medicaid. Những cá nhân này còn được gọi là cá nhân có điều kiện kép nhận toàn bộ phúc lợi.

Thuốc Sinh Học Tương Tự Có Thể Hoán Đổi – Thuốc sinh học tương tự có thể dùng để thay thế cho sản phẩm thuốc sinh học tương tự gốc tại nhà thuốc mà không cần kê toa mới vì thuốc đáp ứng các yêu cầu bổ sung liên quan đến khả năng tự động thay thế. Việc tự động thay thế tại nhà thuốc phải tuân theo luật pháp tiểu bang.

Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Mục Thuốc 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 – Chương trình trong đó nhà sản xuất thuốc chi trả một phần trong tổng chi phí của chương trình đối với thuốc chính hiệu và thuốc sinh học Phần D được bao trả. Giảm giá dựa trên thỏa thuận giữa chính quyền liên bang và một số các nhà sản xuất thuốc.

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 thành viên của chúng tôi cũng nhận được hỗ trợ từ Medicaid nên có rất ít thành viên từng đạt đến số tiền tự trả tối đa này).

Chương 12 Định nghĩa các từ quan trọng

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 chi phí y tế cho một số người có mức thu nhập thấp và nguồn lực hạn chế. Các chương trình Medicaid của tiểu bang có khác nhau, nhưng hầu hết phí tổn chăm sóc sức khỏe đều được bao trả nếu quý vị đủ điều kiện hưởng cả Medicare và Medicaid.

Nhóm Y Tế – Là một nhóm các bác sĩ, trong đó có PCP, bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác, bao gồm các bệnh viện có ký hợp đồng với chương trình để cung cấp dịch vụ cho thành viên. Xem Chương 1, Phần 3.2.

Chỉ Định Được Chấp Nhận Về Mặt Y Tế – Việc sử dụng thuốc được Food and Drug Administration 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, vật tư y tế, hoặc thuốc cần thiết cho việc phòng ngừa, chẩn đoán, hoặc chữa trị bệnh lý của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn thực hành về y khoa được chấp nhận.

Medicare – Là chương trình bảo hiểm y tế Liên Bang dành cho những người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi bị khuyết tật nhất định và những người mắc Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (thường là những người suy thận vĩnh viễn cần lọc máu hoặc ghép thận).

Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage – Là giai đoạn từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 khi các thành viên trong chương trình Medicare Advantage có thể hủy ghi danh chương trình của họ và đổi qua chương trình Medicare Advantage khác hoặc được bảo hiểm thông qua Original Medicare. Nếu quý vị chọn đổi qua Original Medicare trong giai đoạn này, quý vị cũng có thể tham gia một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng vào thời điểm đó. Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage cũng được mở trong khoảng thời gian 3 tháng sau khi một cá nhân lần đầu hội đủ điều kiện ghi danh Medicare.

Chương Trình Medicare Advantage (MA) – Đôi khi được gọi là Medicare Part C. Một chương trình được đưa ra bởi một công ty tư nhân ký hợp đồng với Medicare, để cung cấp cho quý vị mọi quyền lợi từ Medicare Part A và Part B của mình. Chương trình Medicare Advantage có thể là i) HMO, ii) PPO, iii) chương trình Trả Phí Theo Dịch Vụ Riêng (PFFS) hoặc chương trình Tài Khoản Tiết Kiệm Y Tế Medicare (MSA). Ngoài việc lựa chọn trong các loại chương trình này, chương trình Medicare Advantage HMO hoặc PPO cũng có thể là Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt (SNP). Trong đa số các trường hợp, các Chương Trình Medicare Advantage cũng có chương trình Medicare Part D (bảo hiểm thuốc theo toa). Các chương trình này được gọi là **Chương Trình Medicare Advantage kèm theo Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa**.

Dịch Vụ Được Medicare Bao Trả – Dịch vụ được Medicare Part A và Part B bao trả. Tất cả chương trình y tế Medicare phải bao trả cho tất cả dịch vụ được Medicare Part A và B bao trả. Thuật ngữ Dịch Vụ Được Medicare Bao Trả không bao gồm các phúc lợi bổ sung như thị lực, nha khoa hoặc thính lực mà chương trình Medicare Advantage có thể cung cấp.

Chương Trình Y Tế Medicare – Một chương trình y tế Medicare được một công ty tư nhân ký hợp đồng với Medicare cung cấp để cung cấp các phúc lợi của Phần A và Phần B cho những người có Medicare ghi danh vào chương trình. Từ ngữ này bao gồm tất cả Chương Trình Medicare Advantage, Chương Trình Tiết Kiệm Chi Phí Medicare, Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt, Chương Trình Mẫu/Thí Điểm và Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện Cho Người Cao Tuổi (PACE).

Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa Medicare (Medicare Part D) – Là bảo hiểm giúp chi trả thuốc theo toa cho bệnh nhân ngoại trú, vắc-xin, các sản phẩm sinh học, và một số vật tư y tế không được bao trả bởi Medicare Part A hoặc Part B.

Chương 12 Định nghĩa các từ quan trọng

Chính Sách Medigap (Bảo Hiểm Bổ Sung Medicare) – Các công ty bảo hiểm tư nhân bán bảo hiểm Medicare bổ sung, để lấp những khoảng trống trong Original Medicare. Các hợp đồng bảo hiểm Medigap chỉ hoạt động chung với Original Medicare. (Chương Trình Medicare Advantage không phải là một hợp đồng bảo hiểm Medigap).

Thành Viên (Thành Viên của Chương Trình của chúng tôi hay Thành Viên Chương Trình) – Một người có Medicare đủ điều kiện nhận các dịch vụ được bao trả và đã ghi danh vào chương trình của chúng tôi và việc ghi danh đã được xác nhận bởi Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS).

Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên – Một bộ phận trong chương trình của chúng tôi chịu trách nhiệm giải đáp thắc mắc của quý vị về tư cách thành viên, phúc lợi, thanh toán và kháng cáo.

Nhà Thuốc Trong Mạng Lưới – Nhà thuốc đã ký hợp đồng với chương trình của chúng tôi, là nơi các thành viên của chương trình chúng tôi có thể nhận các phúc lợi thuốc theo toa của họ. Trong hầu hết các trường hợp, thuốc theo toa của quý vị chỉ được bao trả nếu 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 thành viên chương trình của chúng tôi. Các nhà cung cấp trong mạng lưới còn được gọi là “các nhà cung cấp trong chương trình”.

Quyết Định Cấp Tổ Chức – Một quyết định mà chương trình của chúng tôi đưa ra về việc liệu các vật phẩm hay dịch vụ có được bao trả hay không hoặc số tiền quý vị phải trả cho các vật phẩm hay dịch vụ được bao trả. Các quyết định của tổ chức cũng được gọi là các quyết định bảo hiểm trong tài liệu này.

Sản Phẩm Sinh Học Gốc – Sản phẩm sinh học đã được Food and Drug Administration (FDA) phê duyệt và được dùng làm sản phẩm so sánh để nhà sản xuất tạo ra phiên bản thuốc sinh học tương tự. Sản phẩm còn được gọi là sản phẩm tham chiếu.

Original Medicare (Medicare Truyền Thống hoặc Medicare Tính Phí Theo Dịch Vụ) – Original Medicare là do chính phủ cung cấp và không phải là chương trình sức khỏe tư nhân như Chương Trình Medicare Advantage và các chương trình bảo hiểm thuốc theo toa. Theo Original Medicare, các dịch vụ Medicare được bao trả bằng cách trả tiền cho các bác sĩ, bệnh viện, các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, với những số tiền do Quốc hội Hoa Kỳ ấn định. Quý vị có thể đến khám với bất kỳ bác sĩ, bệnh viện hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác chấp nhận Medicare. Quý vị phải trả trước tiền khấu trừ. Medicare chi trả phần chia sẻ chi phí của mình với số tiền Medicare chấp thuận, và quý vị chi trả phần chia sẻ chi phí phần mình. Original Medicare có 2 phần: Phần A (Bảo Hiểm Cho Bệnh Viện) và Phần B (Bảo Hiểm Y Tế) và có thể sử dụng mọi nơi tại Hoa Kỳ.

Nhà Thuốc Ngoài Mạng Lưới – Là một nhà thuốc không có hợp đồng với chương trình của chúng tôi để phối hợp hoặc cung cấp thuốc được bao trả cho thành viên chương trình của chúng tôi. Hầu hết các thuốc quý vị nhận được từ các nhà thuốc ngoài mạng lưới không được chương trình của chúng tôi bao trả trừ khi áp dụng một số điều kiện nhất định.

Nhà Cung Cấp Ngoài Mạng Lưới hoặc Cơ Sở Ngoài Mạng Lưới – Là một nhà cung cấp hoặc cơ sở y tế không có hợp đồng với chương trình của chúng tôi để phối hợp hoặc cung cấp các dịch vụ được bao trả cho các thành viên chương trình của chúng tôi. Nhà cung cấp ngoài mạng lưới là nhà cung cấp không được tuyển dụng, sở hữu hoặc vận hành bởi chương trình của chúng tôi.

Chương 12 Định nghĩa các từ quan trọng

Chi Phí Tự Trả – Xem định nghĩa về chia sẻ chi phí ở trên. Một thành viên được yêu cầu trả chia sẻ chi phí để trả một phần dịch vụ hoặc thuốc nhận được, còn gọi là chi phí mà thành viên phải tự trả.

Ngưỡng Chi Phí Tự Trả – Số tiền tối đa quý vị tự trả cho thuốc Phần D.

Chương trình PACE – Chương trình PACE (Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện Cho Người Cao Tuổi) kết hợp các dịch vụ và hỗ trợ về y tế, xã hội, và chăm sóc dài hạn (LTSS) cho những người già yếu để giúp họ độc lập và sinh sống trong cộng đồng của họ (thay vì chuyển tới một viện dưỡng lão) lâu nhất có thể. Những ai ghi danh vào các chương trình PACE thì được nhận phúc lợi bảo hiểm từ cả Medicare và Medicaid thông qua chương trình này.

Phần C – xem Chương trình Medicare Advantage (MA).

Phần D – Là Chương Trình Phúc Lợi Thuốc Theo Toa Medicare tự nguyện.

Thuốc Phần D – Là các loại thuốc có thể được bảo hiểm chi trả qua Phần D. Chúng tôi có thể hoặc không thể chi trả cho mọi thứ thuốc Phần D. Một số nhóm thuốc nhất định đã bị Quốc Hội loại trừ khỏi bảo hiểm Phần D. Một số nhóm thuốc Phần D nhất định phải được bao trả trong mọi chương trình.

Phạt Ghi Danh Muộn Phần D – Là một số tiền cộng thêm vào phí bảo hiểm hàng tháng cho bảo hiểm thuốc Medicare nếu quý vị không có bảo hiểm có uy tín (mức bảo hiểm dự kiến sẽ trả trung bình ít nhất là tương đương với mức bảo hiểm thuốc theo toa Medicare tiêu chuẩn) cho một giai đoạn 63 ngày liên tục trở lên sau khi quý vị lần đầu hội đủ điều kiện tham gia một chương trình Phần D. Nếu mất Trợ Giúp Bỏ Sung, quý vị có thể bị phạt ghi danh muộn nếu không có bảo hiểm thuốc theo toa Phần D hoặc bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín khác từ 63 ngày trở lên liên tiếp.

Phí Bảo Hiểm – Là một số tiền định kỳ phải trả cho Medicare, một công ty bảo hiểm, hoặc một chương trình bảo hiểm chăm sóc sức khỏe cho bảo hiểm y tế hoặc thuốc theo toa.

Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (PCP) – Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác mà quý vị sẽ đến khám trước tiên đối với phần lớn các vấn đề về sức khỏe. Trong rất nhiều chương trình bảo hiểm sức khỏe của Medicare, quý vị phải tới khám tại nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của mình trước khi tới khám tại bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác.

Sự Chấp Thuận Trước – Phê duyệt trước để nhận các dịch vụ hoặc thuốc nhất định. Các dịch vụ được bao trả cần sự chấp thuận trước sẽ được đánh dấu trong Bảng Phúc Lợi Y Tế ở Chương 4. Các loại thuốc được bao trả cần có sự chấp thuận trước được đánh dấu trong danh mục thuốc và tiêu chí của chúng tôi được đăng tải trên trang web của chúng tôi.

Chân Tay Giả và Dụng Cụ Chỉnh Hình – Những dụng cụ y tế bao gồm, nhưng không giới hạn ở nẹp tay, lưng và cổ; chân tay giả; mắt giả; và thiết bị cần thiết để thay thế cho một bộ phận hoặc chức năng bên trong cơ thể, bao gồm vật tư cho hậu môn nhân tạo và liệu pháp dinh dưỡng qua đường tiêu hóa và ngoài đường tiêu hóa.

Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (QIO) – Một nhóm các bác sĩ đang hành nghề và các chuyên gia chăm sóc y tế khác do chính phủ Liên Bang trả lương để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc cho bệnh nhân tham gia Medicare.

Giới Hạn Số Lượng – Là một công cụ quản lý được thiết kế để hạn chế sử dụng một số loại thuốc, vì lý do chất lượng, an toàn hoặc sử dụng. Các giới hạn có thể là trên số lượng thuốc mà chúng tôi bao trả cho mỗi toa thuốc, hoặc cho một thời gian ấn định.

Chương 12 Định nghĩa các từ quan trọng

“Công Cụ Phúc Lợi Thời Gian Thực” – Một công cụ thông tin hoặc ứng dụng máy tính trong đó các thành viên có thể tra cứu thông tin về phúc lợi và danh mục thuốc một cách đầy đủ, chính xác, kịp thời, thích hợp về mặt lâm sàng và cụ thể cho từng thành viên. Thông tin này bao gồm số tiền chia sẻ chi phí, thuốc thay thế trong danh mục thuốc có thể sử dụng cho cùng một loại bệnh lý giống như một loại thuốc nhất định, và các giới hạn bảo hiểm (Sự Chấp Thuận Trước, Phương Pháp Trị Liệu Từng Bước, Giới Hạn Số Lượng) áp dụng cho các thuốc thay thế.

Dịch Vụ Phục Hồi Chức Năng – Là các dịch vụ bao gồm vật lý trị liệu, âm ngữ - ngôn ngữ trị liệu và trị liệu cơ năng.

Khu Vực Dịch Vụ – Một khu vực địa lý mà quý vị phải sống ở đó mới có thể tham gia một chương trình sức khỏe cụ thể. Đối với các chương trình có giới hạn về bác sĩ và bệnh viện mà quý vị có thể sử dụng, đó cũng thường là giới hạn về khu vực quý vị có thể nhận các dịch vụ thường quy (không phải cấp cứu). Chương trình 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 người có cả Medicare và Medicaid, những người ở trong viện dưỡng lão hoặc những người mắc bệnh mạn tính.

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 trước khi chúng tôi bao trả cho thuốc mà bác sĩ của quý vị có thể đã kê toa ban đầu.

Trợ Cấp An Sinh Bổ Sung (SSI) – Là phúc lợi hàng tháng do Sở An Sinh Xã Hội chi trả cho những người có mức thu nhập và nguồn lực hạn chế, bị khuyết tật, mù lòa hoặc từ 65 tuổi trở lên. Các phúc lợi SSI không giống như các phúc lợi An Sinh Xã Hội.

Dịch Vụ Cần Thiết Khẩn Cấp – Dịch vụ được chương trình bao trả yêu cầu phải được chăm sóc y tế ngay nhưng không phải cấp cứu là dịch vụ cần thiết khẩn cấp nếu quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc việc nhận dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới có hợp đồng với chương trình là không hợp lý xét theo thời gian, địa điểm và hoàn cảnh của quý vị. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp bao gồm bệnh và chấn thương y tế không lường trước được hoặc cơn phát bệnh bất ngờ của bệnh lý hiện hữu. Tuy nhiên, các lần thăm khám định kỳ cần thiết về mặt y tế tại nhà cung cấp dịch vụ như kiểm tra sức khỏe hàng năm không được xem là cần thiết khẩn cấp ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc mạng lưới chương trình tạm thời không khả dụng.

Thẻ Wellcare Spendables™ – Một loại thẻ ghi nợ, được nạp tiền sẵn bởi chương trình và có thể sử dụng để giúp thanh toán cho các vật phẩm như mô tả trong Bảng Phúc Lợi Y Tế.

Trang này có ý để trống.

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

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 **1-844-428-2224 (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 **1-844-428-2224 (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 **1-844-428-2224 (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 **1-844-428-2224 (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 **1-844-428-2224 (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 **1-844-428-2224 (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 **1-844-428-2224 (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: **1-844-428-2224 (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, **1-844-428-2224(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 **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

Arabic: نوّفّر 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 **1-844-428-2224 (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 1-844-428-2224 (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 1-844-428-2224 (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 1-844-428-2224 (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 oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan 1-844-428-2224 (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 1-844-428-2224 (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、1-844-428-2224 (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。

Bengali: আমাদের স্বাস্থ্য বা ড্রাগ বিষয়ক পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার সম্ভাব্য যে কোন প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের কাছে বিনামূল্যে ইন্টারপ্রিটার পরিষেবা রয়েছে। একজন ইন্টারপ্রিটার পেতে, খালি আমাদের 1-844-428-2224 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন। বাংলা বলতে পারে এমন কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারে। এই পরিষেবাটির জন্য কোনও খরচ নেই।

Nepali: हाम्रा स्वास्थ्य वा औषधिसम्बन्धी प्लानहरूको सम्बन्धमा तपाईंसँग हुन सक्ने जुनसुकै प्रश्नको जवाफ दिन हामीसँग निःशुल्क दोभासे सेवाहरू छन्। कुनै दोभासेको सेवा प्राप्त गर्न तपाईंले 1-844-428-2224 (TTY: 711) मा हामीलाई कल मात्र गरे पुग्छ। नेपाली भाषा बोल्ने कुनै व्यक्तिले तपाईंलाई मद्दत गर्नुहुने छ। यो एक निःशुल्क सेवा हो।

Swahili: Tuna huduma za mkalimani zisizolipiwa wa kujibu maswali yoyote ambayo unaweza kuwa nayo kuhusu mpango wetu wa afya au dawa. Ili kupata mkalimani, tupigie tu simu kupitia 1-844-428-2224 (TTY: 711). Mtu anayezungumza Kiswahili anaweza kukusaidia. Huduma hii ni ya bila malipo.

Tamil: எங்கள் உடல்நலம் அல்லது மருந்துத் திட்டம் பற்றி உங்களுக்கு ஏதேனும் கேள்விகள் இருந்தால் பதிலளிப்பதற்காக இலவச மொழிபெயர்ப்பாளர் சேவைகளை வழங்குகிறோம். ஒரு மொழிபெயர்ப்பாளரை அணுக, 1-844-428-2224 (TTY: 711) என்ற எண்ணில் எங்களை அழைக்கவும். தமிழ் பேசத் தெரிந்த ஒருவர் உங்களுக்கு உதவுவார். இது ஒரு இலவச சேவையாகும்.

Trang này có ý để trống.

Trang này có ý để trống.

Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)

Phương thức	Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-844-796-6811 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Vui lòng lưu ý, ngoài giờ làm việc, cuối tuần và ngày lễ liên bang từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, hệ thống trả lời điện thoại tự động của chúng tôi có thể trả lời cuộc gọi của quý vị. Vui lòng để lại tên và số điện thoại, chúng tôi sẽ gọi lại cho quý vị trong một (1) ngày làm việc. Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên cũng có các dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m.
VIẾT THƯ	Wellcare By Allwell PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
TRANG WEB	www.wellcare.com/allwellPA

Pennsylvania Medicare Education and Decision Insight, PA MEDI

Pennsylvania Medicare Education and Decision Insight, PA MEDI là một chương trình của tiểu bang nhận tiền từ chính quyền Liên Bang để tư vấn miễn phí tại địa phương về bảo hiểm sức khỏe cho những người có Medicare.

Phương thức	Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-800-783-7067
TTY	711
VIẾT THƯ	Pennsylvania Department of Aging 555 Walnut Street 5th Floor Harrisburg, PA 17101-1919
TRANG WEB	https://www.aging.pa.gov/aging-services/medicare-counseling/Pages/default.aspx

Báo Cáo Công Khai PRA Theo Đạo Luật Giảm Công Việc Giấy Tờ năm 1995, không một ai phải hồi đáp một tập hợp thông tin trừ khi chúng có số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho tập hợp thông tin này là 0938-1051. Nếu quý vị có ý kiến hoặc đề xuất cải tiến mẫu này, vui lòng gửi thư về: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.