



Sổ tay Hội viên Chứng từ Bảo hiểm

**Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan
(Medicare-Medicaid Plan)**

Quý vị có thắc mắc?

Gọi chúng tôi theo số **1-855-817-5785** (TTY: **711**),

Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối

Cuộc gọi này được miễn phí. Hoặc truy cập **duals.anthem.com**.



Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) Sổ tay Hội viên

Ngày 1 tháng 1 năm 2020 – ngày 31 tháng 12 năm 2020

Bảo hiểm Sức khỏe và Thuốc của quý vị trong Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

Sổ tay Hội viên Giới thiệu

Sổ tay này sẽ cho quý vị biết về bảo hiểm của quý vị theo Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2020. Sổ tay sẽ giải thích về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và các rối loạn do lạm dụng dược chất), bảo hiểm thuốc theo toa, các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn. Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn giúp quý vị được ở ngay tại nhà thay vì phải đi nhà điều dưỡng hoặc bệnh viện. Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn gồm có Dịch vụ dành cho Người lớn tại Cộng đồng (Community-Based Adult Services - CBAS), Chương trình Dịch vụ Người Cao niên Đa Mục đích (Multipurpose Senior Services Program - MSSP), và Cơ sở Điều dưỡng (Nursing Facilities - NF). Các thuật ngữ chính và định nghĩa theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của Sổ tay Hội viên.

Đây là một tài liệu pháp lý quan trọng. Xin giữ tài liệu này ở nơi an toàn.

Cal MediConnect Plan này được cung cấp bởi Anthem Blue Cross. Khi Sổ tay Hội viên này dùng từ “chúng tôi,” hoặc “của chúng tôi” thì đó nghĩa là Anthem Blue Cross. Khi nói đến “chương trình” hoặc “chương trình của chúng tôi,” thì đó nghĩa là Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-817-5785 (TTY: 711), Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. The call is free.

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Llame al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Spanish

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-817-5785 (TTY: 711)，週一至週五上午 8：00-晚上 8：00。通話免費。

Chinese

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí, cho quý vị. Xin gọi số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 8:00 tối. Cuộc gọi được miễn tính cước phí.

Vietnamese

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo nang walang bayad ang mga serbisyo ng tulong sa wika. Tumawag sa 1-855-817-5785 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. Tagalog

Quý vị có thể yêu cầu cung cấp miễn phí tài liệu này ở các dạng thức khác, như chữ in lớn, chữ nổi braille, và/hoặc âm thanh. Gọi 1-855-817-5785 (TTY: 711) Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí.

Quý vị có thể yêu cầu cung cấp miễn phí tài liệu này ở các ngôn ngữ và dạng thức khác, như chữ in lớn, chữ nổi braille, hoặc âm thanh. Gọi Ban Dịch vụ Hội viên theo số được ghi ở cuối trang này. Khi gọi điện, cho chúng tôi biết nếu quý vị muốn đây là yêu cầu lâu dài. Điều này có nghĩa là chúng tôi sẽ gửi các tài liệu tương tự theo định dạng và ngôn ngữ yêu cầu hàng năm. Quý vị cũng có thể gọi cho chúng tôi để thay đổi hoặc hủy bỏ yêu cầu lâu dài.

Quý vị cũng có thể tìm thấy các tài liệu của mình tại duals.anthem.com.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



MỤC LỤC

Chương 1: Bắt đầu với vai trò hội viên.....	5
Chương 2: Các số điện thoại và nguồn hỗ trợ quan trọng.....	16
Chương 3: Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho việc chăm sóc sức khỏe của quý vị và các dịch vụ được bảo hiểm khác.....	37
Chương 4: Bảng Quyền lợi.....	60
Chương 5: Nhận thuốc theo toa cho bệnh nhân ngoại trú thông qua chương trình.....	116
Chương 6: Những gì quý vị trả cho các thuốc theo toa Medicare và Medi-Cal của quý vị.....	135
Chương 7: Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho những dịch vụ hoặc thuốc được bảo hiểm.....	146
Chương 8: Quyền và trách nhiệm của quý vị.....	152
Chương 9: Phải làm sao khi quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại).....	171
Chương 10: Kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong Cal MediConnect Plan của chúng tôi.....	236
Chương 11: Thông báo pháp lý.....	246
Chương 12: Định nghĩa các từ ngữ quan trọng.....	249



Điều khoản miễn trừ

- ❖ Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) là một chương trình sức khỏe có hợp đồng với cả Medicare lẫn Medi-Cal để cung cấp các quyền lợi của cả hai chương trình cho người ghi danh.
- ❖ Bảo hiểm theo Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan là bảo hiểm sức khỏe đủ điều kiện được gọi là “mức bảo hiểm cần thiết tối thiểu”. Bảo hiểm này thỏa mãn yêu cầu về trách nhiệm chia sẻ của cá nhân theo Đạo luật Bảo vệ Bệnh nhân và Chăm sóc Sức khỏe Hợp túi tiền (Patient Protection and Affordable Care Act's - ACA). Truy cập trang web Dịch vụ Thu thuế Nội bộ (IRS) tại www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families để biết thêm thông tin về yêu cầu trách nhiệm chia sẻ cá nhân.
- ❖ Anthem Blue Cross là tên thương hiệu cho Blue Cross of California. Anthem Blue Cross và Blue Cross of California Partnership Plan, Inc. là các tổ chức được cấp phép độc lập của Blue Cross Association. ANTHEM là thương hiệu đã được đăng ký của Anthem Insurance Companies, Inc.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Chương 1: Bắt đầu với vai trò hội viên

Giới thiệu

Chương này bao gồm thông tin về Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, một chương trình sức khỏe bảo hiểm tất cả dịch vụ Medicare và Medi-Cal của quý vị, bao gồm tư cách hội viên của quý vị trong đó. Nó cũng cho quý vị biết điều gì sẽ xảy ra và những thông tin nào khác quý vị sẽ nhận được từ Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Các thuật ngữ chính và định nghĩa theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ tay Hội viên*.

Mục lục

A. Chào mừng quý vị đến với Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan	7
B. Thông tin về Medicare và Medi-Cal	7
B1. Medicare.....	7
B2. Medi-Cal	7
C. Ưu điểm của chương trình này.....	8
D. Khu vực dịch vụ của Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.....	9
E. Quý vị phải hội đủ những tiêu chuẩn gì thì mới được làm hội viên của chương trình	9
F. Điều gì sẽ xảy ra khi quý vị mới tham gia một chương trình sức khỏe	9
G. Đội ngũ Chăm sóc và Kế hoạch Chăm sóc	11
G1. Nhóm Chăm sóc.....	11
G2. Kế hoạch Chăm sóc	11
H. Phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan	11
I. <i>Sổ tay Hội viên</i>	12
J. Thông tin khác quý vị sẽ nhận được từ chúng tôi	12
J1. Thẻ ID Hội viên Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan của quý vị.....	12
J2. <i>Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc</i>	13
J3. <i>Danh sách Thuốc được Bảo hiểm</i>	14

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



J4. <i>Giải thích Quyền lợi</i>	14
K. Cách giữ cho hồ sơ hội viên của quý vị cập nhật	15
K1. Quyền riêng tư về thông tin sức khỏe cá nhân (PHI)	15



A. Chào mừng quý vị đến với Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan là một Cal MediConnect Plan. Cal MediConnect Plan là một tổ chức tạo thành từ các bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc, nhà cung cấp dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi, và các nhà cung cấp khác. Nó cũng có các người quản lý hồ sơ và đội ngũ nhân viên chăm sóc để giúp quý vị quản lý được tất cả các nhà cung cấp và dịch vụ của quý vị. Họ sẽ cùng nhau phối hợp để cung cấp dịch vụ chăm sóc quý vị cần.

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan đã được Tiểu bang California và Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) chấp thuận cho cung cấp cho quý vị các dịch vụ là một phần của Cal MediConnect.

Cal MediConnect là một chương trình thí điểm do California và chính quyền liên bang cùng phối hợp để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tốt hơn cho những người có cả Medicare và Medi-Cal. Qua chương trình thí điểm này, chính quyền tiểu bang và liên bang muốn thử nghiệm những phương thức mới để giúp quý vị tiếp nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal tốt hơn.

Anthem Blue Cross đã phục vụ cư dân California trong hơn 75 năm. Tại Anthem Blue Cross, chúng tôi nỗ lực cung cấp dịch vụ chăm sóc tốt hơn cho hội viên, cung cấp giá trị tuyệt vời hơn cho khách hàng và giúp cải thiện sức khỏe của cộng đồng.

B. Thông tin về Medicare và Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare là chương trình bảo hiểm sức khỏe liên bang dành cho:

- Người từ 65 tuổi trở lên,
- Một số người nhất định chưa đủ 65 tuổi nhưng bị những tình trạng khuyết tật nào đó, và
- Người bị bệnh thận giai đoạn cuối (suy thận).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal là tên gọi của chương trình Medicaid tại California. Medi-Cal do tiểu bang điều hành và do chính quyền tiểu bang và liên bang chi trả. Medi-Cal giúp cho người có thu nhập và nguồn hỗ trợ hạn chế thanh toán các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn và chi phí y tế. Chương trình này bảo hiểm cho các dịch vụ và thuốc theo toa bổ sung mà không được Medicare bảo hiểm.

Mỗi tiểu bang quyết định:

- cái gì được coi là thu nhập và nguồn lực,
- ai đủ điều kiện,
- dịch vụ nào được bảo hiểm, và

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- chi phí cho các dịch vụ nào.

Các tiểu bang có thể quyết định cách thức vận hành chương trình của mình, miễn là họ tuân thủ các quy định của liên bang.

Medicare và California đã phê duyệt Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Quý vị có thể nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal thông qua chương trình của chúng tôi miễn là:

- Chúng tôi vẫn còn cung cấp chương trình này, và
- Medicare và California còn cho phép chúng tôi tiếp tục được cung cấp chương trình này.

Nếu sau này chương trình của chúng tôi không còn hoạt động nữa, thì tiêu chuẩn dịch vụ Medicare và Medi-Cal của quý vị cũng không bị ảnh hưởng.

C. Ưu điểm của chương trình này

Giờ đây quý vị sẽ nhận được tất cả các dịch vụ Medicare và Medi-Cal được bảo hiểm của mình từ Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, bao gồm các loại thuốc theo toa. **Quý vị không phải trả thêm tiền để được tham gia chương trình sức khỏe này.**

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sẽ giúp cho các quyền lợi Medicare và Medi-Cal của quý vị kết hợp cùng nhau tốt hơn và phục vụ quý vị tốt hơn. Một số ưu điểm đó bao gồm:

- Quý vị sẽ có thể làm việc với **một** chương trình sức khỏe cho **tất cả** nhu cầu bảo hiểm sức khỏe của quý vị.
- Quý vị sẽ có một đội ngũ chăm sóc sức khỏe do chính quý vị góp phần chọn lựa. Đội ngũ chăm sóc sức khỏe này có thể bao gồm bản thân quý vị, người chăm sóc của quý vị, các bác sĩ, y tá, người tư vấn, hoặc các nhân viên y tế khác.
- Quý vị được quyền tiếp xúc với một người quản lý hồ sơ. Đây là người sẽ làm việc với quý vị, với Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, và đội ngũ chăm sóc sức khỏe của quý vị để thiết lập kế hoạch chăm sóc.
- Quý vị sẽ có thể điều khiển việc chăm sóc cho riêng mình với sự trợ giúp của đội ngũ chăm sóc và người quản lý hồ sơ của quý vị.
- Đội ngũ chăm sóc và người quản lý hồ sơ sẽ phối hợp với quý vị để thiết lập một kế hoạch chăm sóc được thiết kế đặc biệt để đáp ứng cho nhu cầu chăm sóc của quý vị. Đội ngũ chăm sóc sẽ giúp điều phối các dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần. Điều này có nghĩa là, ví dụ như:
 - Đội ngũ chăm sóc của quý vị sẽ bảo đảm bác sĩ của quý vị biết được tất cả các loại thuốc mà quý vị dùng nên họ có thể bảo đảm quý vị sẽ được dùng đúng loại

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



thuốc phù hợp, nhờ đó bác sĩ của quý vị sẽ có thể giảm được bất kỳ tác dụng phụ nào mà quý vị có thể gặp do các loại thuốc đó.

- Đội ngũ chăm sóc của quý vị sẽ bảo đảm các kết quả xét nghiệm của quý vị được chia sẻ cho tất cả bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ khác của quý vị, cho phù hợp.

D. Khu vực dịch vụ của Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

Khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi bao gồm quận sau đây ở California: Quận Santa Clara.

Chỉ những người sống tại khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi mới được tham gia Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.

Nếu quý vị dọn ra khỏi khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi, quý vị không thể tiếp tục ở lại với chương trình này. Xem Chương 8, để biết thêm thông tin về ảnh hưởng của việc chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của quý vị. Quý vị cần liên lạc với cán sự giám định tiêu chuẩn (eligibility worker) tại quận địa phương của quý vị.

Medi-Cal Văn phòng 1-800-541-5555 (TTY: 711)

E. Quý vị phải hội đủ những tiêu chuẩn gì thì mới được làm hội viên của chương trình

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

- Sống trong khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi, **và**
- Từ 21 tuổi trở lên vào thời điểm ghi danh, **và**
- Có cả Medicare Phần A và Medicare Phần B, **và**
- Hiện đủ điều kiện tham gia Medi-Cal, **và**
- Là công dân Hoa Kỳ hoặc sống hợp pháp ở Hoa Kỳ.

Có thể sẽ có thêm những quy định khác nữa về tiêu chuẩn tham gia tại quận của quý vị. Xin gọi Ban Dịch vụ Hội viên để biết thêm thông tin.

F. Điều gì sẽ xảy ra khi quý vị mới tham gia một chương trình sức khỏe

Khi lần đầu tham gia chương trình, quý vị sẽ nhận được một đánh giá rủi ro về sức khỏe (HRA) trong vòng 90 ngày đầu tiên.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Chúng tôi được yêu cầu thực hiện cuộc HRA cho quý vị. Cuộc HRA sẽ là căn cứ để xây dựng kế hoạch chăm sóc riêng (ICP) cho quý vị. Cuộc HRA sẽ có những câu hỏi để xác định nhu cầu về y tế, LTSS, sức khỏe hành vi tâm thần và hoạt động chức năng của quý vị.

Chúng tôi sẽ liên lạc với quý vị để hoàn tất cuộc HRA. Cuộc HRA này có thể sẽ được thực hiện trực tiếp, qua điện thoại hoặc thư.

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

Khi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan mới tham gia, quý vị có thể tiếp tục khám bệnh với bác sĩ mà quý vị hiện đang khám trong một khoảng thời gian nào đó. Quý vị được tiếp tục sử dụng nhà cung cấp dịch vụ và giấy phép sử dụng dịch vụ hiện tại của quý vị tối đa là 12 tháng cho các dịch vụ Medi-Cal nếu tất cả các tiêu chí sau đây đều được thỏa mãn:

- Quý vị, người đại diện của quý vị, hoặc nhà cung cấp của quý vị trực tiếp yêu cầu chúng tôi được tiếp tục khám bệnh với nhà cung cấp hiện tại của quý vị.
- Chúng tôi xác minh được rằng quý vị đã sẵn có mối quan hệ với một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính hoặc bác sĩ chuyên khoa, ngoại trừ vài trường hợp ngoại lệ. Đã có sẵn mối quan hệ tức là quý vị đã thăm khám tại một nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới ít nhất là một lần trong trường hợp không phải là cấp cứu trong 12 tháng trước ngày ghi danh đầu tiên của quý vị vào Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.
 - Chúng tôi sẽ xác định mối quan hệ sẵn có này bằng cách kiểm tra thông tin sức khỏe của quý vị mà chúng tôi đang có hoặc quý vị cung cấp cho chúng tôi.
 - Chúng tôi có 30 ngày để trả lời yêu cầu của quý vị. Quý vị cũng có thể yêu cầu chúng tôi ra quyết định nhanh hơn là chúng tôi phải trả lời trong 15 ngày.
 - Quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị phải xuất trình giấy tờ chứng minh mối quan hệ sẵn có đó và chấp nhận một số điều khoản nào đó khi thực hiện yêu cầu này.

Lưu ý: Không được **thực hiện** yêu cầu này cho các nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền (DME), dịch vụ vận chuyển, dịch vụ phụ trợ khác, hay các dịch vụ không được bao gồm trong Cal MediConnect.

Sau khi thời hạn tiếp tục chăm sóc đã kết thúc, quý vị sẽ phải thăm khám tại bác sĩ và nhà cung cấp khác trong mạng lưới Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, trừ khi chúng tôi đồng ý cho quý vị thăm khám tại bác sĩ ngoài mạng lưới. Nhà cung cấp trong mạng lưới là một nhà cung cấp hoạt động cùng với chương trình sức khỏe này. Các PCP của chương trình chúng tôi có liên kết với những nhóm y tế. Khi chọn bác sĩ PCP, quý vị cùng lúc chọn nhóm y tế có liên kết với bác sĩ của quý vị. Điều này có nghĩa là PCP của quý vị sẽ giới thiệu quý vị đến những bác sĩ chuyên khoa và dịch vụ có liên kết với nhóm y tế của họ. Nhóm y tế là nhóm bác sĩ chăm sóc chính và bác sĩ

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



chuyên khoa làm việc cùng nhau để cung cấp dịch vụ chăm sóc quý vị cần. Xem Chương 3 để biết thêm thông tin về việc nhận dịch vụ chăm sóc.

G. Đội ngũ Chăm sóc và Kế hoạch Chăm sóc

G1. Nhóm Chăm sóc

Quý vị cần trợ giúp để được nhận dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần? Đội ngũ chăm sóc có thể giúp quý vị. Đội ngũ chăm sóc có thể bao gồm bác sĩ, người quản lý hồ sơ của quý vị, hoặc nhân viên y tế khác mà quý vị chọn.

Người quản lý hồ sơ là người đã được đào tạo để giúp quý vị sử dụng dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần. Quý vị sẽ cần người quản lý hồ sơ khi quý vị ghi danh vào Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Người này cũng sẽ giới thiệu quý vị đến các nguồn hỗ trợ của cộng đồng, nếu Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan không cung cấp những dịch vụ mà quý vị cần.

Quý vị có thể gọi cho chúng tôi theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối để yêu cầu đội ngũ chăm sóc.

G2. Kế hoạch Chăm sóc

Đội ngũ chăm sóc của quý vị sẽ bàn bạc với quý vị để xây dựng một kế hoạch chăm sóc. Kế hoạch chăm sóc sẽ cho quý vị và bác sĩ của quý vị biết quý vị cần những dịch vụ nào, và làm sao để quý vị nhận được những dịch vụ đó. Kế hoạch này sẽ đáp ứng các nhu cầu về y tế, sức khỏe tâm thần, và LTSS của quý vị. Kế hoạch chăm sóc của quý vị được thiết lập riêng cho quý vị và các nhu cầu của quý vị.

Kế hoạch chăm sóc của quý vị gồm có:

- Các mục tiêu chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Thời hạn cho biết khi nào quý vị sẽ nhận những dịch vụ mà quý vị cần.

Sau khi quý vị đã được đánh giá nguy cơ cho sức khỏe của mình, đội ngũ chăm sóc của quý vị sẽ gặp quý vị. Họ sẽ nói với quý vị về những dịch vụ mà quý vị cần. Họ cũng sẽ nói chuyện với quý vị về những dịch vụ mà quý vị có thể muốn dùng. Kế hoạch chăm sóc của quý vị sẽ dựa trên những nhu cầu của quý vị. Đội ngũ chăm sóc của quý vị sẽ làm việc với quý vị để cập nhật kế hoạch chăm sóc cho quý vị ít nhất mỗi năm một lần.

H. Phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan không có phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.

I. Sổ tay Hội viên

Sổ tay Hội viên này là một phần của hợp đồng giữa chúng tôi và quý vị. Điều này nghĩa là chúng tôi phải tuân thủ mọi quy định trong tài liệu này. Nếu quý vị nghĩ chúng tôi đã làm việc gì đó trái với các quy định này, quý vị có thể kháng cáo hoặc chính thức phản đối hành động của chúng tôi. Để biết thêm thông tin về cách kháng cáo, xem Chương 9, hoặc gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Quý vị có thể yêu cầu Sổ tay Hội viên bằng cách gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711) Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Quý vị cũng có thể xem Sổ tay Hội viên tại duals.anthem.com hoặc tải xuống từ trang web này.

Hợp đồng có hiệu lực cho các tháng quý vị ghi danh vào Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan từ ngày 1 tháng 1 năm 2020 cho đến 31 tháng 12 năm 2020.

J. Thông tin khác quý vị sẽ nhận được từ chúng tôi

Quý vị chắc đã nhận được Thẻ ID Hội viên Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, thông tin về cách truy cập Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc, và thông tin về cách truy cập *Danh sách Thuốc được Bảo hiểm*.

J1. Thẻ ID Hội viên Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan của quý vị

Trong chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ được cấp chỉ một thẻ để được nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal của quý vị, kể cả các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi tâm thần nào đó, và thuốc theo toa. Quý vị phải trình thẻ này khi nhận bất cứ dịch vụ hoặc thuốc theo toa nào. Sau đây là thẻ mẫu để quý vị biết thẻ của quý vị sẽ ra sao:

 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)	
	
Member Name: John Q. Sample Member ID: 999999999 Health Plan (80840): 80840	RxBIN #: 020115 RxPCN: IS RXGROUP: WWSA RXID: 999999999
PCP NAME: RONALD E. PINKERTON MD PCP PHONE #: 1-555-555-5555 MEDICAL GROUP:	
MEMBER CANNOT BE CHARGED Copays: \$0 for all benefits except Tier 2 drugs Card Issue Date:	
H6229 006	

In case of an emergency, go to the nearest emergency room or call 911.	
Member Services:	1-855-817-5785 (TTY 711)
Pharmacy Member Services:	1-833-370-7466 (TTY 711)
Behavioral Health:	1-855-817-5785 (TTY 711)
24-Hour Nurse Advice:	1-800-224-0336 (TTY 711)
Help for Pharmacists:	1-833-296-5041
Transportation Services:	1-888-325-1024 (TTY 711)
Hospitals, Fax Notifications to:	1-866-959-1537
Outpatient (OP) Authorizations:	Medical Group Auth Phone Number
Website:	duals.anthem.com
Send Claims to: OP: Medical Group Claims address, City, State, Zip All Other: P.O. Box 366, Artesia, CA 90702-0366	
Claims inquiry: OP: X-XXX-XXX-XXXX; ALL OTHER: X-XXX-XXX-XXXX	
Anthem Blue Cross and Blue Cross of California Partnership Plan are independent licensees of the Blue Cross Association.	

Nếu thẻ Cal MediConnect của quý vị bị hư hỏng, bị mất, hoặc bị lấy cắp, xin gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên ngay, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thẻ mới. Quý vị có thể gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711) Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Trong suốt thời gian làm hội viên của chương trình chúng tôi, quý vị không cần phải sử dụng thẻ Medicare đỏ, trắng và xanh hay thẻ Medi-Cal của quý vị để nhận các dịch vụ của Cal MediConnect. Cất giữ các thẻ đó ở nơi an toàn trong trường hợp quý vị cần tới chúng sau này. Nếu quý vị xuất trình thẻ Medicare của mình thay vì Thẻ ID Hội viên Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan của quý vị, nhà cung cấp có thể lập hóa đơn cho Medicare thay vì chương trình của quý vị, và quý vị có thể nhận hóa đơn. Xem Chương 7 để xem việc cần làm nếu quý vị nhận hóa đơn từ nhà cung cấp.

Xin nhớ rằng, với các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa mà quý vị có thể sẽ sử dụng trong chương trình sức khỏe tâm thần (mental health plan - MHP) của quận quý vị, quý vị phải có thẻ Medi-Cal thì mới được tiếp cận với các dịch vụ đó.

J2. Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc

Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc sẽ liệt kê các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Trong thời gian làm hội viên của chương trình chúng tôi, quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp trong mạng để nhận các dịch vụ được bảo hiểm. Có một số trường hợp ngoại lệ khi quý vị lần đầu tham gia chương trình của chúng tôi (xem trang 9).

Quý vị có thể yêu cầu cung cấp *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* hàng năm bằng cách gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên số 1-855-817-5785 (TTY: 711) Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Quý vị cũng có thể xem *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* tại duals.anthem.com hoặc tải xuống từ trang web này.

Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc liệt kê các chuyên gia chăm sóc sức khỏe (như bác sĩ, chuyên viên điều dưỡng, và bác sĩ tâm lý), các cơ sở (như bệnh viện hoặc phòng khám), và nhà cung cấp hỗ trợ (nhà cung cấp dịch vụ Sức khỏe tại Nhà và Sức khỏe Ban Ngày dành cho Người Lớn) mà quý vị có thể khi là hội viên của Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Chúng tôi cũng liệt kê các nhà thuốc mà quý vị có thể sử dụng để nhận thuốc theo toa.

Định nghĩa nhà cung cấp trong mạng lưới

- Nhà cung cấp trong mạng lưới của Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan bao gồm:
 - Các bác sĩ, y tá, và nhân viên y tế khác mà quý vị có thể đến thăm khám với tư cách hội viên của chương trình chúng tôi;
 - Các phòng khám, bệnh viện, cơ sở điều dưỡng, và những nơi khác cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong chương trình của chúng tôi; và
 - LTSS, dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi tâm thần, các cơ quan cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền, và những đơn vị khác cung cấp hàng hóa và dịch vụ mà quý vị nhận được qua Medicare hoặc Medi-Cal.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Các nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới đã đồng ý chấp nhận khoản thanh toán từ chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ được bảo hiểm dưới dạng trả dứt một lần.

Định nghĩa nhà thuốc trong mạng lưới

- Nhà thuốc trong mạng lưới là các nhà thuốc (hiệu thuốc) đã đồng ý cung cấp thuốc theo toa cho hội viên chương trình của chúng tôi. Hãy đọc *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* để tìm nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị muốn sử dụng.
- Trừ trường hợp khẩn cấp, quý vị phải mua thuốc theo toa tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi nếu quý vị muốn chương trình chúng tôi giúp thanh toán tiền cho các loại thuốc đó.

Gọi Ban Dịch vụ Hội viên theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711) Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối để biết thêm thông tin. Cả Ban Dịch vụ Hội viên và trang mạng của Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan đều có thể cung cấp cho quý vị những thông tin mới nhất về những thay đổi về các nhà thuốc và nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi.

J3. Danh sách Thuốc được Bảo hiểm

Chương trình có *Danh sách Thuốc được Bảo hiểm*. Chúng tôi gọi tắt là “Danh sách Thuốc”. Nó sẽ cho quý vị biết những loại thuốc theo toa nào được bảo hiểm bởi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.

Danh sách Thuốc cũng cho quý vị biết có quy định nào hoặc hạn chế nào về bất kỳ loại thuốc nào hay không, ví dụ như giới hạn về số lượng thuốc mà quý vị có thể nhận. Xem Chương 5 để biết thêm thông tin về các quy định hoặc hạn chế này.

Mỗi năm, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông tin về cách tiếp cận Danh sách Thuốc, nhưng trong năm cũng có thể có một số thay đổi. Để có thông tin cập nhật mới nhất về các loại thuốc được bảo hiểm, hãy truy cập duals.anthem.com hoặc gọi số 1-855-817-5785 (TTY: 711) Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

J4. Giải thích Quyền lợi

Khi quý vị sử dụng các quyền lợi thuốc theo toa Phần D của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một báo cáo tóm tắt để giúp quý vị hiểu và theo dõi các khoản tiền chi trả cho thuốc theo toa Phần D của quý vị. Báo cáo tóm tắt này được gọi là tờ *Giải thích Quyền lợi* (EOB).

Tờ *Giải thích Quyền lợi* này cho quý vị biết tổng số tiền mà quý vị, hoặc người khác thay mặt cho quý vị, đã chi cho các thuốc theo toa Phần D của quý vị và tổng số tiền mà chúng tôi đã trả cho mỗi loại thuốc theo toa Phần D của quý vị trong tháng đó. Chương 6 cho biết thêm thông tin về tờ *Giải thích Quyền lợi* này và nó có thể giúp quý vị theo dõi việc bảo hiểm cho thuốc của quý vị như thế nào.

Tờ *Giải thích Quyền lợi* tóm tắt cũng được cung cấp theo yêu cầu của quý vị. Để xin một bản sao, quý vị có thể gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711) Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



K. Cách giữ cho hồ sơ hội viên của quý vị cập nhật

Quý vị có thể giữ cho hồ sơ của mình luôn được cập nhật bằng cách báo cho chúng tôi biết khi có các thay đổi về thông tin của quý vị.

Các nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc trong mạng lưới của chương trình cần được biết thông tin chính xác về quý vị. **Họ sử dụng hồ sơ hội viên của quý vị để biết quý vị sử dụng các dịch vụ và loại thuốc nào và quý vị sẽ phải trả bao nhiêu tiền cho chúng.** Vì vậy, điều hết sức quan trọng là quý vị phải giúp chúng tôi luôn cập nhật thông tin của quý vị.

Hãy cho chúng tôi biết những nội dung sau:

- Thay đổi tên, địa chỉ hoặc số điện thoại của quý vị
- Các thay đổi về bất kỳ bảo hiểm y tế nào khác, ví dụ như bảo hiểm do chủ sở làm của quý vị cung cấp, bảo hiểm do chủ sở làm của vợ/chồng quý vị cung cấp, hay tiền đền bù cho công nhân chẳng hạn.
- Bất kỳ yêu cầu trách nhiệm nào, chẳng hạn như yêu cầu từ một vụ tai nạn xe hơi.
- Vào một nhà điều dưỡng hoặc bệnh viện.
- Chăm sóc tại một bệnh viện hay phòng cấp cứu.
- Các thay đổi về người chăm sóc (hoặc bất kỳ ai chịu trách nhiệm về quý vị).
- Quý vị là một phần hoặc trở thành một phần của nghiên cứu lâm sàng.

Khi có bất kỳ thay đổi gì về thông tin, vui lòng báo cho chúng tôi qua Ban Dịch vụ Hội viên theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711) Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

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

Thông tin trong hồ sơ hội viên có thể bao gồm thông tin sức khỏe cá nhân (PHI). Luật tiểu bang và liên bang yêu cầu chúng tôi giữ bí mật PHI của quý vị. Chúng tôi đảm bảo rằng PHI của quý vị được bảo vệ. Để biết thêm chi tiết về việc chúng tôi bảo mật cho PHI của quý vị như thế nào, xem Chương 8.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Chương 2: Các số điện thoại và nguồn hỗ trợ quan trọng

Giới thiệu

Chương này cung cấp cho quý vị thông tin liên lạc về các nguồn lực quan trọng có thể giúp quý vị trả lời các câu hỏi của quý vị về Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan và các quyền lợi chăm sóc sức khỏe của quý vị. Quý vị cũng có thể sử dụng chương này để nhận thông tin về cách liên lạc với điều phối viên chăm sóc của quý vị và những người khác có thể hỗ trợ thay mặt quý vị. Các thuật ngữ chính và định nghĩa theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ tay Hội viên*.

Mục lục

A. Cách liên lạc Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan Ban Dịch vụ Hội viên.....	18
A1. Khi cần liên lạc Ban Dịch vụ Hội viên.....	18
B. Cách Liên hệ với Người quản lý hồ sơ của quý vị	24
B1. Khi cần liên lạc với Người quản lý hồ sơ của quý vị	24
C. Cách liên lạc Nurse Advice Call Line	26
C1. Khi cần liên lạc Nurse Advice Call Line.....	26
D. Cách liên lạc Behavioral Health Crisis Line	27
D1. Khi cần liên lạc Behavioral Health Crisis Line	27
E. Làm sao để liên lạc với Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).....	28
E1. Khi cần liên lạc HICAP	28
F. Làm sao để liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization, QIO).....	29
F1. Khi cần liên lạc với Livanta BFCC-QIO	29
G. Cách liên lạc Medicare	30
H. Làm sao để liên lạc với Medi-Cal Health Care Options.....	31
I. Cách liên lạc Cal MediConnect Ombuds Program	32
J. Cách liên lạc County Social Services	33
K. Cách liên lạc County Specialty Mental Health Plan	34

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



K1. Liên lạc County Specialty Mental Health Plan để:	34
L. Cách liên lạc California Department of Managed Health Care	35
M. Các nguồn lực khác	36



A. Cách liên lạc Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan Ban Dịch vụ Hội viên

GỌI	1-855-817-5785 Cuộc gọi được miễn phí. Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói được Tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi được miễn phí. Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối
FAX	1-888-426-5087
VIẾT THƯ	Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan MMP Member Services 12900 Park Plaza Drive, Suite 150, Mailstop 6150 Cerritos, CA 90703-9329
TRANG WEB	duals.anthem.com

A1. Khi cần liên lạc Ban Dịch vụ Hội viên

- Thắc mắc về chương trình
- Thắc mắc về các yêu cầu bồi thường, việc ghi hóa đơn hoặc Thẻ hội ID viên
- Quyết định bảo hiểm cho việc chăm sóc sức khỏe của quý vị
 - Quyết định bảo hiểm cho việc chăm sóc sức khỏe của quý vị là quyết định về:
 - Các quyền lợi và dịch vụ được bảo hiểm của quý vị **hoặc**
 - Số tiền chúng tôi sẽ trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
 - Hãy gọi cho chúng tôi khi quý vị có thắc mắc về quyết định bảo hiểm cho việc chăm sóc sức khỏe của quý vị.
 - Để tìm hiểu thêm về quyết định bảo hiểm, xem Chương 9.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Làm thế nào để liên hệ với chúng tôi khi quý vị đang yêu cầu quyết định bảo hiểm về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị

GỌI	1-855-817-5785 Cuộc gọi được miễn phí. Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, trừ ngày nghỉ Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói được Tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi được miễn phí. Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối
VIẾT THƯ	MMP Utilization Management 12900 Park Plaza Drive, Ste. 150 Mailstop: 6151 Cerritos, CA 90703-9329

Làm thế nào để liên lạc với chúng tôi khi quý vị đang yêu cầu quyết định bảo hiểm về các thuốc theo toa Phần D của quý vị

GỌI	1-833-370-7466 Cuộc gọi được miễn phí. 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói được Tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi được miễn phí. 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần
VIẾT THƯ	Attention: Pharmacy Department P.O. Box 47686 San Antonio, TX 78265-8686

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Cách liên lạc với chúng tôi để đưa ra khiếu nại phân nân hoặc kháng cáo (thuốc theo toa và y tế)

GỌI	<u>Đối với Phần C (y tế) gọi:</u> <u>Đối với Phần D (các loại thuốc theo toa) gọi:</u> 1-855-817-5785 1-833-370-7466 Đối với Phần C (y tế): Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, trừ ngày nghỉ Đối với Phần D (thuốc theo toa): 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói được Tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi được miễn phí. Đối với Phần C (y tế): Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, trừ ngày nghỉ Đối với Phần D (thuốc theo toa): 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần
FAX	1-888-326-1479
VIẾT THƯ	Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan MMP Complaints, Appeals & Grievances 4361 Irwin Simpson Rd. Mailstop: OH0102- B325 Mason, OH 45040

- Kháng cáo về chăm sóc sức khỏe của quý vị
 - Kháng cáo là một biện pháp chính thức yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định của chúng tôi về việc bảo hiểm cho quý vị và yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định đó nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn.
 - Để tìm hiểu thêm về việc tiến hành kháng cáo, xem Chương 9.
- Khiếu nại về chăm sóc sức khỏe của quý vị
 - Quý vị có thể khiếu nại về chúng tôi hoặc bất cứ nhà cung cấp dịch vụ nào (bao gồm cả nhà cung cấp dịch vụ ngoài hoặc trong mạng lưới). Nhà cung cấp trong mạng lưới là một nhà cung cấp hoạt động cùng với chương trình sức khỏe này.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Quý vị cũng có thể khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được cho chúng tôi hoặc lên Tổ chức Cải thiện Chất lượng - Quality Improvement Organization (xem Mục F bên dưới).

- Quý vị có thể gọi cho chúng tôi và giải thích về khiếu nại của quý vị. Gọi Ban Dịch vụ Hội viên theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
- Nếu khiếu nại của quý vị là về một quyết định bảo hiểm của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, quý vị có thể kháng cáo (xem mục trên).
- Quý vị có thể gửi đơn khiếu nại về Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan cho Medicare. Quý vị có thể sử dụng mẫu đơn trên mạng tại <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Hoặc quý vị có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để yêu cầu trợ giúp. Cuộc gọi được miễn phí.
- Quý vị có thể gửi đơn khiếu nại về Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan cho Cal MediConnect Ombuds Program bằng cách gọi 1-855-501-3077.
- Để tìm hiểu thêm về việc tiến hành khiếu nại về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, xem Chương 9.
- Quyết định bảo hiểm cho thuốc của quý vị
 - Quyết định bảo hiểm cho thuốc của quý vị là quyết định về:
 - Các quyền lợi và thuốc được bảo hiểm của quý vị, **hoặc**
 - Số tiền chúng tôi sẽ trả cho thuốc của quý vị.
 - Quyết định này áp dụng cho các loại thuốc Phần D, thuốc theo toa Medi-Cal và thuốc mua không cần toa bác sĩ Medi-Cal của quý vị.
 - Để biết thêm về quyết định bảo hiểm đối với thuốc theo toa của quý vị, xem Chương 9.
- Kháng cáo về các loại thuốc của quý vị
 - Kháng cáo là biện pháp yêu cầu chúng tôi thay đổi một quyết định bảo hiểm.
 - Để nộp đơn kháng cáo, quý vị có thể:

Gọi Ban Dịch vụ Hội viên theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
 - Để biết thêm về việc kháng cáo đối với thuốc theo toa của quý vị, xem Chương 9.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- Khiếu nại về các loại thuốc của quý vị
 - Quý vị có thể khiếu nại về chúng tôi hoặc bất kỳ nhà thuốc nào. Điều này bao gồm khiếu nại về thuốc kê toa của quý vị.
 - Nếu khiếu nại của quý vị là về quyết định bảo hiểm đối với thuốc kê toa của mình, quý vị có thể kháng cáo. (Xem mục trên)
 - Quý vị có thể gửi đơn khiếu nại về Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan cho Medicare. Quý vị có thể sử dụng mẫu đơn trên mạng tại <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Hoặc quý vị có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để yêu cầu trợ giúp. Cuộc gọi được miễn phí.
 - Để biết thêm về việc khiếu nại đối với thuốc theo toa của quý vị, xem Chương 9.
- Thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc các loại thuốc quý vị đã trả tiền
 - Để biết thêm cách yêu cầu chúng tôi hoàn trả hoặc trả một hóa đơn quý vị đã nhận được, xem Chương 7.
 - Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán một hóa đơn và chúng tôi từ chối bất cứ mục nào trong yêu cầu của quý vị, thì quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi. Xem Chương 9 để biết thêm về các kháng cáo.

Gửi một yêu cầu yêu cầu chúng tôi trả chi phí dịch vụ chăm sóc y tế quý vị đã nhận đến đâu

GỌI	1-855-817-5785 Cuộc gọi được miễn phí. Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, trừ ngày nghỉ Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói được Tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi được miễn phí. Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối
VIẾT THƯ	CareMore MMP Claims Services P.O. Box 366 Artesia, CA 90702-0366

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Gửi một yêu cầu yêu cầu chúng tôi trả khoản chia sẻ của chúng tôi cho chi phí thuốc quý vị đã nhận đến đâu

GỌI	1-833-370-7466 Cuộc gọi được miễn phí. 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói được Tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi được miễn phí. 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần
VIẾT THƯ	IngenioRx ATTN: Claims Department - Part D Services P.O. Box 52077 Phoenix, AZ 85072-2077

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



B. Cách Liên hệ với Người quản lý hồ sơ của quý vị

Tại Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, quý vị sẽ nhận được sự hỗ trợ của người quản lý hồ sơ để hỗ trợ quý vị trước, trong và sau một sự kiện sức khỏe.

- Khi quý vị trở thành hội viên của Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, quý vị sẽ được chỉ định một người quản lý hồ sơ.
- Người quản lý hồ sơ sẽ liên lạc với quý vị nhằm đảm bảo rằng quý vị có những cái quý vị đang cần.
- Nếu quý vị nhập viện, người quản lý hồ sơ có thể giúp sắp xếp các dịch vụ có thể phục hồi tại nhà.
- Nếu quý vị cảm thấy rằng quý vị có thể sử dụng sự giúp đỡ của người quản lý hồ sơ, quý vị có thể liên lạc với Ban Dịch vụ Hội viên và yêu cầu được nói chuyện với người quản lý hồ sơ.
- Nếu quý vị không hài lòng với người quản lý hồ sơ của mình, quý vị có thể gọi Ban Dịch vụ Hội viên theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối để tìm một người quản lý hồ sơ đáp ứng các yêu cầu của quý vị.

GỌI	1-888-325-1019 Cuộc gọi được miễn phí. Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 5 giờ sáng đến 8 giờ tối Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói được Tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi được miễn phí. Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 5 giờ sáng đến 8 giờ tối
VIẾT THƯ	Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan Case Management 12900 Park Plaza Drive, Ste. 150 Mailstop 7120 Cerritos, CA 90703-9329
TRANG WEB	duals.anthem.com

B1. Khi cần liên lạc với Người quản lý hồ sơ của quý vị

- Thắc mắc về việc chăm sóc sức khỏe của quý vị

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- Hỏi về việc tìm dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi tâm thần (sức khỏe tâm thần và rối loạn do lạm dụng dược chất)
- Hỏi về dịch vụ vận chuyển
- Hỏi về các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS)

LTSS bao gồm các Dịch vụ dành cho Người lớn tại Cộng đồng (CBAS), các Chương trình Dịch vụ Người Cao niên Đa Mục đích (MSSP), và Cơ sở Điều dưỡng (NF).

Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) là hàng loạt các dịch vụ và hỗ trợ nhằm giúp đỡ người cao tuổi và người khuyết tật để đáp ứng nhu cầu trợ giúp hàng ngày của họ và cải thiện chất lượng cuộc sống cho họ. Các ví dụ bao gồm hỗ trợ tắm rửa, mặc quần áo và các hoạt động cơ bản khác trong sinh hoạt hàng ngày và tự chăm sóc, cũng như hỗ trợ các công việc hàng ngày như giặt ủi, mua sắm và đưa đón. LTSS thường được cung cấp tại nhà và cộng đồng, ngoài ra còn có ở các địa điểm dạng cơ sở như cơ sở điều dưỡng.

Phải đáp ứng một số yêu cầu điều kiện để đủ điều kiện tham gia các chương trình này. Gọi Ban Dịch vụ Hội viên Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711) từ Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối để biết thêm thông tin về yêu cầu điều kiện.

Đôi lúc quý vị có thể được trợ giúp về việc chăm sóc sức khỏe và các nhu cầu sinh hoạt hàng ngày.

Quý vị có thể nhận các dịch vụ sau:

- Dịch vụ dành cho Người lớn tại Cộng đồng (CBAS),
- Chương trình Dịch vụ Người Cao niên Đa Mục đích (MSSP),
- Chăm sóc bởi điều dưỡng chuyên môn,
- Vật lý trị liệu,
- Hoạt động trị liệu,
- Ngữ âm trị liệu,
- Các dịch vụ xã hội trong y tế, và
- Chăm sóc sức khỏe tại nhà.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



C. Cách liên lạc Nurse Advice Call Line

Nurse Advice Call Line 24 giờ ở đó để xử lý các thắc mắc và quan ngại về chăm sóc sức khỏe của quý vị. Nurse Advice Call Line có thể giúp giảm lo lắng hoặc giúp quý vị xác định liệu quý vị có nên khám bác sĩ của mình hay không. Đôi khi, quý vị sẽ có những thắc mắc về sức khỏe khi đã về đêm, vào cuối tuần hoặc ngày lễ. Bất kể là ngày hay đêm, quý vị đều có thể trao đổi với một y tá bằng cách gọi Nurse Advice Call Line 24 giờ của chúng tôi.

GỌI	1-800-224-0336 Cuộc gọi được miễn phí. Hoạt động 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày nghỉ Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói được Tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi được miễn phí. Hoạt động 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày nghỉ

C1. Khi cần liên lạc Nurse Advice Call Line

- Thắc mắc về việc chăm sóc sức khỏe của quý vị

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



D. Cách liên lạc Behavioral Health Crisis Line

GỌI	1-855-278-4204 Cuộc gọi được miễn phí. Hoạt động 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày nghỉ Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói được Tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi được miễn phí. Hoạt động 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày nghỉ

D1. Khi cần liên lạc Behavioral Health Crisis Line

- Hỏi về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi và lạm dụng dược chất
 - Tầm soát
 - Đánh giá
 - Giấy giới thiệu
 - Tư vấn khủng hoảng

Quý vị có thắc mắc về các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa tại quận của quý vị, vào trang 34.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



E. Làm sao để liên lạc với Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)

Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế

(Health Insurance Counseling and Advocacy Program - HICAP) tư vấn miễn phí về bảo hiểm y tế cho người có Medicare. Các tư vấn viên của HICAP có thể giải đáp thắc mắc của quý vị và giúp quý vị biết phải làm sao để giải quyết vấn đề của quý vị. HICAP đã đào tạo tư vấn viên cho tất cả các quận, và các dịch vụ của họ đều miễn phí.

HICAP không có quan hệ với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình sức khỏe nào.

GỌI	1-800-434-0222 Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 9 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
VIẾT THƯ	Santa Clara HICAP Office 2115 The Alameda San Jose, CA 95126
TRANG WEB	www.mysourcewise.com

E1. Khi cần liên lạc HICAP

- Thắc mắc về Cal MediConnect Plan hoặc thắc mắc khác về Medicare khác
 - Tư vấn viên của HICAP có thể giải đáp các thắc mắc của quý vị về việc đổi sang một chương trình mới và giúp quý vị:
 - hiểu rõ các quyền lợi của quý vị,
 - hiểu rõ các lựa chọn chương trình của quý vị,
 - khiếu nại về việc chăm sóc hoặc điều trị của quý vị, **và**
 - giải quyết các vấn đề về hóa đơn của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



F. Làm sao để liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization, QIO)

Tiểu bang có một tổ chức có tên Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization (BFCC-QIO). Đây là một nhóm các bác sĩ và chuyên gia y tế khác nhằm giúp cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc cho những ai tham gia chương trình Medicare. Livanta BFCC-QIO không có quan hệ gì với chương trình của chúng tôi.

GỌI	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668 Số điện thoại này dành cho những người bị khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi số này.
VIẾT THƯ	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
TRANG WEB	www.livantaqio.com

F1. Khi cần liên lạc với Livanta BFCC-QIO

- Thắc mắc về việc chăm sóc sức khỏe của quý vị
 - Quý vị có thể khiếu nại về dịch vụ chăm sóc quý vị đã nhận được nếu quý vị:
 - gặp vấn đề về phẩm chất chăm sóc,
 - nghỉ bệnh viện cho quý vị xuất viện quá sớm, **hoặc**
 - nghỉ dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện (comprehensive outpatient rehabilitation facility - CORF) của quý vị được kết thúc quá sớm.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



G. Cách liên lạc Medicare

Medicare là chương trình bảo hiểm sức khỏe Liên bang dành cho những người từ 65 tuổi trở lên, cho một số người dưới 65 tuổi bị khuyết tật, và cho những người mắc bệnh thận giai đoạn cuối (bị hư thận vĩnh viễn và cần được chạy thận hoặc cấy ghép thận).

Cơ quan liên bang phụ trách Medicare là Centers for Medicare & Medicaid Services, hoặc CMS.

GỌI	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Cuộc gọi đến số điện thoại này đều được miễn cước, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần.
TTY	1-877-486-2048 Cuộc gọi được miễn phí. Số điện thoại này dành cho những người bị khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi số này.
TRANG WEB	http://www.medicare.gov Đây là trang web chính thức dành cho chương trình Medicare. Trang web này sẽ cung cấp cho quý vị các thông tin cập nhật về chương trình Medicare. Nó cũng đưa thông tin về các bệnh viện, nhà điều dưỡng, bác sĩ, cơ quan dịch vụ chăm sóc tại nhà, cơ sở chạy thận nhân tạo. Nó cũng có những tài liệu nhỏ mà quý vị có thể in ra ngay bằng máy vi tính của quý vị. Quý vị cũng có thể tìm các thông tin liên lạc của Medicare tại tiểu bang của quý vị bằng cách chọn “Forms, Help & Resources” (Mẫu đơn, “Trợ giúp & Nguồn Hỗ trợ”) rồi bấm “Phone numbers & websites” (“Các số điện thoại & trang mạng”). Trang web Medicare có công cụ sau đây giúp quý vị tìm các chương trình tại khu vực của mình: Công cụ Medicare Plan Finder: Cung cấp thông tin riêng cho từng người về các chương trình thuốc theo toa của Medicare, chương trình sức khỏe Medicare, và các chính sách Medigap (Bảo hiểm bổ sung cho Medicare) tại khu vực của quý vị. Chọn mục “Find health & drug plans” (Tìm chương trình sức khỏe & thuốc). Nếu quý vị không có máy vi tính, thư viện hoặc trung tâm người cao niên tại địa phương của quý vị có thể giúp quý vị xem trang mạng này bằng máy vi tính của họ. Hoặc, quý vị cũng có thể gọi cho Medicare theo số nêu trên và cho họ biết quý vị cần tìm gì. Họ sẽ tìm kiếm thông tin đó trên trang mạng này, in ra, và gửi cho quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



H. Làm sao để liên lạc với Medi-Cal Health Care Options

Medi-Cal Health Care Options có thể giúp đỡ cho quý vị khi quý vị có thắc mắc về việc chọn Cal MediConnect Plan hoặc các vấn đề khác về ghi danh.

GỌI	1-844-580-7272 Nhân viên đại diện của Health Care Options phục vụ từ 8:00 sáng đến 6:00 chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu.
TTY	1-800-430-7077 Số điện thoại này dành cho những người bị khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi số này.
VIẾT THƯ	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
TRANG WEB	https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



I. Cách liên lạc Cal MediConnect Ombuds Program

Cal MediConnect Ombuds Program hoạt động như một người biện hộ thay cho quý vị. Họ có thể trả lời các câu hỏi nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại và có thể giúp quý vị hiểu phải làm gì. Cal MediConnect Ombuds Program có thể giúp quý vị giải quyết các vấn đề về dịch vụ hoặc hóa đơn. Cal MediConnect Ombuds Program không liên kết với chương trình của chúng tôi hay với bất cứ công ty bảo hiểm hoặc chương trình sức khỏe nào. Các dịch vụ của họ đều miễn phí.

GỌI	1-855-501-3077 Cuộc gọi được miễn phí. Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 9 giờ sáng đến 5 giờ chiều, trừ ngày nghỉ lễ.
VIẾT THƯ	Cal MediConnect Ombuds Program 2 West Santa Clara Street, 8th Floor San Jose, CA 95113
TRANG WEB	www.healthconsumer.org

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



J. Cách liên lạc County Social Services

Nếu quý vị cần trợ giúp về các quyền lợi hưởng Dịch vụ Hỗ trợ Tại nhà (IHSS), liên lạc County Social Services Department tại địa phương của quý vị.

GỌI	1-877-962-3633 Cuộc gọi được miễn phí. Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều
VIẾT THƯ	1888 Senter Road San Jose, CA 95112
TRANG WEB	https://www.sccgov.org/sites/ssa/daas/ihss/Pages/ihss.aspx

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



K. Cách liên lạc County Specialty Mental Health Plan

Các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa Medi-Cal được cung cấp cho quý vị qua chương trình sức khỏe tâm thần (mental health plan - MHP) của quận nếu quý vị thỏa mãn các tiêu chí về tính cần thiết về mặt y tế.

GỌI	1-800-704-0900 Cuộc gọi được miễn phí. 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần, kể cả ngày nghỉ Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói được Tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi được miễn phí. 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần, kể cả ngày nghỉ

K1. Liên lạc County Specialty Mental Health Plan để:

- Hỏi về các dịch vụ sức khỏe hành vi tâm thần do quận cung cấp
 - Đánh giá điều kiện
 - Giấy giới thiệu
 - Cuộc hẹn khám
 - Thông tin chung về các dịch vụ có sẵn

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



L. Cách liên lạc California Department of Managed Health Care

California Department of Managed Health Care (DMHC) chịu trách nhiệm quy định cho các chương trình sức khỏe. Trung tâm Trợ giúp của DMHC có thể giúp quý vị kháng cáo hoặc khiếu nại chương trình sức khỏe của quý vị về các dịch vụ Medi-Cal.

GỌI	1-888-466-2219 Nhân viên đại diện của DMHC phục vụ từ 8:00 giờ sáng đến 6:00 giờ chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu.
TTY	1-877-688-9891 Số điện thoại này dành cho những người bị khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi số này.
VIẾT THƯ	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
FAX	1-916-255-5241
TRANG WEB	http://www.hmohelp.ca.gov

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



M. Các nguồn lực khác

California Department of Aging

California Department of Aging (CDA) có các chương trình cho người già, người lớn bị khuyết tật, người chăm sóc gia đình và cư dân tại các cơ sở chăm sóc dài hạn trên toàn Tiểu bang.

Gọi: 1-916-419-7500

TTY: 1-800-735-2929 Số điện thoại này dành cho những người bị khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi số này.

Viết: 1300 National Drive, Suite 200
Sacramento, CA 95834-1992

Trang web: <https://www.aging.ca.gov/AboutCDA/>

Area Agencies on Aging

Area Agencies on Aging (AAA) có nhiều dịch vụ dành cho người cao niên và người lớn bị khuyết tật ở cấp cộng đồng và phục vụ như một nguồn lực cho các quan ngại cho người già tại địa phương.

Gọi: 1-800-510-2020

TTY: 711

https://www.aging.ca.gov/ProgramsProviders/AAA/AAA_Listing.aspx

CalFresh

CalFresh là một chương trình thực phẩm ở California cung cấp quyền lợi thực phẩm hàng tháng cho các cá nhân và gia đình đủ điều kiện tham gia chương trình.

Gọi: 1-877-847-3663

TTY: 711

Trang web: <http://calfresh.dss.ca.gov/food/>

Meals on Wheels California

Meals on Wheels California (MOWCA) là một hiệp hội mới được thành lập liên kết với Meals on Wheels America. Nhiệm vụ của chúng tôi là tạo ra tiếng nói thống nhất của các nhà cung cấp dinh dưỡng ở California và mở rộng tác động của các chương trình của chúng tôi nhằm cải thiện cuộc sống của người cao niên, người lớn bị khuyết tật và gia đình họ.

Dịch vụ Meals on Wheels (Bữa ăn trên Bánh xe) là một bữa ăn bổ dưỡng, đồng hành và theo dõi sức khỏe và an toàn của người cao niên.

Gọi: 1-877-434-8075

TTY: 711

Trang web: <https://www.mealsonwheelsamerica.org/about-membership/state-associations/california>

California Senior Centers

Các trung tâm người cao niên giúp người Mỹ nhận được nhiều dịch vụ cho người già.

Trang web: http://www.careforcalifornia.net/list11_ca_senior_centers.htm

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



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

Giới thiệu

Chương này có các điều khoản và quy tắc cụ thể quý vị cần biết để nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ được bảo hiểm khác với Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Nó cũng cho quý vị biết về người quản lý hồ sơ của quý vị, cách nhận dịch vụ chăm sóc từ các loại nhà cung cấp khác nhau và trong một số trường hợp đặc biệt (kể cả từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới hoặc nhà thuốc), phải làm gì khi quý vị thanh toán trực tiếp cho các dịch vụ được chương trình của chúng tôi bảo hiểm và quy tắc sở hữu Thiết bị Y tế Lâu bền (DME). Các thuật ngữ chính và định nghĩa theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của Sổ tay Hội viên.

Mục lục

A. Thông tin về các “dịch vụ,” “dịch vụ được bảo hiểm,” “nhà cung cấp,” và “nhà cung cấp trong mạng lưới”	39
B. Các quy định về việc nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe, sức khỏe hành vi, và dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) được chương trình bảo hiểm	39
C. Thông tin về người quản lý hồ sơ của quý vị	42
C1. Người quản lý hồ sơ là ai	42
C2. Quý vị có thể liên lạc với Người quản lý hồ sơ của quý vị bằng cách nào.....	42
C3. Quý vị có thể thay đổi Người quản lý hồ sơ của quý vị bằng cách nào	42
D. Chăm sóc từ nhà cung cấp chăm sóc chính, bác sĩ chuyên khoa, các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác trong mạng lưới, và các nhà cung cấp dịch vụ y tế ngoài mạng lưới.....	42
D1. Chăm sóc từ nhà cung cấp chăm sóc chính	42
D2. Chăm sóc từ các bác sĩ chuyên khoa và nhà cung cấp khác trong mạng lưới.....	45
D3. Phải làm gì khi nhà cung cấp trong mạng lưới rời khỏi chương trình?.....	46
D4. Cách nhận chăm sóc từ nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới.....	47
E. Làm sao để được nhận các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS)	48
F. Làm sao để được nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và rối loạn do lạm dụng dược chất)	49

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



F1. Những dịch vụ sức khỏe hành vi tâm thần Medi-Cal nào được cung cấp ngoài Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan qua Santa Clara County Behavioral Health Services Department?	49
G. Làm sao để được nhận các dịch vụ vận chuyển.....	51
H. Làm sao để được nhận dịch vụ được bảo hiểm khi quý vị có nhu cầu chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp, hay khi gặp tai họa	52
H1. Chăm sóc khi quý vị cần cấp cứu y tế	52
H2. Chăm sóc khẩn cấp cần thiết.....	54
H3. Chăm sóc khi gặp tai họa	54
I. Cần phải làm gì nếu quý vị bị ghi hóa đơn trực tiếp cho các dịch vụ được chương trình bảo hiểm	55
I1. Cần phải làm gì khi các dịch vụ đó không được chương trình chúng tôi bảo hiểm	55
J. Bảo hiểm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị khi quý vị tham gia nghiên cứu lâm sàng..	56
J1. Định nghĩa nghiên cứu lâm sàng	56
J2. Thanh toán các dịch vụ khi quý vị tham gia nghiên cứu lâm sàng.....	56
J3. Tìm hiểu thêm về các nghiên cứu lâm sàng	57
K. Làm thế nào để các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ được bảo hiểm khi quý vị sống trong tổ chức chăm sóc sức khỏe không phải là y tế của tôn giáo.....	57
K1. Định nghĩa tổ chức chăm sóc sức khỏe không phải là y tế của tôn giáo	57
K2. Nhận chăm sóc từ tổ chức chăm sóc sức khỏe không phải là y tế của tôn giáo	57
L. Thiết bị Y tế Lâu bền (DME)	58
L1. DME với tư cách hội viên của chương trình chúng tôi	58
L2. Quyền sở hữu DME khi quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc Medicare Advantage	59



A. Thông tin về các “dịch vụ,” “dịch vụ được bảo hiểm,” “nhà cung cấp,” và “nhà cung cấp trong mạng lưới”

Dịch vụ nghĩa là các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, vật dụng y tế, dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi, thuốc theo toa và thuốc mua không cần toa, thiết bị và các dịch vụ khác. **Dịch vụ được bảo hiểm** là bất kỳ dịch vụ nào trong các dịch vụ này mà chương trình chúng tôi sẽ thanh toán. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, sức khỏe hành vi, và dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) được bảo hiểm được liệt kê trong Bảng Quyền lợi tại Chương 4.

Nhà cung cấp là các bác sĩ, y tá và những người khác cung cấp cho quý vị các dịch vụ và hoạt động chăm sóc. Thuật ngữ nhà cung cấp dịch vụ cũng chỉ các bệnh viện, cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà, các phòng khám, và những nơi khác cung cấp cho quý vị các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ sức khỏe hành vi tâm thần, thiết bị y tế, và các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) nào đó.

Nhà cung cấp trong mạng lưới là các nhà cung cấp có cộng tác với chương trình sức khỏe này. Các nhà cung cấp này đã đồng ý chấp thuận khoản thanh toán của chúng tôi dưới dạng trọn gói. Các nhà cung cấp trong mạng lưới tính hóa đơn trực tiếp cho chúng tôi đối với dịch vụ chăm sóc mà họ cung cấp cho quý vị. Khi quý vị khám tại nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị thường không thanh toán cho các dịch vụ được bảo hiểm.

B. Các quy định về việc nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe, sức khỏe hành vi, và dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) được chương trình bảo hiểm

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan bảo hiểm tất cả các dịch vụ được cung cấp bởi Medicare và Medi-Cal. Các dịch vụ đó bao gồm cả dịch vụ sức khỏe hành vi tâm thần, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS).

Thông thường, Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sẽ thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ sức khỏe hành vi tâm thần, và LTSS mà quý vị sử dụng nếu quý vị tuân thủ các quy định của chương trình. Để được chương trình của chúng tôi bảo hiểm:

- Dịch vụ chăm sóc mà quý vị sử dụng phải là một quyền lợi chương trình. Nói vậy có nghĩa là dịch vụ đó phải được nêu trong Bảng Quyền lợi của chương trình. (Bảng nằm ở Chương 4 của sổ tay này).
- Dịch vụ chăm sóc đó phải được xác định là **cần thiết về mặt y khoa**. Một số các dịch vụ liệt kê trong Bảng Quyền lợi Y tế được bảo hiểm chỉ khi bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới khác được phê duyệt trước (đôi khi được gọi là “ủy quyền trước”) từ chúng tôi. Các dịch vụ được bảo hiểm cần phê duyệt trước được đánh dấu trong Bảng Quyền lợi Y tế. Khi chúng tôi đưa ra quyết định của mình, chúng tôi dựa vào hai điều. Đầu tiên, đây là các quy định của Medicare. Thứ hai là các tiêu chuẩn hành nghề y tế thường được chấp thuận. Các tiêu chuẩn này được chứng thực và chấp nhận bởi những người thực hiện và nghiên cứu thuốc. Chúng tôi

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



cũng cần đảm bảo quý vị được chăm sóc với chi phí hiệu quả nhất. Điều này có nghĩa là không tốn tiền nhiều hơn một tùy chọn khác cũng sẽ hoạt động tốt. Nhưng chúng tôi cũng cần nó phù hợp với quý vị. Và quý vị nhận được nó ở đúng nơi và đúng số lần. Cuối cùng, chúng tôi không thể chấp thuận một dịch vụ chỉ vì nó thuận tiện hơn so với một tùy chọn khác. Quý vị phải được sự chấp thuận của chúng tôi trước khi nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp không nằm trong chương trình của chúng tôi trừ khi đó là Chăm sóc khẩn cấp, Chăm sóc cấp cứu hoặc Thăm tách thận bên ngoài khu vực dịch vụ. Để tìm một nhà cung cấp trong chương trình của chúng tôi, xem *Danh bạ Nhà cung cấp và Nhà thuốc* trên mạng hoặc gọi Ban Dịch vụ Hội viên. Nếu quý vị được giới thiệu hoặc cảm thấy quý vị cần sử dụng một nhà cung cấp không nằm trong chương trình của chúng tôi, quý vị phải gọi cho chúng tôi để được chấp thuận trước khi quý vị được chăm sóc.

- Về dịch vụ y tế, quý vị phải được một **nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (primary care provider - PCP)** yêu cầu sử dụng dịch vụ đó cho quý vị hoặc bảo quý vị đi khám chữa tại một bác sĩ khác. Là hội viên của chương trình, quý vị phải chọn một nhà cung cấp trong mạng lưới làm PCP cho quý vị.
 - Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải được PCP trong mạng lưới của quý vị hoặc chương trình của chúng tôi chấp thuận trước trước khi quý vị có thể thăm khám bất kỳ ai không phải là PCP của quý vị hoặc mới được sử dụng các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình. Việc này được gọi là **giới thiệu**. Nếu quý vị không được chấp thuận, Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan có thể không bảo hiểm cho các dịch vụ này. Quý vị không cần giấy giới thiệu để thăm khám một số bác sĩ chuyên khoa, như bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ. Để tìm hiểu thêm về giấy giới thiệu, xem trang 45.
 - Các PCP của chương trình chúng tôi có liên kết với những nhóm y tế. Khi chọn bác sĩ PCP, quý vị cùng lúc chọn nhóm y tế có liên kết với bác sĩ của quý vị. Điều này có nghĩa là PCP của quý vị sẽ giới thiệu quý vị đến những bác sĩ chuyên khoa và dịch vụ có liên kết với nhóm y tế của họ. Nhóm y tế là nhóm bác sĩ chăm sóc chính và bác sĩ chuyên khoa làm việc cùng nhau để cung cấp dịch vụ chăm sóc quý vị cần.
 - Quý vị không cần phải có giấy giới thiệu từ PCP của mình cho chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn thiết hoặc để đến khám tại một nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe cho phụ nữ. Quý vị có thể nhận được các loại hình chăm sóc khác mà không cần có giấy giới thiệu từ PCP của quý vị. Để tìm hiểu thêm về vấn đề này, xem trang 44.
 - Để tìm hiểu thêm về việc chọn PCP, xem trang 43.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- **Quý vị phải sử dụng dịch vụ chăm sóc của các nhà cung cấp trong mạng lưới có liên kết với nhóm hợp y tế của PCP của quý vị.** Thông thường, chương trình sẽ không bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của một nhà cung cấp không cộng tác với chương trình sức khỏe và nhóm y tế của PCP của quý vị. Dưới đây là một số trường hợp không áp dụng quy định này:
 - Chương trình bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp cần thiết của một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Để tìm hiểu thêm và để biết chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp cần thiết nghĩa là gì, xem Mục H, trang 52.
 - Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc mà chương trình của chúng tôi bảo hiểm và các nhà cung cấp trong mạng lưới không thể cung cấp cho quý vị, quý vị có thể tiếp nhận dịch vụ chăm sóc đó từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, tuy nhiên có thể cần cho phép trước. Trong tình huống này, chúng tôi sẽ bảo hiểm dịch vụ chăm sóc miễn phí cho quý vị. Để tìm hiểu thêm và để biết chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp cần thiết nghĩa là gì, xem Mục H, trang 47.
 - Chương trình sẽ bảo hiểm cho các dịch vụ thẩm tách thận khi quý vị ở ngoài vùng dịch vụ của chương trình trong một khoảng thời gian ngắn. Quý vị có thể sử dụng các dịch vụ này tại một cơ sở lọc thận được Medicare chứng nhận.
 - Khi mới tham gia chương trình này, quý vị có thể yêu cầu cho tiếp tục được thăm khám tại các nhà cung cấp hiện tại của quý vị. Trừ một số trường hợp ngoại lệ, chúng tôi được yêu cầu phải chấp thuận yêu cầu này nếu chúng tôi xác minh được rằng quý vị đã có sẵn mối quan hệ với nhà cung cấp đó (xem Chương 1, trang 9). Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu của quý vị, quý vị có thể tiếp tục thăm khám tại nhà cung cấp dịch vụ mà quý vị hiện đang thăm khám trong tối đa 12 tháng cho các dịch vụ. Trong thời gian đó, người quản lý hồ sơ của quý vị sẽ giúp quý vị tìm nhà cung cấp trong mạng của chúng tôi có liên kết với nhóm y tế của PCP của quý vị. Sau 12 tháng, chúng tôi sẽ không bảo hiểm cho việc chăm sóc của quý vị nữa nếu quý vị tiếp tục thăm khám tại những nhà cung cấp dịch vụ không nằm trong mạng lưới của chúng tôi và không liên kết với nhóm y tế của PCP quý vị.



C. Thông tin về người quản lý hồ sơ của quý vị

C1. Người quản lý hồ sơ là ai

Người quản lý Hồ sơ là bác sĩ y tá lâm sàng hoặc người được tập huấn khác làm việc cho chương trình của chúng tôi để cung cấp dịch vụ của người quản lý hồ sơ cho quý vị. Người quản lý Hồ sơ phối hợp với quý vị và bệnh nhân để cung cấp dịch vụ chăm sóc họ cần để khỏe mạnh.

Người quản lý Hồ sơ giúp bệnh nhân:

- Hiểu rõ sức khỏe hiện tại của họ như thế nào
- Tạo lập kế hoạch chăm sóc dành riêng cho quý vị
- Cung cấp dịch vụ chăm sóc họ cần từ chương trình của chúng tôi và cộng đồng của họ
- Trở thành một phần của việc quản lý sức khỏe của chính mình
- Làm việc với nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe như một nhóm
- Đáp ứng mục tiêu trở nên khỏe mạnh

C2. Quý vị có thể liên lạc với Người quản lý hồ sơ của quý vị bằng cách nào

Liên lạc với người quản lý hồ sơ bằng cách gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên. Trong nhiều trường hợp, người quản lý hồ sơ có thể cung cấp cho quý vị thông tin liên lạc trực tiếp của họ.

C3. Quý vị có thể thay đổi Người quản lý hồ sơ của quý vị bằng cách nào

Nếu quý vị muốn gặp một người quản lý hồ sơ khác, gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên để chia sẻ các quan ngại của quý vị và yêu cầu một người quản lý hồ sơ khác.

D. Chăm sóc từ nhà cung cấp chăm sóc chính, bác sĩ chuyên khoa, các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác trong mạng lưới, và các nhà cung cấp dịch vụ y tế ngoài mạng lưới

D1. Chăm sóc từ nhà cung cấp chăm sóc chính

Quý vị phải chọn một primary care provider (PCP) để họ cung cấp và quản lý dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Các PCP của chương trình chúng tôi có liên kết với những nhóm y tế. Khi chọn bác sĩ PCP, quý vị cũng lúc chọn nhóm y tế có liên kết với bác sĩ của quý vị.

Định nghĩa “PCP” và PCP cung cấp cho quý vị những gì

PCP của quý vị là nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe chính của quý vị. PCP của quý vị sẽ lưu giữ hồ sơ y tế của quý vị và tìm hiểu các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị theo thời gian. Quý vị sẽ

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



thăm khám PCP để kiểm tra sức khỏe định kỳ và thăm khám sức khỏe. Nếu quý vị bị ốm, PCP của quý vị sẽ là người đầu tiên chăm sóc cho quý vị. Người đó sẽ kê đơn thuốc cho quý vị, yêu cầu cho phép trước cho các dịch vụ quý vị cần, và giới thiệu quý vị đến bác sĩ chuyên khoa hoặc nhà cung cấp khác nếu cần.

Các PCP của chương trình chúng tôi có liên kết với những nhóm y tế. Nhóm y tế là nhóm bác sĩ chăm sóc chính và bác sĩ chuyên khoa làm việc cùng nhau để cung cấp dịch vụ chăm sóc quý vị cần:

PCP của quý vị có thể là:

- Bác sĩ gia đình của quý vị
- OB/GYN
- Bác sĩ chuyên khoa cung cấp dịch vụ chăm sóc chính
- Bộ phận sức khỏe tại địa phương hoặc phòng khám sức khỏe cộng đồng tương tự

Lựa chọn PCP

Mối quan hệ của quý vị với PCP rất quan trọng. Vì vậy khi quý vị chọn PCP, thử nghĩ về các lý do bên dưới để giúp quý vị. Khi quý vị chọn PCP, quý vị nên:

- Chọn một nhà cung cấp quý vị đang sử dụng hiện nay, hoặc
- Chọn một nhà cung cấp người quý vị tin tưởng đã đề xuất, hoặc
- Chọn nhà cung cấp gần nhà quý vị

Khi quý vị ghi danh Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, quý vị sẽ chọn PCP bằng cách sử dụng *Danh bạ Nhà cung cấp và Nhà thuốc của chúng tôi*. PCP được liệt kê theo thành phố và quận quý vị có thể tìm một vị gần nơi quý vị sống hoặc làm việc. Danh mục cũng cho quý vị biết họ nói ngôn ngữ nào tại văn phòng của PCP. Nếu quý vị cần giúp chọn PCP, gọi Ban Dịch vụ Hội viên theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí.

Khi quý vị chọn PCP của mình, quý vị cũng sẽ chọn (các) bệnh viện và (các) hệ thống đặc biệt có liên kết với PCP của quý vị. Khi quý vị chọn một PCP, quý vị sẽ được giới thiệu đến các chuyên gia, bệnh viện và những nhà cung cấp khác có liên kết với PCP và/hoặc nhóm y tế của quý vị.

Tên và số điện thoại của PCP của quý vị được in trên thẻ thành viên của quý vị.

Để giúp chọn PCP, quý vị cũng có thể gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. Nếu quý vị muốn sử dụng bác sĩ chuyên khoa hoặc bệnh viện cụ thể, điều quan trọng là xem liệu họ có liên kết với nhóm y tế của PCP của quý vị hay không. Quý vị có thể xem *Danh mục Nhà cung cấp & Nhà*

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



thuốc, hoặc hỏi Ban Dịch vụ Hội viên Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan để biết PCP mà quý vị muốn dùng có giới thiệu được quý vị đến bác sĩ chuyên khoa đó hay không hay có sử dụng bệnh viện đó hay không.

Tùy chọn thay đổi PCP của mình

Quý vị có thể đổi PCP của quý vị vì bất cứ lý do nào, vào bất cứ lúc nào. Ngoài ra, cũng có thể phải làm việc này khi PCP của quý vị rời khỏi mạng lưới của chúng tôi. Nếu PCP của quý vị rời khỏi mạng lưới của chúng tôi, chúng tôi có thể giúp quý vị tìm một PCP mới, trong mạng lưới của chúng tôi nếu người quý vị hiện có rời khỏi mạng lưới của chúng tôi.

Để thay đổi PCP của quý vị, gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. Khi quý vị gọi, đảm bảo thông báo cho Ban Dịch vụ Hội viên nếu quý vị sẽ đến gặp chuyên gia hoặc nhận các dịch vụ khác mà cần sự phê duyệt của PCP của quý vị. Một số dịch vụ trong đó có thể là dịch vụ chăm sóc tại nhà và thiết bị y tế lâu bền.

Quý vị có thể bắt đầu thăm khám PCP vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị yêu cầu. Ví dụ, nếu quý vị đề nghị thay đổi PCP của quý vị vào ngày 13 tháng 9, quý vị có thể bắt đầu thăm khám bác sĩ chăm sóc chính vào ngày 1 tháng 10.

Xin nhớ rằng, các PCP của chương trình chúng tôi có liên kết với những nhóm y tế. Nếu quý vị đổi PCP, quý vị cũng có thể sẽ đổi cả nhóm y tế. Khi quý vị yêu cầu đổi, hãy nhớ cho Ban Dịch vụ Hội viên biết quý vị có đang thăm khám tại một bác sĩ chuyên khoa nào đó hay không hoặc nhận những dịch vụ được bảo hiểm khác mà cần phải có sự chấp thuận của PCP hay không. Ban Dịch vụ Hội viên sẽ giúp bảo đảm cho quý vị được tiếp tục chăm sóc chuyên khoa và sử dụng những dịch vụ khác khi quý vị đổi PCP.

Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thẻ ID Hội viên Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan mới có tên và số điện thoại của PCP mới của quý vị.

Các dịch vụ quý vị có thể nhận mà không cần chấp thuận từ PCP của mình

Trong hầu hết trường hợp, quý vị sẽ cần sự chấp thuận từ PCP của mình trước khi đến khám tại một nhà cung cấp dịch vụ khác. Việc chấp thuận này được gọi là **giới thiệu**. Quý vị có thể sử dụng các dịch vụ tương tự như những dịch vụ liệt kê sau đây mà không phải xin PCP của quý vị chấp thuận trước:

- Các dịch vụ cấp cứu của nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc nhà cung cấp ngoài mạng lưới.
- Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết của nhà cung cấp trong mạng lưới.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- Dịch vụ chăm sóc khẩn thiết từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới khi quý vị không thể đến nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới (ví dụ khi quý vị ở bên ngoài vùng dịch vụ của chương trình).
- Các dịch vụ lọc thận thực hiện tại một cơ sở lọc thận được Medicare chứng nhận khi quý vị đang ở ngoài khu vực cung cấp dịch vụ của chương trình. (Vui lòng gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên trước khi quý vị rời khỏi khu vực cung cấp dịch vụ. Chúng tôi có thể giúp quý vị chạy thận nhân tạo khi quý vị đi xa.)
- Tiêm cúm, vắc-xin phòng viêm gan B và vắc-xin phòng khuẩn cầu phổi với điều kiện quý vị nhận được các dịch vụ này từ một nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Chăm sóc phụ khoa thường lệ và các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình. Các dịch vụ này bao gồm khám nhũ, chụp quang tuyến vú tầm soát (chụp X-quang nhũ), các xét nghiệm tầm soát ung thư cổ tử cung PAP và các kiểm tra vùng chậu miễn là quý vị sử dụng các dịch vụ này từ một nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới.
- Ngoài ra, nếu quý vị hội đủ điều kiện nhận các dịch vụ từ các nhà cung cấp dịch vụ Người Da Đỏ, quý vị có thể đến khám tại các nhà cung cấp dịch vụ này mà không cần giấy giới thiệu.

D2. Chăm sóc từ các bác sĩ chuyên khoa và nhà cung cấp khác trong mạng lưới

Bác sĩ chuyên khoa là bác sĩ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đối với một căn bệnh hoặc bộ phận cụ thể của cơ thể. Có rất nhiều loại bác sĩ chuyên khoa. Dưới đây là một vài ví dụ:

- Dịch vụ chăm sóc của các bác sĩ chuyên khoa ung thư cho các bệnh nhân bị ung thư.
- Bác sĩ chuyên khoa tim (Cardiologist) chăm sóc cho bệnh nhân tim.
- Bác sĩ chuyên khoa chỉnh hình (Orthopedist) chăm sóc cho bệnh nhân bị các vấn đề ở xương, khớp, hoặc cơ.

Nếu quý vị cần chăm sóc tại bác sĩ chuyên khoa, PCP của quý vị sẽ cung cấp cho quý vị giấy giới thiệu đến đúng bác sĩ hoặc nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe có thể cung cấp cho quý vị loại chăm sóc quý vị cần.

- Đối với một số dịch vụ, quý vị có thể cần cho phép trước. Cho phép trước nghĩa là quý vị cần phê duyệt từ chúng tôi trước khi quý vị có thể nhận một loại thuốc hoặc dịch vụ cụ thể. Bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe khác sẽ đề nghị cho phép trước đối với các dịch vụ họ cảm thấy quý vị cần. Để tìm dịch vụ nào cần cho phép trước, xem Bảng Quyền lợi tại Chương 4: Bảng Quyền lợi.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- PCP của quý vị chỉ có thể làm việc với một số bệnh viện hoặc nhóm bác sĩ chuyên khoa. Đó là lý do tại sao quý vị cần giới thiệu từ PCP của mình giới thiệu trước khi quý vị có thể thăm khám bác sĩ chuyên khoa. Nếu quý vị có thắc mắc về bác sĩ chuyên khoa hoặc bệnh viện PCP của quý vị làm việc cùng, liên lạc với PCP hoặc Ban Dịch vụ Hội viên.

Điều rất quan trọng là nhận thư giới thiệu (phê duyệt trước) trước khi quý vị đến gặp bác sĩ chuyên khoa có hợp đồng Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan hoặc nhận các dịch vụ chuyên khoa (ngoại trừ những dịch vụ được liệt kê bên trên dưới Mục D). Nếu quý vị không nhận được giấy giới thiệu (chấp thuận trước) trước khi quý vị nhận các dịch vụ từ bác sĩ chuyên gia, quý vị có thể phải tự thanh toán cho những dịch vụ này. Vui lòng tham khảo mục D để biết thông tin về những dịch vụ yêu cầu thư giới thiệu và/hoặc sự cho phép trước.

Nếu một chuyên gia muốn quý vị quay lại để chăm sóc nhiều lần hơn, trước tiên hãy đảm bảo rằng thư giới thiệu (phê duyệt trước) từ PCP của quý vị, bác sĩ gia đình, Chuyên viên điều dưỡng hoặc bác sĩ chuyên khoa mà quý vị nhận được cho lần khám đầu tiên bao gồm nhiều lần khám với bác sĩ chuyên khoa đó. Nếu không, quý vị phải xin thêm giấy giới thiệu (phê duyệt trước) cho lần khám bổ sung với bác sĩ chuyên khoa đó.

Ngoài ra, PCP còn có một số bác sĩ chuyên khoa và bệnh viện họ sử dụng để giới thiệu, do đó PCP mà quý vị chọn thường quyết định các bác sĩ chuyên khoa và bệnh viện quý vị sẽ được giới thiệu đến. Nếu có Trung tâm Chăm sóc CareMore, bác sĩ chuyên khoa có hợp đồng hoặc cơ sở cụ thể mà quý vị thích, trước tiên phải đảm bảo PCP của quý vị gửi bệnh nhân đến bác sĩ chuyên khoa đó hoặc sử dụng bệnh viện đó.

D3. Phải làm gì khi nhà cung cấp trong mạng lưới rời khỏi chương trình?

Nhà cung cấp trong mạng lưới mà quý vị đang sử dụng có thể sẽ rời khỏi chương trình của chúng tôi. Nếu một trong các nhà cung cấp của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị có các quyền và bảo trợ nhất định được tóm tắt dưới đây:

- Mặc dù mạng lưới các nhà cung cấp có thể thay đổi quanh năm, chúng tôi vẫn phải cho quý vị liên tục sử dụng các nhà cung cấp dịch vụ đủ điều kiện.
- Chúng tôi sẽ nỗ lực để gửi thông báo cho quý vị trước ít nhất 30 ngày để quý vị có thời gian lựa chọn một nhà cung cấp mới.
- Chúng tôi sẽ giúp quý vị chọn một nhà cung cấp mới đủ điều kiện để tiếp tục quản lý các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Nếu quý vị đang trong quá trình điều trị, quý vị có quyền yêu cầu, và chúng tôi sẽ bàn bạc với quý vị để bảo đảm, việc điều trị cần thiết về mặt y tế mà quý vị đang nhận sẽ không bị gián đoạn.
- Nếu quý vị tin rằng chúng tôi đã không thay được nhà cung cấp dịch vụ cũ bằng một nhà cung cấp dịch vụ mới đủ điều kiện hoặc việc chăm sóc của quý vị được

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



thực hiện không thỏa đáng, quý vị có quyền nộp đơn kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Nếu phát hiện một trong những nhà cung cấp của quý vị sắp rời khỏi chương trình, vui lòng liên lạc để chúng tôi có thể hỗ trợ quý vị tìm kiếm một nhà cung cấp mới và điều chỉnh hoạt động chăm sóc của quý vị. Liên hệ Ban Dịch vụ Hội viên theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí.

Nếu quý vị hiện đang được điều trị y tế, có thể có một số trường hợp khi thay đổi bác sĩ, nhà cung cấp phụ trợ hoặc bệnh viện sẽ phá vỡ kế hoạch điều trị hiện tại của quý vị. Dưới đây là một vài ví dụ về các bệnh trạng có thể đảm bảo quý vị nhận được sự chăm sóc liên tục từ nhà cung cấp hiện tại sau khi rời khỏi mạng lưới của chúng tôi:

- Thăm khám sau phẫu thuật sau khi tiến hành phẫu thuật
- Phục hồi chức năng tim mạch
- Phẫu thuật theo lịch
- Cấy ghép nội tạng
- Hoàn thành lần hóa trị hoặc xạ trị hiện tại
- Chăm sóc nội trú

Có thể có các ví dụ khác, và sắp xếp thích hợp sẽ được thực hiện trên cơ sở từng trường hợp tùy thuộc vào sự cần thiết về mặt y tế. Nếu quý vị hiện đang được điều trị liên tục từ một bác sĩ chuyên khoa, hoặc nếu có những trường hợp đặc biệt có thể bảo đảm hoặc yêu cầu chăm sóc y tế của quý vị tiếp tục với nhà cung cấp hiện tại của quý vị sau khi rời khỏi mạng lưới của chúng tôi, vui lòng gọi Ban Dịch vụ Hội viên.

D4. Cách nhận chăm sóc từ nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới

Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi sẽ không bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị sử dụng của nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Điều này có nghĩa là dịch vụ chăm sóc của quý vị là từ một nhà cung cấp không thuộc mạng lưới của chương trình của chúng tôi. Có những lúc chúng tôi sẽ bảo hiểm dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Dưới đây là ba trường hợp khi chúng tôi sẽ bảo hiểm dịch vụ chăm sóc của quý vị từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới:

- Nếu quý vị cần chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp. Để biết thêm thông tin về việc này, và để xem dịch vụ cấp cứu hoặc dịch vụ khẩn cấp có nghĩa là gì, xem Chăm sóc cấp cứu hoặc Dịch vụ khẩn cấp trong Bảng Quyền lợi Y tế ở Chương 4.
- Nếu quý vị cần chăm sóc y tế mà Medicare nói rằng chương trình của chúng tôi phải bảo hiểm nhưng không nhà cung cấp nào trong mạng lưới của chúng tôi bảo hiểm loại chăm sóc này. Trong trường hợp này, PCP hoặc Bác sĩ chuyên khoa của quý vị sẽ cần “Cho phép Trước”. Điều này có nghĩa là Anthem Blue Cross

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Cal MediConnect Plan phải chấp thuận điều này trước khi quý vị nhận chăm sóc. Nếu quý vị có chấp thuận trước, quý vị sẽ thanh toán đúng bằng mức quý vị sẽ trả nếu quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp trong mạng lưới. Điều rất quan trọng là phải nhận được giấy giới thiệu từ PCP, Bác sĩ chuyên khoa của quý vị hoặc Bác sĩ gia đình trước khi quý vị đến thăm khám với nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Nếu quý vị không có giấy giới thiệu trước khi quý vị nhận các dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới, quý vị có thể phải tự thanh toán cho những dịch vụ này.

- Các dịch vụ lọc thận thực hiện tại một trung tâm lọc thận được Medicare chứng nhận khi quý vị đang ở ngoài khu vực cung cấp dịch vụ của chương trình trong thời gian ngắn.

Nếu quý vị đến một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, nhà cung cấp đó phải hội đủ điều kiện để tham gia vào chương trình Medicare và/hoặc Medi-Cal.

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

E. Làm sao để được nhận các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS)

Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) gồm có Dịch vụ dành cho Người lớn tại Cộng đồng (Community-Based Adult Services - CBAS), Chương trình Dịch vụ Người Cao niên Đa Mục đích (Multipurpose Senior Services Program - MSSP), và Cơ sở Điều dưỡng (Nursing Facilities - NF). Các dịch vụ này có thể được thực hiện tại nhà của quý vị, trong cộng đồng, hoặc tại một cơ sở. LTSS có các dạng khác nhau như sau:

- **Dịch vụ dành cho Người lớn tại Cộng đồng (CBAS):** Chương trình dịch vụ tại cơ sở, ngoại trú cung cấp các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn, dịch vụ xã hội, hoạt động trị liệu, ngữ âm trị liệu, chăm sóc cá nhân, đào tạo và hỗ trợ cho gia đình/người chăm sóc, các dịch vụ dinh dưỡng, vận chuyển, và dịch vụ khác nếu quý vị hội đủ các tiêu chuẩn áp dụng.
- **Chương trình Dịch vụ Người Cao niên Đa Mục đích (Multipurpose Senior Services Program, MSSP):** Là một chương trình riêng của California cung cấp

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



các Dịch vụ tại Nhà và Cộng đồng (Home and Community-Based Services - HCBS) cho người cao niên yếu đuối được chứng nhận để vào viện điều dưỡng nhưng họ muốn sống bên ngoài.

- Những người đủ tiêu chuẩn hưởng Medi-Cal từ 65 tuổi trở lên bị khuyết tật có thể đủ điều kiện được hưởng chương trình này. Chương trình này là giải pháp thay thế cho việc đưa vào cơ sở điều dưỡng.
- Dịch vụ MSSP có thể bao gồm nhưng không chỉ là: Chăm sóc Ban ngày cho Người lớn/Trung tâm Hỗ trợ, hỗ trợ về nhà cửa như chỉnh sửa cho phù hợp với thể chất và cung cấp các dụng cụ hỗ trợ, làm việc vặt và hỗ trợ chăm sóc cá nhân, giám sát an toàn, quản lý việc chăm sóc, và các loại dịch vụ khác.
- **Cơ sở Điều dưỡng (NF):** Là cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người không thể sống an toàn tại nhà nhưng không cần nằm bệnh viện.

Người quản lý hồ sơ của quý vị sẽ giúp quý vị hiểu thêm về từng chương trình. Để tìm hiểu thêm về bất kỳ chương trình nào trong số này, gọi Ban Dịch vụ Hội viên theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí.

F. Làm sao để được nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và rối loạn do lạm dụng dược chất)

Quý vị sẽ được tiếp cận với các dịch vụ sức khỏe hành vi tâm thần cần thiết về mặt y tế được Medicare và Medi-Cal bảo hiểm. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sẽ cung cấp cho quý vị quyền sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi do Medicare bảo hiểm. Medi-Cal không cung cấp các dịch vụ sức khỏe hành vi tâm thần được Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan bảo hiểm, nhưng sẽ cung cấp cho những hội viên Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan đủ tiêu chuẩn qua Santa Clara County Mental Health Department và Department of Alcohol and Drug Services.

F1. Những dịch vụ sức khỏe hành vi tâm thần Medi-Cal nào được cung cấp ngoài Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan qua Santa Clara County Behavioral Health Services Department?

Các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa Medi-Cal được cung cấp cho quý vị qua chương trình sức khỏe tâm thần (mental health plan - MHP) của quận nếu quý vị thỏa mãn các tiêu chí về tính cần thiết về mặt y tế của các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa Medi-Cal. Các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa Medi-Cal được cung cấp bởi Santa Clara County Behavioral Health Services Department bao gồm:

- Các dịch vụ sức khỏe tâm thần (đánh giá, trị liệu, phục hồi chức năng, phụ trợ, và thiết lập kế hoạch)

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- Các dịch vụ trợ giúp về thuốc
- Điều trị chuyên sâu vào ban ngày
- Phục hồi chức năng vào ban ngày
- Can thiệp khủng hoảng
- Ổn định khủng hoảng
- Các dịch vụ điều trị tại nơi ở cho người lớn
- Các dịch vụ điều trị khủng hoảng tại nơi ở
- Các dịch vụ của cơ sở sức khỏe tâm thần
- Các dịch vụ nội trú tại bệnh viện tâm thần
- Quản lý trường hợp theo mục tiêu

Các dịch vụ về thuốc của Medi-Cal được cung cấp cho quý vị qua Santa Clara County Behavioral Health Services Department nếu quý vị hội đủ các tiêu chuẩn về tính cần thiết về mặt y tế của Medi-Cal về Thuốc. Các dịch vụ thuốc Medi-Cal được cung cấp bởi Santa Clara County Mental Health Department và Department of Alcohol and Drug Services bao gồm:

- Các dịch vụ điều trị ngoại trú chuyên sâu
- Các dịch vụ điều trị tại nơi ở
- Các dịch vụ thuốc miễn phí ngoại trú
- Các dịch vụ điều trị nghiện ma túy
- Các dịch vụ điều trị nghiện thuốc phiện bằng Naltrexone

Ngoài các dịch vụ Thuốc Medi-Cal nêu trên, quý vị cũng có thể được sử dụng các dịch vụ giải độc nội trú tự nguyện nếu quý vị thỏa mãn các tiêu chí về tính cần thiết về mặt y tế.

Nếu quý vị cảm thấy quý vị cần bất kỳ dịch vụ nào trong các dịch vụ này, nói chuyện với người quản lý hồ sơ của quý vị hoặc PCP của quý vị. Người quản lý hồ sơ hoặc nhà cung cấp của quý vị sẽ hỏi quý vị các câu hỏi để tìm hiểu các loại dịch vụ quý vị cần và giúp quý vị chọn một nhà cung cấp. Quý vị có thể cần giấy giới thiệu hoặc ủy quyền trước (nghĩa là quý vị cần sự cho phép của chúng tôi) để nhận các dịch vụ. Khi quý vị nhận được giấy giới thiệu và / hoặc ủy quyền trước, quý vị hoặc người quản lý hồ sơ của quý vị có thể lấy lịch hẹn.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



G. Làm sao để được nhận các dịch vụ vận chuyển

Vận chuyển y tế không phải là cấp cứu

- Quyền lợi này cho phép được vận chuyển theo cách thức có hiệu quả nhất về mặt chi phí nhưng phải có thể tiếp cận được. Quyền lợi này có thể bao gồm: các dịch vụ vận chuyển y tế bằng phương tiện vận chuyển cấp cứu (ambulance), xe có cang (litter van), hoặc xe có đường cho xe lăn lên xuống (wheelchair van), và kết hợp với phương tiện giao thông của cộng đồng.
- Hình thức vận chuyển này sẽ được cấp giấy phép khi:
 - Bệnh trạng và/hoặc tình trạng thể chất của quý vị không cho phép quý vị đi lại bằng xe buýt, xe khách, taxi, hoặc hình thức vận chuyển công cộng hoặc tư nhân khác, và
 - Việc vận chuyển là cần thiết cho mục đích nhận dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết

Vận chuyển không phải là y tế

- Quyền lợi này cho phép được vận chuyển đến các dịch vụ y tế bằng xe khách, taxi, hoặc các hình thức vận chuyển công/tư khác. Ví dụ, quý vị có thể sử dụng dịch vụ này nếu quý vị cần đưa đón đến cuộc hẹn khám bác sĩ được lên lịch.

Để biết thêm thông tin, xem Chương 4, Mục D hoặc liên lạc Ban Dịch vụ Hội viên.

Dịch vụ vận chuyển được bảo hiểm được cung cấp cho các thăm khám chăm sóc y tế định kỳ và không cấp cứu được chương trình phê duyệt cho các thành viên ngoại trú hoặc sử dụng xe lăn kích thước tiêu chuẩn, và những người không có bất kỳ tình trạng y tế giới hạn nào mà có thể giới hạn họ sử dụng các phương tiện giao thông công cộng thông thường. Để được bảo hiểm, dịch vụ vận chuyển phải được cung cấp bởi nhà cung cấp dịch vụ vận chuyển có hợp đồng hoặc được chỉ định. Các phương thức vận chuyển khác có thể được sử dụng thay cho xe chở khách cỡ nhỏ và taxi nếu được chương trình phê duyệt.

Cách lên lịch vận chuyển

- Quý vị phải điều phối việc vận chuyển của mình thông qua chúng tôi, và quý vị phải lên kế hoạch đi lại không dưới một ngày làm việc trước cuộc hẹn về y tế của mình.
- Mỗi hội viên được một người đi cùng.
- Quý vị phải thông báo cho Bộ phận Giao thông ít nhất một ngày làm việc trước cuộc hẹn nếu quý vị mang theo người đi cùng. Người đi cùng phải 17 tuổi trở lên.
- Quý vị không được phép mang theo động vật trừ khi đó là động vật dẫn đường.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- Vận chuyển Y tế Không phải là Cấp cứu (NEMT) Cần có Mẫu Tuyên bố Chứng nhận của Bác sĩ cho các dịch vụ vận chuyển y tế, xe cứu thương/xe tải, xe chở rác, xe lăn, hoặc vận tải hàng không cho các hội viên có một số tình trạng y tế và thể chất nhất định.

Để lên kế hoạch cho việc di chuyển, gọi cho Bộ phận Vận chuyển theo số 1-888-325-1024 (TTY: 711), từ 7 giờ sáng đến 6 giờ chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu (ngoại trừ ngày lễ).

Chính sách hủy

Thông báo cho chúng tôi về bất kỳ việc hủy nào một ngày làm việc trước chuyến đi theo lịch trình của mình. Điều quan trọng là hủy chuyến đi theo lịch trình của quý vị vì vậy chúng tôi có thể thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ vận chuyển và người lái xe. Liên lạc với Ban Dịch vụ Hội viên để biết thêm thông tin.

H. Làm sao để được nhận dịch vụ được bảo hiểm khi quý vị có nhu cầu chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp, hay khi gặp tai họa

H1. Chăm sóc khi quý vị cần cấp cứu y tế

Định nghĩa cấp cứu y tế

Cấp cứu y tế là bệnh trạng có các triệu chứng như cực kỳ đau đớn hoặc tổn thương nghiêm trọng. Bệnh trạng này nghiêm trọng đến mức, nếu không được chăm sóc y tế ngay, quý vị hoặc bất kỳ người nào có kiến thức trung bình về sức khỏe và y học cũng có thể cho rằng nó sẽ dẫn đến:

- Nguy cơ nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị hoặc của thai nhi của quý vị; **hoặc**
- Tổn hại nghiêm trọng đến các chức năng cơ thể; **hoặc**
- Rối loạn chức năng nghiêm trọng ở bất kỳ cơ quan hoặc bộ phận cơ thể; **hoặc**
- Trong trường hợp một phụ nữ mang thai đang chuyển dạ sinh nở, khi:
 - Không có đủ thời gian để vận chuyển quý vị được an toàn đến bệnh viện khác trước khi sinh.
 - việc vận chuyển đến bệnh viện khác có thể sẽ đe dọa cho sức khỏe hoặc an toàn cho quý vị hoặc cho thai nhi của quý vị.

Cần phải làm gì khi cấp cứu y tế?

Nếu quý vị cần cấp cứu y tế:

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- **Xin trợ giúp càng nhanh càng tốt.** Gọi 911 hoặc đến phòng cấp cứu hay bệnh viện gần nhất. Gọi phương tiện vận chuyển cấp cứu nếu quý vị cần. Quý vị **không** cần xin phê duyệt hoặc giấy giới thiệu trước từ PCP của mình.
- **Ngay khi có thể được, hãy thông báo cho chương trình chúng tôi biết về việc cấp cứu của quý vị.** Chúng tôi cần theo dõi tiếp dịch vụ chăm sóc cấp cứu của quý vị. Quý vị hoặc ai đó khác phải báo cho chúng tôi biết về việc chăm sóc cấp cứu của quý vị, luôn trong vòng 48 giờ. Tuy nhiên, quý vị sẽ không phải trả tiền cho các dịch vụ cấp cứu do chậm trễ thông báo cho chúng tôi. Vui lòng gọi chúng tôi theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. Số này cũng có ở mặt sau của thẻ ID hội viên của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm trong trường hợp cấp cứu y tế

Quý vị được sử dụng dịch vụ chăm sóc cấp cứu được bảo hiểm bất cứ khi nào quý vị cần, tại bất kỳ nơi đâu trong Hoa Kỳ hoặc lãnh thổ của Hoa Kỳ. Nếu quý vị cần dịch vụ cứu thương để đến phòng cấp cứu, chương trình của chúng tôi sẽ bảo hiểm dịch vụ đó. Để tìm hiểu thêm, xin tham khảo Bảng Quyền lợi ở Chương 4.

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan cung cấp bảo hiểm chăm sóc y tế khẩn cấp hạn chế bổ sung cho những dịp khi quý vị ở ngoài Hoa Kỳ. Vui lòng tham khảo Bảng Quyền lợi trong Chương 4 để biết thêm chi tiết.

Sau khi tình trạng cấp cứu đã qua, quý vị có thể cần chăm sóc theo dõi để đảm bảo rằng quý vị cảm thấy khá hơn. Chúng tôi sẽ bảo hiểm dịch vụ tiếp tục chăm sóc cho quý vị. Nếu quý vị được cấp cứu tại một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, chúng tôi sẽ cố gắng sắp xếp cho các nhà cung cấp trong mạng lưới chăm sóc tiếp cho quý vị càng sớm càng tốt.

Nhận chăm sóc cấp cứu nếu không phải là trường hợp cấp cứu

Đôi khi khó mà biết tình trạng của quý vị có cần được cấp cứu y tế hoặc sức khỏe hành vi hay không. Quý vị có thể phải đến phòng cấp cứu rồi mới được bác sĩ cho biết là không cần phải cấp cứu. Nếu quý vị đã suy nghĩ một cách hợp lý rằng tình trạng sức khỏe của quý vị đang bị đe dọa nghiêm trọng, chúng tôi sẽ bảo hiểm cho quý vị.

Tuy nhiên, nếu bác sĩ nói rằng đó không phải là cấp cứu, chúng tôi sẽ chỉ bảo hiểm cho việc chăm sóc thêm của quý vị khi:

- Quý vị sử dụng nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới, **hoặc**
- Việc chăm sóc thêm của quý vị được cho là “chăm sóc khẩn cấp cần thiết” và quý vị tuân thủ các quy định về việc nhận dịch vụ chăm sóc này. (Xem mục kế tiếp).

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



H2. Chăm sóc khẩn cấp cần thiết

Định nghĩa chăm sóc khẩn cấp cần thiết

Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết là dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận khi bị bệnh, tổn thương, hay tình trạng đột ngột không phải là cấp cứu nhưng cần được chăm sóc ngay. Ví dụ như, quý vị gặp một cơn đột phát của một bệnh có sẵn và cần được điều trị.

Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết khi quý vị ở trong khu vực cung cấp dịch vụ của chương trình

Trong hầu hết mọi tình huống, chúng tôi sẽ chỉ bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết khi:

- Quý vị sử dụng dịch vụ này của một nhà cung cấp trong mạng lưới, và
- Quý vị tuân thủ các quy định có nêu trong chương này.

Tuy nhiên, nếu quý vị không thể đến với một nhà cung cấp trong mạng lưới, chúng tôi sẽ bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết mà quý vị sử dụng của nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Nếu quý vị có chấn thương hoặc bệnh đột ngột mà không phải là cấp cứu y tế, và quý vị nằm trong khu vực dịch vụ của chương trình, vui lòng gọi PCP của quý vị. Nếu văn phòng PCP của quý vị đóng cửa, xin vui lòng đến một cơ sở chăm sóc khẩn cấp nào đó nằm trong khu vực dịch vụ của chúng tôi. Có một danh sách các trung tâm chăm sóc khẩn cấp chúng tôi cùng cộng tác trong *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc*. Quý vị cũng có thể gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí.

Nhận dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết khi quý vị ở ngoài khu vực cung cấp dịch vụ của chương trình

Khi ở ngoài khu vực cung cấp dịch vụ của chương trình, có lẽ quý vị sẽ không thể nhận được dịch vụ chăm sóc của nhà cung cấp trong mạng lưới. Trong trường hợp đó, chương trình chúng tôi sẽ bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp mà quý vị sử dụng của bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ nào.

Chương trình của chúng tôi bảo hiểm dịch vụ chăm sóc cấp cứu và khẩn cấp toàn cần có giới hạn kết hợp lên tới \$10,000 mỗi năm theo lịch.

H3. Chăm sóc khi gặp tai họa

Nếu Thống đốc Tiểu bang của quý vị, Bộ trưởng Y tế và Dịch vụ nhân sinh Hoa Kỳ, hoặc Tổng thống Hoa Kỳ tuyên bố tình trạng thảm họa hoặc khẩn cấp trong khu vực địa lý của quý vị, quý vị vẫn được hưởng dịch vụ chăm sóc từ Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.

Vui lòng truy cập trang web của chúng tôi để biết cách tìm dịch vụ chăm sóc cần thiết trong tình trạng tai họa đã được công bố: duals.anthem.com.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Trong lúc xảy ra thảm họa đã tuyên bố, nếu quý vị không thể sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới, chúng tôi sẽ cho phép quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới miễn phí. Nếu không thể dùng hiệu thuốc trong mạng lưới khi có thảm họa tuyên bố, quý vị vẫn có thể lấy thuốc theo toa của mình ở hiệu thuốc ngoài mạng lưới. Vui lòng xem Chương 5 để biết thêm thông tin.

I. Cần phải làm gì nếu quý vị bị ghi hóa đơn trực tiếp cho các dịch vụ được chương trình bảo hiểm

Nếu một nhà cung cấp gửi cho quý vị một hóa đơn thay vì gửi cho chương trình, quý vị nên yêu cầu chúng tôi trả tiền cho hóa đơn đó.

Quý vị không nên tự thanh toán hóa đơn. Nếu làm vậy, chương trình có thể không hoàn tiền lại cho quý vị.

Nếu quý vị đã trả tiền cho các dịch vụ được bảo hiểm của mình, hoặc nếu quý vị đã nhận một hóa đơn toàn bộ chi phí cho các dịch vụ y tế được bảo hiểm, xem Chương 7 để biết nên làm gì.

1.1. Cần phải làm gì khi các dịch vụ đó không được chương trình chúng tôi bảo hiểm

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan bảo hiểm tất cả dịch vụ:

- Được xác định là cần thiết về mặt y tế, **và**
- Được liệt kê trong Bảng Quyền lợi của chương trình (xem Chương 4), **và**
- Quý vị sử dụng theo đúng các quy định của chương trình.

Nếu quý vị sử dụng các dịch vụ không được chương trình của chúng tôi bảo hiểm, **quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí đó.**

Nếu quý vị muốn biết chúng tôi có trả tiền cho bất kỳ dịch vụ y tế hoặc dịch vụ chăm sóc nào hay không, quý vị có quyền hỏi chúng tôi. Quý vị cũng có quyền viết thư để hỏi việc này. Nếu chúng tôi nói chúng tôi sẽ không trả tiền cho các dịch vụ của quý vị, quý vị có quyền kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Chương 9 giải thích những gì cần làm nếu quý vị muốn chúng tôi bảo hiểm cho một khoản mục hoặc dịch vụ y tế. Các mục đó cũng cho biết quý vị phải làm sao để kháng cáo quyết định bảo hiểm của chúng tôi. Quý vị cũng có thể gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên để tìm hiểu thêm về các quyền kháng cáo của quý vị.

Chúng tôi sẽ thanh toán cho một số dịch vụ với một mức giới hạn nào đó. Nếu quý vị vượt quá giới hạn này, quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí cho phần của loại dịch vụ mà quý vị sử dụng thêm. Xin

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



gọi Ban Dịch vụ Hội viên để tìm hiểu các giới hạn đó là gì và quý vị sắp đạt tới các giới hạn đó như thế nào.

J. Bảo hiểm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị khi quý vị tham gia nghiên cứu lâm sàng

J1. Định nghĩa nghiên cứu lâm sàng

Chương trình nghiên cứu lâm sàng (còn gọi là thử nghiệm lâm sàng) là cách các bác sĩ thử nghiệm những loại hình chăm sóc y tế mới hoặc các loại thuốc mới. Họ kêu gọi những người tình nguyện giúp họ thực hiện cuộc nghiên cứu. Loại hình nghiên cứu này sẽ giúp các bác sĩ quyết định xem một loại hình dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc loại thuốc mới có tác dụng và có an toàn hay không.

Khi Medicare chấp thuận một nghiên cứu mà quý vị muốn tham gia, một người nào đó làm việc cho nghiên cứu đó sẽ liên lạc với quý vị. Người đó sẽ thông báo về chương trình nghiên cứu và xem quý vị có đủ điều kiện tham gia nghiên cứu đó hay không. Quý vị có thể tham gia cuộc nghiên cứu nếu quý vị đáp ứng được các điều kiện cần thiết. Quý vị phải cũng hiểu và chấp nhận những gì quý vị phải làm cho nghiên cứu đó.

Khi quý vị đã tham gia vào nghiên cứu, quý vị có thể vẫn ghi danh trong chương trình của chúng tôi. Cách thức quý vị tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc từ chương trình của chúng tôi sẽ không liên quan đến nghiên cứu.

Nếu quý vị muốn tham gia vào một cuộc nghiên cứu lâm sàng được Medicare chấp thuận, quý vị *không* cần phải xin chúng tôi hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị chấp thuận. Các nhà cung cấp dịch vụ cung cấp các dịch vụ chăm sóc trong chương trình nghiên cứu *không* cần phải là nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới.

Quý vị cần phải báo cho chúng tôi biết trước khi bắt đầu tham gia vào một cuộc nghiên cứu lâm sàng

Nếu quý vị có kế hoạch tham gia vào một chương trình nghiên cứu lâm sàng thì quý vị hoặc người quản lý hồ sơ của quý vị nên liên lạc với Ban Dịch vụ Hội viên để cho chúng tôi biết quý vị sẽ tham gia thử nghiệm lâm sàng.

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

Nếu quý vị tình nguyện tham gia một chương trình nghiên cứu lâm sàng mà Medicare chấp thuận, quý vị sẽ không phải trả tiền cho các dịch vụ được bảo hiểm theo nghiên cứu đó và Medicare sẽ trả tiền cho các dịch vụ được bảo hiểm theo nghiên cứu cũng như các chi phí thường xuyên gắn liền với việc chăm sóc cho quý vị. Khi quý vị tham gia vào một cuộc nghiên cứu lâm sàng được

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Medicare chấp thuận, quý vị được bảo hiểm cho hầu hết mọi khoản mục và dịch vụ mà quý vị nhận được theo chương trình nghiên cứu đó. Điều này bao gồm:

- Phòng ở và chi phí ăn uống cho việc nằm viện mà Medicare sẽ thanh toán cho dù quý vị đã không tham gia vào nghiên cứu.
- Một cuộc phẫu thuật hoặc thủ thuật y khoa khác mà là một phần của chương trình nghiên cứu đó.
- Điều trị các tác dụng phụ và biến chứng bất kỳ của một dịch vụ chăm sóc mới.

Nếu quý vị tham gia vào một cuộc nghiên cứu Medicare vẫn **chưa chấp thuận**, quý vị sẽ phải thanh toán mọi chi phí cho việc tham gia cuộc nghiên cứu đó.

J3. Tìm hiểu thêm về các nghiên cứu lâm sàng

Quý vị có thể tìm hiểu thêm về việc tham gia một chương trình nghiên cứu lâm sàng bằng cách đọc “Các Chương Trình Nghiên Cứu Lâm Sàng & Medicare” trên trang web của Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf>). Quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.

K. Làm thế nào để các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ được bảo hiểm khi quý vị sống trong tổ chức chăm sóc sức khỏe không phải là y tế của tôn giáo

K1. Định nghĩa tổ chức chăm sóc sức khỏe không phải là y tế của tôn giáo

Tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế của tôn giáo là nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc mà quý vị vẫn thường được sử dụng tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Nếu việc sử dụng dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện hay cơ sở điều dưỡng chuyên môn không phù hợp với tín ngưỡng tôn giáo của quý vị, chúng tôi sẽ bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc tại tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế của tôn giáo.

Quý vị có thể chọn sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe vào bất cứ lúc nào với bất cứ lý do nào. Quyền lợi này chỉ dành cho các dịch vụ nội trú Medicare Phần A (các dịch vụ chăm sóc sức khỏe không dùng thuốc). Medicare sẽ chỉ thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe không dùng thuốc do các viện tôn giáo chăm sóc sức khỏe không dùng thuốc cung cấp.

K2. Nhận chăm sóc từ tổ chức chăm sóc sức khỏe không phải là y tế của tôn giáo

Để nhận chăm sóc từ một viện tôn giáo chăm sóc sức khỏe không dùng thuốc, quý vị phải ký vào một tài liệu pháp lý xác nhận rằng quý vị phản đối việc nhận biện pháp điều trị y tế “không ngoại lệ”.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- Điều trị y tế “không ngoại lệ” là bất cứ dịch vụ chăm sóc nào tự nguyện và không bắt buộc theo luật pháp của liên bang, tiểu bang hoặc địa phương.
- Điều trị y tế “ngoại lệ” là bất cứ dịch vụ chăm sóc nào không tự nguyện hoặc do luật pháp của liên bang, tiểu bang hoặc địa phương yêu cầu.

Để được chương trình của chúng tôi bảo hiểm, dịch vụ chăm sóc mà quý vị sử dụng của tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế của tôn giáo phải hội đủ các điều kiện sau đây:

- Cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc phải được Medicare chứng nhận.
- Bảo hiểm của chương trình chúng tôi chỉ được giới hạn cho các phần dịch vụ chăm sóc không thuộc tôn giáo.
- Nếu quý vị nhận dịch vụ của tổ chức này nhưng dịch vụ đó được cung cấp tại một cơ sở, thì các quy định sau đây sẽ được áp dụng:
 - Quý vị phải có một bệnh trạng cho phép quý vị được nhận các dịch vụ được bảo hiểm để được chăm sóc nội trú tại bệnh viện hoặc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn.
 - Quý vị phải xin chúng tôi chấp thuận trước thì mới được nhận vào cơ sở này, nếu không việc nội trú của quý vị tại các cơ sở đó sẽ không được đài thọ.

Nếu quý vị được nhận vào, quyền lợi và bảo hiểm chăm sóc tại bệnh viện nội trú của quý vị có thể áp dụng cho các dịch vụ nhận được tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế. Vui lòng tham khảo quyền lợi chăm sóc tại bệnh viện nội trú của quý vị được giải thích trong Bảng Quyền lợi Y tế trong Chương 4.

L. Thiết bị Y tế Lâu bền (DME)

L1. DME với tư cách hội viên của chương trình chúng tôi

DME là những vật dụng nhất định do nhà cung cấp dịch vụ yêu cầu cung cấp cho quý vị sử dụng tại nhà riêng. Ví dụ về các vật dụng này là xe lăn, nạng chống, bộ nệm điện, vật dụng cho bệnh tiểu đường, giường bệnh do một nhà cung cấp đặt hàng để sử dụng tại nhà, bơm truyền tĩnh mạch (IV), thiết bị tạo giọng nói, thiết bị ôxy và vật dụng, máy xông khí và khung tập đi.

Quý vị sẽ luôn được sở hữu những thiết bị nào đó, như các bộ phận giả chẳng hạn.

Trong mục này, chúng tôi sẽ thảo luận về DME quý vị phải thuê. Tuy nhiên, là hội viên của Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, thông thường quý vị sẽ không sở hữu DME, bất kể thời gian thuê của quý vị là bao lâu.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Trong một số tình huống, chúng tôi sẽ chuyển quyền sở hữu vật dụng DME cho quý vị. Gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên để tìm hiểu về những yêu cầu mà quý vị phải đáp ứng và những giấy tờ mà quý vị cần cung cấp.

L2. Quyền sở hữu DME khi quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc Medicare Advantage

Trong chương trình Original Medicare, người thuê một số loại thiết bị y tế lâu bền nào đó sẽ được sở hữu nó sau 13 tháng. Trong chương trình Medicare Advantage, chương trình có thể đạt số tháng mọi người phải thuê một số loại DME trước khi sở hữu nó.

Lưu ý: Quý vị có thể tìm định nghĩa Original Medicare và Medicare Advantage Plans tại Chương 12. Quý vị cũng có thể tìm thêm các thông tin trong Sổ tay *Medicare & Quý vị 2020*. Nếu quý vị chưa có bản sao tài liệu này, quý vị có thể lấy trên trang mạng Medicare (<http://www.medicare.gov>) hoặc bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Cuộc gọi được miễn phí.

Quý vị sẽ phải thực hiện 13 khoản thanh toán liên tiếp theo Original Medicare, hoặc quý vị sẽ phải thực hiện số lần thanh toán liên tiếp theo chương trình Medicare Advantage, để sở hữu mục DME nếu:

- Quý vị chưa trở thành chủ sở hữu DME đó khi còn ở trong chương trình của chúng tôi **và**
- Quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi và nhận quyền lợi Medicare của quý vị ngoài bất kỳ chương trình sức khỏe nào trong chương trình Original Medicare hoặc chương trình Medicare Advantage.

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

- Quý vị sẽ phải thực hiện 13 khoản thanh toán mới liên tiếp theo Original Medicare hoặc một số khoản thanh toán mới liên tiếp được thiết lập bởi chương trình Medicare Advantage để sở hữu mục DME.
- Không có ngoại lệ nào cho trường hợp này khi quý vị trở về Original Medicare hoặc chương trình Medicare Advantage.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Chương 4: Bảng Quyền lợi

Giới thiệu

Chương này cho quý vị biết về các dịch vụ Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan bảo hiểm và bất kỳ giới hạn hoặc hạn chế nào đối với các dịch vụ đó. Nó cũng cho quý vị biết về các quyền lợi không được bảo hiểm theo chương trình của chúng tôi. Các thuật ngữ chính và định nghĩa theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ tay Hội viên*.

Mục lục

A. Các dịch vụ được bảo hiểm của quý vị.....	61
B. Quy tắc nhà cung cấp tính phí dịch vụ của quý vị.....	61
C. Bảng Quyền lợi của chương trình	61
D. Bảng Quyền lợi	63
E. Quyền lợi được bảo hiểm bên ngoài Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.....	111
E1. Chương trình Chuyển về Cộng đồng California (CCT)	111
E2. Medi-Cal Chương trình Nha khoa.....	112
E3. Chăm sóc giai đoạn cuối đời	112
E4. Dịch vụ Hỗ trợ Tại nhà (IHSS)	113
F. Các quyền lợi không được bảo hiểm bởi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, Medicare, hoặc Medi-Cal	113

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



A. Các dịch vụ được bảo hiểm của quý vị

Chương này sẽ cho quý vị biết Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sẽ thanh toán cho. Quý vị cũng được biết về những dịch vụ không được bảo hiểm. Thông tin về các quyền lợi thuốc có trong Chương 5. Chương này cũng giải thích các giới hạn đối với một số dịch vụ.

Bởi quý vị được hỗ trợ từ Medi-Cal, quý vị sẽ không phải trả gì cho các dịch vụ được bảo hiểm của mình miễn là quý vị tuân thủ các quy định của chương trình. Xem Chương 3 để biết chi tiết về các quy định của chương trình.

Nếu quý vị cần giúp hiểu rõ các dịch vụ nào được bảo hiểm, gọi người quản lý hồ sơ của quý vị và/hoặc Ban Dịch vụ Hội viên theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí.

B. Quy tắc nhà cung cấp tính phí dịch vụ của quý vị

Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp của Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ghi hóa đơn cho quý vị các dịch vụ được bảo hiểm Chúng tôi trực tiếp thanh toán cho các nhà cung cấp dịch vụ, để quý vị không phải trả bất cứ khoản tiền nào. Điều này vẫn đúng khi chúng tôi trả tiền cho nhà cung cấp dịch vụ thấp hơn mức họ tính cho một dịch vụ nào đó.

Quý vị không bao giờ nên nhận hóa đơn từ nhà cung cấp dịch vụ cho những dịch vụ được bảo hiểm. Nếu quý vị nhận, xem Chương 7 hoặc gọi Ban Dịch vụ Hội viên.

C. Bảng Quyền lợi của chương trình

Bảng Quyền lợi này cho quý vị biết những dịch vụ nào được chương trình thanh toán. Thông tin đó liệt kê các khoản mục dịch vụ theo thứ tự bảng chữ cái và giải thích các dịch vụ được bảo hiểm.

Chúng tôi chỉ thanh toán cho các dịch vụ nêu trong Bảng Quyền lợi khi các quy định sau đây được tuân thủ. Quý vị không trả bất cứ khoản nào cho dịch vụ được nêu trong Bảng Quyền lợi này, miễn là quý vị đáp ứng các yêu cầu bảo hiểm được mô tả bên dưới.

- Các dịch vụ do Medicare và Medi-Cal bảo hiểm phải được cung cấp theo các quy định do Medicare và Medi-Cal thiết lập.
- Các dịch vụ này (kể cả chăm sóc y tế, chăm sóc sức khỏe hành vi tâm thần và lạm dụng được chất, dịch vụ và hỗ trợ lâu dài, vật dụng, thiết bị, và thuốc) phải cần thiết về mặt y tế. Một số các dịch vụ liệt kê trong Bảng Quyền lợi Y tế được bảo hiểm *chỉ* khi bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới khác được phê duyệt trước (đôi khi được gọi là “ủy quyền trước”) từ chúng tôi. Các dịch vụ được bảo hiểm cần phê duyệt trước được đánh dấu trong Bảng Quyền lợi Y tế. Khi chúng tôi đưa ra quyết định của mình, chúng tôi dựa vào hai điều. Đầu tiên, đây là các quy định của

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Medicare. Thứ hai là các tiêu chuẩn hành nghề y tế thường được chấp thuận. Các tiêu chuẩn này được chứng thực và chấp nhận bởi những người thực hiện và nghiên cứu thuốc. Chúng tôi cũng cần đảm bảo quý vị được chăm sóc với chi phí hiệu quả nhất. Điều này có nghĩa là không tốn tiền nhiều hơn một tùy chọn khác cũng sẽ hoạt động tốt. Nhưng chúng tôi cũng cần nó phù hợp với quý vị. Và quý vị nhận được nó ở đúng nơi và đúng số lần. Cuối cùng, chúng tôi không thể chấp thuận một dịch vụ chỉ vì nó thuận tiện hơn so với một tùy chọn khác. Quý vị phải được sự chấp thuận của chúng tôi trước khi nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp không nằm trong chương trình của chúng tôi trừ khi đó là Chăm sóc khẩn cấp, Chăm sóc cấp cứu hoặc Thăm tách thận bên ngoài khu vực dịch vụ. Để tìm một nhà cung cấp trong chương trình của chúng tôi, xem Danh bạ Nhà cung cấp và Nhà thuốc trên mạng hoặc gọi Ban Dịch vụ Hội viên. Nếu quý vị được giới thiệu hoặc cảm thấy quý vị cần sử dụng một nhà cung cấp không nằm trong chương trình của chúng tôi, quý vị phải gọi cho chúng tôi để được chấp thuận trước khi quý vị được chăm sóc. Dịch vụ là cần thiết về mặt y tế khi nó là hợp lý và cần thiết để bảo vệ cuộc sống, để ngăn ngừa bệnh tật nghiêm trọng hoặc khuyết tật đáng kể, hoặc để giảm đau dữ dội.

- Quý vị sử dụng dịch vụ chăm sóc của nhà cung cấp trong mạng lưới. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp có cộng tác với chúng tôi. Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị sử dụng của nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Chương 3 có nhiều thông tin hơn về việc sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới và ngoài mạng lưới.
- Quý vị có một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) hoặc nhóm chăm sóc đang cung cấp và điều quản dịch vụ chăm sóc của mình. Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải được PCP của quý vị chấp thuận trước trước khi quý vị có thể thăm khám bất kỳ ai không phải là PCP của quý vị hoặc mới được sử dụng các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình. Việc này được gọi là giới thiệu. Chương 3 có thêm thông tin về việc lấy giấy giới thiệu và giải thích khi nào quý vị cần có giấy giới thiệu.
- Quý vị phải sử dụng dịch vụ chăm sóc của các nhà cung cấp dịch vụ có liên kết với nhóm y tế của PCP của quý vị. Xem Chương 3 để tìm hiểu thêm.
- Một số dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền lợi sẽ chỉ được bảo hiểm nếu như bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác trong mạng lưới được chúng tôi cho phép trước. Việc này được gọi là cho phép trước. Các dịch vụ được bảo hiểm cần được cho phép trước được đánh dấu trong Bảng Quyền lợi bằng cách in chữ nghiêng.
- Tất cả mọi dịch vụ phòng ngừa đều được miễn phí. Quý vị sẽ thấy hình quả táo này  bên cạnh các dịch vụ phòng ngừa trong Bảng Quyền lợi.
- Các dịch vụ Tùy chọn Kế hoạch Chăm sóc (CPO) có thể có sẵn theo Kế hoạch Cá nhân của quý vị. Các dịch vụ này cung cấp cho quý vị nhiều trợ giúp hơn tại nhà, như bữa ăn, trợ giúp cho quý vị hoặc người chăm sóc quý vị, hoặc thanh nắm vôi sen và đường dốc. Các dịch vụ này có thể giúp quý vị sống độc lập hơn nhưng **không** thay

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



thể các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) mà quý vị được ủy quyền để nhận theo Medi-Cal. Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc muốn tìm hiểu làm thế nào các dịch vụ CPO có thể trợ giúp quý vị, liên lạc quản lý hồ sơ.

D. Bảng Quyền lợi

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Tầm soát chứng phình động mạch chủ ở bụng Chúng tôi sẽ trả cho một kỳ siêu âm cho người có nguy cơ bị bệnh này. Chương trình chỉ bảo hiểm cho việc tầm soát này khi quý vị có các yếu tố nguy cơ nhất định và nếu quý vị có giấy giới thiệu đi tầm soát của bác sĩ, phụ tá bác sĩ, chuyên viên điều dưỡng, hoặc bác sĩ chuyên khoa điều dưỡng lâm sàng. <i>Có thể áp dụng các quy định về cho phép và/hoặc giới thiệu. Quý vị nên nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu.</i>	\$0
	Châm cứu Chúng tôi sẽ thanh toán cho tối đa hai lần châm cứu ngoại trú trong bất kỳ một tháng theo lịch nào, hoặc nhiều hơn nếu cần thiết về mặt y tế. <i>Các quy tắc cho phép áp dụng cho các lần thăm khám bổ sung cần thiết về mặt y tế.</i>	\$0
	Tầm soát và tư vấn về lạm dụng rượu Chúng tôi sẽ chỉ thanh toán cho một lần tầm soát lạm dụng rượu (Tầm soát, can thiệp nhanh, giới thiệu - SBIRT) cho người trưởng thành lạm dụng rượu nhưng chưa nghiện rượu. Quy định này bao gồm các phụ nữ mang thai. Nếu quý vị khám sàng lọc dương tính với việc lạm dụng cồn rượu, quý vị có thể nhận được tối đa bốn buổi tư vấn trực tiếp, ngắn gọn mỗi năm với một nhà cung cấp hoạt động chăm sóc chính đủ năng lực hoặc người hành nghề tại cơ sở chăm sóc chính (nếu quý vị có thể và tinh tảo trong quá trình tư vấn).	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Các dịch vụ vận chuyển cấp cứu Các dịch vụ vận chuyển cấp cứu được bảo hiểm gồm có phương tiện vận chuyển trên mặt đất, máy bay thường, và máy bay trực thăng. Phương tiện vận chuyển cấp cứu sẽ đưa quý vị đến nơi gần nhất mà quý vị có thể được chăm sóc. Bệnh trạng của quý vị phải đủ nghiêm trọng đến mức mà các cách thức khác đưa quý vị đến nơi chăm sóc có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe hoặc tính mạng của quý vị. Các dịch vụ vận chuyển cấp cứu cho các trường hợp khác phải được chúng tôi chấp thuận trước. Với những trường hợp không phải là cấp cứu, chúng tôi có thể sẽ trả tiền cho phương tiện vận chuyển cấp cứu. Bệnh trạng của quý vị phải đủ nghiêm trọng đến mức mà các cách thức khác đưa quý vị đến nơi chăm sóc có thể gây nguy hiểm cho tính mạng hoặc sức khỏe của quý vị. <i>Các quy định về cấp giấy cho phép có thể sẽ áp dụng cho vận chuyển không cấp cứu.</i>	\$0
 Thăm khám sức khỏe hàng năm Quý vị có thể sẽ được khám sức khỏe hàng năm. Cuộc khám này là để xây dựng hoặc cập nhật kế hoạch phòng bệnh theo các yếu tố nguy cơ hiện tại của quý vị. Chúng tôi sẽ trả tiền cho việc này một lần cho mỗi 12 tháng.	\$0
 Đo khối lượng xương Chúng tôi sẽ trả tiền cho một số các thủ thuật nào đó cho hội viên hội đủ điều kiện (thường là cho người có nguy cơ bị giảm khối lượng xương hoặc có nguy cơ bị loãng xương). Các thủ thuật này xác định khối lượng xương, phát hiện giảm khối lượng xương, hoặc xác định chất lượng xương. Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ này một lần cho mỗi 24 tháng, hoặc thường xuyên hơn nếu các dịch vụ đó là cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi cũng thanh toán cho bác sĩ xem xét và đánh giá kết quả.	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
 Tầm soát ung thư vú (chụp x-quang vú) Chúng tôi sẽ trả cho các dịch vụ sau đây: • Một cuộc chụp x-quang vú lần đầu trong độ tuổi từ 35 đến 39 • Một cuộc chụp x-quang vú để tầm soát mỗi 12 tháng cho phụ nữ từ 40 tuổi trở lên • Khám vú tại bệnh viện một lần mỗi 24 tháng	\$0
Các dịch vụ phục hồi chức năng tim mạch (tim) Chúng tôi sẽ trả tiền cho các dịch vụ phục hồi chức năng tim như thể dục, giáo dục, và tư vấn. Các hội viên phải đáp ứng các điều kiện nhất định kèm theo giấy giới thiệu của bác sĩ. Chúng tôi cũng bảo hiểm cho các chương trình phục hồi chức năng tim chuyên sâu, tức chuyên sâu hơn các chương trình phục hồi chức năng tim. <i>Có thể áp dụng các quy định về cho phép và/hoặc giới thiệu. Quý vị nên nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu.</i>	\$0
 Khám bệnh giảm thiểu rủi ro đối với bệnh tim mạch (tim) (liệu pháp dành cho bệnh tim) Chúng tôi thanh toán cho một lần thăm khám một năm, hoặc hơn nếu cần thiết về mặt y tế tại bác sĩ chăm sóc chính của quý vị để giúp giảm nguy cơ bị bệnh tim của quý vị. Trong cuộc khám bệnh, bác sĩ của quý vị có thể sẽ: • Nói về việc sử dụng aspirin, • Kiểm tra huyết áp của quý vị, và/hoặc • Chỉ dẫn cho quý vị để bảo đảm quý vị ăn uống được hợp lý.	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Kiểm tra bệnh tim mạch (tim) Chúng tôi thanh toán cho các xét nghiệm máu để kiểm tra bệnh tim mạch một lần mỗi năm năm (60 tháng). Xét nghiệm máu cũng được kiểm tra để phát hiện khiếm khuyết do nguy cơ bệnh tim cao.	\$0
	Tầm soát ung thư cổ tử cung và âm đạo Chúng tôi sẽ trả cho các dịch vụ sau đây: - Với tất cả mọi phụ nữ: xét nghiệm tầm soát ung thư cổ tử cung (Pap test) và kiểm tra vùng chậu một lần mỗi 24 tháng - Dành cho phụ nữ có nguy cơ cao về ung thư cổ tử cung và âm đạo: một xét nghiệm tầm soát ung thư cổ tử cung (Pap test) mỗi 12 tháng - Đối với phụ nữ đã có xét nghiệm tầm soát ung thư cổ tử cung (Pap test) bất thường trong vòng 3 năm gần đây và đang trong độ tuổi sinh đẻ: thực hiện một xét nghiệm tầm soát ung thư cổ tử cung mỗi 12 tháng	\$0
	Dịch vụ nắn bóp cột sống Chúng tôi sẽ trả cho các dịch vụ sau đây: Điều chỉnh cột sống để sửa lại cho thẳng <i>Có thể áp dụng các quy định về cho phép và/hoặc giới thiệu. Quý vị nên nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu.</i>	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
 Tầm soát ung thư đại tràng Với người từ 50 tuổi trở lên, chúng tôi sẽ trả tiền cho các dịch vụ sau đây: • Nội soi đại tràng sigma bằng ống mềm (hoặc chụp tầm soát với bari) mỗi 48 tháng • Xét nghiệm tìm máu lẫn trong phân, mỗi 12 tháng • Xét nghiệm máu trong phân bằng Guaiac hoặc xét nghiệm miễn dịch hóa học, 12 tháng một lần • Tầm soát đại-trực tràng bằng DNA, mỗi 3 năm • Nội soi đại tràng mười năm một lần (nhưng không trong 48 tháng kể từ khi nội soi đại tràng sigma) • Nội soi đại tràng (hoặc chụp tầm soát với bari) cho người có nguy cơ bị ung thư đại-trực tràng cao, mỗi 24 tháng <i>Có thể áp dụng các quy định về việc cho phép và/hoặc giới thiệu. Quý vị nên nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu.</i>	\$0
Dịch vụ dành cho Người lớn tại Cộng đồng (CBAS) CBAS là chương trình dịch vụ ngoại trú, tại cộng đồng, trong đó mọi người sẽ tham gia theo lịch. Chương trình này cung cấp các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn, dịch vụ xã hội, liệu pháp (bao gồm hoạt động trị liệu, vật lý trị liệu, và ngữ âm trị liệu), chăm sóc cá nhân, đào tạo và hỗ trợ cho gia đình/người chăm sóc, các dịch vụ dinh dưỡng, vận chuyển và các dịch vụ khác. Chúng tôi sẽ trả tiền cho CBAS nếu quý vị hội đủ tiêu chuẩn. Lưu ý: Nếu không có cơ sở CBAS, chúng tôi có thể cung cấp các dịch vụ này riêng. <i>Các quy chế về chấp thuận có thể áp dụng. Liên lạc với chương trình để biết thêm chi tiết.</i>	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
 Tư vấn bỏ hút thuốc hoặc ngưng dùng thuốc lá Nếu quý vị hút thuốc lá, không có dấu hiệu hoặc triệu chứng của các bệnh liên quan đến thuốc lá, và muốn hoặc cần ngừng hút thuốc: - Chúng tôi sẽ trả tiền cho hai lần cố gắng ngừng hút thuốc lá trong thời gian 12 tháng theo dạng dịch vụ phòng ngừa. Dịch vụ này được miễn phí cho quý vị. Mỗi lần cố gắng ngừng hút thuốc bao gồm tối đa bốn lần tư vấn trực tiếp. Nếu quý vị đang hút thuốc lá và đã được chẩn đoán mắc bệnh liên quan đến thuốc lá hoặc đang uống loại thuốc có thể bị ảnh hưởng bởi thuốc lá: - Chúng tôi sẽ thanh toán cho hai đợt cai thuốc lá có tư vấn trong thời gian 12 tháng. Mỗi đợt tư vấn bao gồm tối đa bốn lần khám trực tiếp. Nếu có thai, quý vị có thể được tư vấn cai thuốc lá không giới hạn nhưng phải được chấp thuận trước. <i>Các quy chế về chấp thuận có thể áp dụng. Liên lạc với chương trình để biết thêm chi tiết.</i>	\$0
Dịch vụ nha khoa Các dịch vụ nha khoa nhất định, bao gồm làm sạch, trám, và hàm răng giả, được cung cấp qua Chương trình Medi-Cal Dental. Xem Mục E để tìm hiểu thêm về quyền lợi này.	\$0
 Tầm soát chứng trầm cảm Chúng tôi sẽ thanh toán cho một cuộc tầm soát bệnh trầm cảm mỗi năm. Khám sàng lọc phải được thực hiện tại cơ sở chăm sóc chính là nơi có thể cung cấp dịch vụ điều trị theo dõi và cấp giấy giới thiệu.	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
 Tầm soát bệnh tiểu đường Chúng tôi sẽ thanh toán cho việc tầm soát này (kể cả đo đường huyết vào lúc đói), nếu quý vị có bất kỳ yếu tố nguy cơ nào sau đây: • Huyết áp cao (cao máu) • Tiền sử có các mức cholesterol và triglyceride bất thường (dyslipidemia - rối loạn mỡ máu) • Béo phì • Tiền sử đường huyết (glucose) cao Các xét nghiệm có thể được bảo hiểm trong một số trường hợp khác, ví dụ như khi quý vị thừa cân và có tiền sử mắc bệnh tiểu đường. Tùy thuộc vào các kết quả xét nghiệm, quý vị có thể đủ điều kiện nhận lên đến hai lần khám sàng lọc bệnh tiểu đường trong mỗi kỳ 12 tháng.	\$0
 Đào tạo tự kiểm soát bệnh tiểu đường, các dịch vụ và vật dụng Chúng tôi sẽ trả cho các dịch vụ sau đây cho tất cả những người bị tiểu đường (dù họ có sử dụng insulin hay không): • Các đồ tiếp liệu để theo dõi lượng glucose trong máu, bao gồm các mục sau: ○ Máy theo dõi đường glucose trong máu ○ Que thử đường huyết ○ Dụng cụ trích và mũi trích máu ○ Các dung dịch kiểm soát lượng đường glucose để kiểm tra độ chính xác của các que thử và máy đo • Với người tiểu đường bị bệnh chân do tiểu đường nặng, chúng tôi sẽ trả cho những thứ sau đây: Xem tiếp quyền lợi này ở trang kế tiếp.	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Huấn luyện cách tự kiểm soát bệnh tiểu đường, các dịch vụ và nguồn tiếp liệu (tiếp) ○ Một đôi giày trị liệu đúc theo chân từng người (kể cả vật chèn), kể cả sửa cho vừa và hai đôi vật chèn dự phòng nữa cho mỗi năm theo lịch, hoặc Một đôi giày sâu lòng, kể cả sửa cho vừa, và ba đôi vật chèn mỗi năm (không bao gồm vật chèn tháo được không làm cho từng người được cung cấp kèm theo các giày đó) ● Chúng tôi sẽ thanh toán cho việc đào tạo giúp quý vị kiểm soát bệnh tiểu đường của mình, trong một số trường hợp. Để tìm hiểu thêm, liên lạc Ban Dịch vụ Hội viên. Chương trình này chỉ bảo hiểm OneTouch® (do LifeScan, Inc. thực hiện) ACCU-CHECK® (do Roche Diagnostics thực hiện), PrecisionXtra® và Que thử đường huyết Freestyle® (do Abbott thực hiện) và máy đo đường huyết. Chúng tôi sẽ không bảo hiểm cho các thương hiệu khác trừ khi nhà cung cấp của quý vị cho chúng tôi biết nó là cần thiết về mặt y tế. Máy đo đường huyết phải được mua thông qua một nhà cung cấp Thiết bị Y tế Lâu bền (DME). Nếu quý vị mua một máy đo đường huyết tại một nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới hoặc nhà thuốc đặt hàng qua bưu điện, mặt hàng đó sẽ không được bảo hiểm. Xem tiếp quyền lợi này ở trang kế tiếp.	



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Huấn luyện cách tự kiểm soát bệnh tiểu đường, các dịch vụ và nguồn tiếp liệu (tiếp) Có thể mua que thử đường huyết và lưới trích tại nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới hoặc nhà thuốc đặt hàng qua bưu điện. Chúng tôi bảo hiểm lên tới 100 que thử đường huyết mỗi tháng. Chương trình này bảo hiểm một lần theo dõi đường huyết hàng năm. Nhà cung cấp của quý vị phải được sự chấp thuận từ chương trình trước khi chúng tôi thanh toán cho các que xét nghiệm hoặc lưới trích lớn hơn số tiền được liệt kê ở trên hoặc không phải từ các nhà sản xuất được phê duyệt. <i>Có thể áp dụng các quy định về cho phép và/hoặc giới thiệu. Quý vị nên nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu.</i>	



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Thiết bị y tế lâu bền (DME) và tiếp liệu liên quan (Để biết định nghĩa về “Thiết bị y tế lâu bền (DME)”, xem Chương 12 của sổ tay này.) Các thứ sau đây được bảo hiểm: • Xe lăn • Nạng chống • Bộ nệm điện • Tấm ép khô cho nệm • Vật dụng cho bệnh tiểu đường • Giường bệnh viện do nhà cung cấp dịch vụ yêu cầu cung cấp cho sử dụng tại nhà • Bơm truyền tĩnh mạch (IV) và cực • Bơm ngoài đường ruột và vật tư • Thiết bị trợ nói • Thiết bị cho thở oxy kèm vật dụng • Máy khí dung • Khung tập đi • Tay cầm cong tiêu chuẩn hoặc bốn gậy và vật tư thay thế • Nâng cổ tử cung (qua cửa) • Kích thích xương • Thiết bị chăm sóc lọc máu Các mục khác có thể được bảo hiểm. Chúng tôi sẽ thanh toán cho tất cả các DME cần thiết về mặt y tế và thường được Medicare và Medi-Cal thanh toán. Nếu nhà cung cấp của chúng tôi trong khu vực của quý vị không cung cấp một nhãn hiệu hoặc nhà sản xuất cụ thể, quý vị có thể yêu cầu xem họ có thể đặt hàng đặc biệt cho quý vị được hay không. <i>Các quy chế về chấp thuận có thể áp dụng.</i>	\$0



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Chăm sóc cấp cứu Chăm sóc cấp cứu nghĩa là các dịch vụ mà: • Được cung cấp bởi một nhà cung cấp dịch vụ được đào tạo để cung cấp các dịch vụ cấp cứu, và • Cần để điều trị một tình trạng cấp cứu y tế. Cấp cứu y tế là bệnh trạng rất đau đớn hoặc tổn thương nghiêm trọng. Bệnh trạng này nghiêm trọng đến mức, nếu không được chăm sóc y tế ngay, bất kỳ người nào có kiến thức trung bình về sức khỏe và y học cũng có thể cho rằng nó sẽ dẫn đến: • Nguy cơ nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị hoặc của thai nhi của quý vị; hoặc • Tổn hại nghiêm trọng đến các chức năng cơ thể; hoặc • Rối loạn chức năng nghiêm trọng ở bất kỳ cơ quan hoặc bộ phận cơ thể; hoặc • Trong trường hợp một phụ nữ mang thai đang chuyển dạ sinh nở, khi: ○ Không có đủ thời gian để vận chuyển quý vị được an toàn đến bệnh viện khác trước khi sinh. ○ Việc vận chuyển đến bệnh viện khác có thể sẽ đe dọa cho sức khỏe hoặc an toàn cho quý vị hoặc cho thai nhi của quý vị. Các dịch vụ chăm sóc cấp cứu và khẩn cấp trên toàn quốc được bảo hiểm lên tới giới hạn \$10,000 kết hợp mỗi năm theo lịch. Liên lạc với chương trình để biết thêm chi tiết.	\$0 Nếu quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc cấp cứu tại một bệnh viện ngoài mạng lưới và cần được chăm sóc nội trú sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị ổn định, quý vị phải quay trở lại bệnh viện trong mạng lưới để dịch vụ chăm sóc của quý vị tiếp tục được chi trả. Quý vị có thể ở lại bệnh viện ngoài mạng lưới để nhận dịch vụ chăm sóc nội trú chỉ khi chương trình chấp thuận việc lưu trú của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Chương trình Rèn luyện Thể lực và Tập luyện Chương trình Rèn luyện Thể lực và Tập luyện là chương trình tập luyện được giám sát về mặt y tế để cải thiện và nâng cao sức mạnh của cơ, sự cân bằng, tính linh động, mềm dẻo, và sức khỏe tổng thể. Các hội viên được giám sát bởi một nhà vật lý trị liệu hoặc huấn luyện viên thể dục được đào tạo chuyên môn về phát triển cơ bắp để phát triển chương trình riêng cho từng thành viên. Các hội viên có thể tự tham khảo chương trình tại CareMore Care Center này. Liên lạc với Ban Dịch vụ Hội viên để biết thêm thông tin.	\$0
Các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình Luật pháp cho phép quý vị được chọn bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ nào cho một số các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình nào đó. Điều này có nghĩa là bất cứ bác sĩ, phòng khám, bệnh viện, hiệu thuốc hoặc phòng khám kế hoạch hóa gia đình nào. Chúng tôi sẽ trả cho các dịch vụ sau đây: • Khám kế hoạch hóa gia đình và điều trị y tế • Các xét nghiệm kế hoạch hóa gia đình và chẩn đoán • Các phương pháp kế hoạch hóa gia đình (IUD, thuốc tiêm, cấy que ngừa thai, thuốc ngừa thai, thuốc dán, hoặc vòng xoắn) • Các vật dụng kế hoạch hóa gia đình có toa (bao cao su, miếng xốp, bọt, màng, màng chắn, nắp) • Tư vấn và chẩn đoán vô sinh, và các dịch vụ liên quan • Cố vấn, xét nghiệm và điều trị bệnh nhiễm trùng qua đường tình dục (STI) • Tư vấn và xét nghiệm HIV và AIDS, và các bệnh khác liên quan đến HIV • Triệt sản (quý vị phải từ 21 tuổi trở lên mới được chọn phương pháp tránh thai này. Quý vị phải ký mẫu đồng ý triệt sản của liên bang ít nhất 30 ngày, nhưng không quá 180 ngày trước ngày triệt sản.) Xem tiếp quyền lợi này ở trang kế tiếp.	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình (tiếp) - Tư vấn về di truyền Chúng tôi cũng sẽ thanh toán cho một số dịch vụ kế hoạch hóa gia đình khác. Tuy nhiên, quý vị phải khám với một nhà cung cấp dịch vụ trong mạng của chúng tôi cho các dịch vụ sau đây: - Điều trị các bệnh trạng vô sinh (Dịch vụ này không bao gồm những phương pháp thụ thai nhân tạo). - Điều trị AIDS và các bệnh khác liên quan đến HIV - Xét nghiệm gen di truyền Các quy chế về chấp thuận có thể áp dụng.	
 Các chương trình giáo dục sức khỏe và sức khỏe toàn diện Chúng tôi cung cấp nhiều chương trình tập trung vào một số tình trạng sức khỏe nào đó. Các chương trình này gồm có: - Các lớp giáo dục về sức khỏe; - Các lớp giáo dục về dinh dưỡng; - Hút thuốc lá và Cai thuốc lá; và - Đường dây nóng tư vấn Điều dưỡng Hội viên có thể yêu cầu cuộc hẹn Đánh giá Sức khỏe Toàn diện ban đầu tại Trung tâm Chăm sóc CareMore. Các quy định lâm sàng và giới hạn có thể được áp dụng Xem tiếp quyền lợi này ở trang kế tiếp.	\$0



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Các chương trình giáo dục sức khỏe và sức khỏe toàn diện (tiếp) Đánh giá Sức khỏe Toàn diện: Lần thăm khám Đánh giá Sức khỏe Toàn diện ban đầu là một đặc điểm quan trọng của chương trình này và khuyến khích hội viên lên lịch hẹn tại Trung tâm Chăm sóc CareMore sau khi ghi danh. Chương trình cung cấp dịch vụ kiểm tra y tế hoàn chỉnh. Nó bao gồm các xét nghiệm máu và những xét nghiệm khác mà quý vị có thể cần cho tình trạng và độ tuổi của mình. Nó giúp chúng tôi nhận diện bất kỳ vấn đề sức khỏe nào để chúng tôi có thể có giới thiệu đúng cho quý vị và giúp quý vị khỏe mạnh. Trong cuộc hẹn của quý vị, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ nói chuyện với quý vị về sức khỏe của quý vị cũng như mọi câu hỏi của quý vị. Họ sẽ xem xét kỹ lưỡng: • Danh sách thuốc của quý vị và những lần mua thuốc lại khẩn cấp • Kết quả phòng xét nghiệm tại chỗ • Yêu cầu thiết bị y tế bền lâu cần thiết (DME) • Tiếp liệu tiểu đường (cho bệnh nhân bị tiểu đường) • Chương trình chăm sóc cá nhân • Ghi danh vào các chương trình chăm sóc mạn tính và giáo dục của chương trình. Có một cuộc hẹn miễn phí bổ sung mỗi năm một lần để vượt qua bất kỳ thay đổi nào về sức khỏe của quý vị. Điều này không thay thế việc kiểm tra thường xuyên hàng năm của quý vị. Ngoài việc kiểm tra hàng năm của quý vị để giúp chúng tôi theo dõi sức khỏe của quý vị. Kết quả của chuyến thăm của quý vị được sử dụng để tạo ra một kế hoạch chăm sóc cá nhân cho quý vị. Kết quả và kế hoạch chăm sóc cá nhân được đưa ra cho bác sĩ của quý vị để họ có thể đi qua kết quả với quý vị và giúp quý vị trong năm. Liên lạc với chương trình để biết thêm thông tin hoặc lên lịch hẹn khám. Lưu ý: Không cần cho phép hoặc giấy giới thiệu để sử dụng Đường dây nóng với Y tá.	

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Dịch vụ thính giác Chúng tôi thanh toán cho dịch vụ kiểm tra thính giác và thăng bằng do nhà cung cấp dịch vụ của quý vị thực hiện. Các dịch vụ này cho quý vị biết liệu quý vị có cần phải điều trị hay không. Các dịch vụ này được bảo hiểm như dịch vụ chăm sóc ngoại trú khi quý vị sử dụng của bác sĩ, chuyên gia thính học, hoặc nhà cung cấp hội đủ điều kiện khác. Nếu quý vị có thai, hoặc sống trong cơ sở điều dưỡng, chúng tôi cũng sẽ thanh toán cho các máy trợ thính, bao gồm: • Khuôn tai, vật dụng, và nút tai • Sửa chữa có chi phí trên \$25 một lần sửa • Một bộ pin đầu tiên • Sáu lần thăm khám để đào tạo, điều chỉnh, và lắp đặt với cùng nhà cung cấp sau khi quý vị mua máy trợ thính • Thuê máy trợ thính trong thời gian dùng thử • Quyền lợi thính giác bổ sung là một lần khám hình giác định kỳ mỗi năm dương lịch • Gắn/ đánh giá máy trợ thính Medi-Cal Trợ cấp máy trợ thính \$1,510 bao gồm thuế bán hàng, mỗi năm tài chính (ngày 1 tháng 7 – ngày 30 tháng 6), và bao gồm các khuôn tai, vật dụng sửa đổi và phụ kiện. Đây là tổng trợ cấp cho cả hai tai. Giới hạn trợ cấp này không áp dụng nếu quý vị đang mang thai hoặc cư trú tại cơ sở điều dưỡng. <i>Có thể áp dụng các quy định về cho phép và/hoặc giới thiệu. Quý vị nên nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu.</i>	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
 Tầm soát HIV Chúng tôi thanh toán cho một cuộc khám tầm soát HIV mỗi 12 tháng cho người: • Yêu cầu xét nghiệm tầm soát HIV, hoặc • Có nguy cơ bị nhiễm HIV cao. Với phụ nữ có thai, chúng tôi thanh toán tối đa ba lần xét nghiệm tầm soát HIV trong một thai kỳ.	\$0
Chăm sóc sức khỏe tại nhà Trước khi quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, một bác sĩ phải cho chúng tôi biết là quý vị cần dịch vụ đó, và dịch vụ đó phải được cung cấp bởi một cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà. Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây, và có thể cho các dịch vụ khác không được nêu tại đây: • Các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và dịch vụ người hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tại nhà bán thời gian hoặc thỉnh thoảng (sẽ được bảo hiểm theo quyền lợi chăm sóc sức khỏe tại nhà, dịch vụ điều dưỡng chuyên môn kết hợp với dịch vụ người hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tại nhà của quý vị tổng cộng phải ít hơn 8 giờ mỗi ngày và 35 giờ mỗi tuần.) • Liệu pháp vật lý, liệu pháp chức năng và liệu pháp âm ngữ • Các dịch vụ y tế và dịch vụ xã hội • Vật tư và thiết bị y tế <i>Có thể áp dụng các quy định về cho phép và/hoặc giới thiệu. Quý vị nên nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu.</i>	\$0



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Chăm sóc giai đoạn cuối đời Quý vị có thể nhận dịch vụ từ bất cứ chương trình chăm sóc cuối đời nào do Medicare chứng nhận. Quý vị có quyền lựa chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời nếu giám đốc y tế về chăm sóc cuối đời xác định quý vị mắc bệnh giai đoạn cuối. Điều đó có nghĩa là quý vị đang bị bệnh cuối đời và dự kiến sẽ không sống được quá sáu tháng. Bác sĩ chăm sóc cuối đời của quý vị có thể là một nhà cung cấp dịch vụ trong hoặc ngoài mạng lưới. Chương trình sẽ thanh toán cho những mục sau đây khi quý vị đang sử dụng dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời: • Các thuốc để điều trị các triệu chứng và cơn đau • Chăm sóc tạm thời ngắn hạn • Chăm sóc tại nhà Các dịch vụ chăm sóc cuối đời và dịch vụ được bảo hiểm bởi Medicare Phần A hoặc B sẽ được ghi hóa đơn cho Medicare. • Xem Mục E của chương này để tìm hiểu thêm. Đối với các dịch vụ được Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan bảo hiểm nhưng Medicare Phần A hoặc B không bảo hiểm: • Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sẽ bảo hiểm cho các dịch vụ được chương trình bảo hiểm mà không được bảo hiểm theo Medicare Phần A hoặc B. Chương trình sẽ bảo hiểm cho các dịch vụ này dù các dịch vụ đó có liên quan đến tiên lượng tử vong của quý vị hay không. Quý vị không phải trả đồng nào cho các dịch vụ này. Đối với thuốc mà có thể được quyền lợi Medicare Phần D của Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan bảo hiểm: • Thuốc sẽ không bao giờ được cả cơ sở chăm sóc giai đoạn cuối đời và chương trình bảo hiểm đồng thời. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Chương 5. Xem tiếp quyền lợi này ở trang kế tiếp.	\$0



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Chăm sóc giai đoạn cuối đời (tiếp) Lưu ý: Nếu quý vị cần tới dịch vụ không phải dịch vụ chăm sóc cuối đời, quý vị nên gọi cho người quản lý hồ sơ theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối để bố trí các dịch vụ. Chăm sóc không phải cuối đời là chăm sóc không liên quan đến căn bệnh giai đoạn cuối của quý vị. Chương trình chúng tôi bảo hiểm cho các dịch vụ tư vấn về chăm sóc giai đoạn cuối đời (chỉ một lần mà thôi) cho người bị bệnh cuối đời chưa chọn quyền lợi chăm sóc giai đoạn cuối đời.	
 Tiêm phòng Chúng tôi sẽ trả cho các dịch vụ sau đây: • Vắc-xin viêm phổi • Tiêm phòng cúm, mỗi mùa cúm vào mùa thu và mùa đông, với các mũi tiêm phòng cúm bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế • Vắc-xin viêm gan B nếu quý vị có nguy cơ cao hoặc nguy cơ trung bình mắc bệnh viêm gan B • Các loại vắc-xin khác nếu quý vị đang có nguy cơ và chúng đáp ứng các quy định bảo hiểm của Medicare Phần B Chúng tôi sẽ thanh toán cho các vắc-xin khác thỏa mãn các quy định về bảo hiểm của Medicare Phần D. Xin đọc Chương 6 để tìm hiểu thêm.	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Chăm sóc tại bệnh viện nội trú Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây, và dịch vụ cần thiết về mặt y tế khác không được nêu tại đây: • Phòng ngủ riêng (hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế) • Bữa ăn, kể cả bữa ăn đặc biệt • Dịch vụ điều dưỡng thông thường • Chi phí của các phòng chăm sóc đặc biệt, ví dụ như phòng chăm sóc chuyên sâu hoặc phòng chăm sóc mạch vành • Thuốc • Xét nghiệm tại phòng xét nghiệm • Chụp X-quang và các dịch vụ phóng xạ khác • Vật dụng phẫu thuật và y tế cần thiết • Các đồ dùng, như xe lăn chẳng hạn • Các dịch vụ phòng phẫu thuật và hồi sức • Vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, và ngữ âm trị liệu • Các dịch vụ lạm dụng được chất nội trú • Trong một số trường hợp, là các loại cấy ghép sau đây: giác mạc, thận, thận/tụy, tim, gan, phổi, tim/phổi, tủy xương, tế bào gốc, và ruột/đa nội tạng. Xem tiếp quyền lợi này ở trang kế tiếp.	\$0 Quý vị phải được chương trình chấp thuận thì mới được tiếp tục nhận chăm sóc nội trú tại bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị đã được ổn định.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Chăm sóc tại bệnh viện nội trú (tiếp) Nếu quý vị cần cấy ghép, một trung tâm cấy ghép được Medicare chấp thuận sẽ xem xét trường hợp của quý vị và quyết định xem quý vị có phải là ứng viên của một cuộc cấy ghép hay không. Nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép có thể ở tại địa phương hoặc nằm ngoài khu vực cung cấp dịch vụ. Nếu nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép tại địa phương sẵn sàng chấp nhận giá của Medicare, quý vị có thể nhận dịch vụ cấy ghép của quý vị tại địa phương hoặc ngoài khu vực cung cấp dịch vụ có cách thức chăm sóc khác với cách thức sử dụng tại cộng đồng của quý vị. Nếu Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan cung cấp dịch vụ cấy ghép ở một nơi xa ngoài khu vực cung cấp dịch vụ và quý vị chọn cấy ghép tại đó, chúng tôi sẽ sắp xếp hoặc thanh toán cho các chi phí lưu trú và đi lại của quý vị và một người đi theo. • Máu, bao gồm việc lưu trữ và truyền máu. • Các dịch vụ bác sĩ Không có giới hạn nào về số ngày được bảo hiểm cho mỗi lần nội trú tại bệnh viện. Quý vị phải tới các bác sĩ bác sĩ chuyên khoa và bệnh viện trong mạng lưới. Ngoại trừ trường hợp cấp cứu, bác sĩ của quý vị sẽ phải thông báo cho chương trình về việc quý vị tới điều trị tại bệnh viện. <i>Có thể áp dụng các quy định về cho phép và/hoặc giới thiệu. Quý vị nên nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu.</i>	



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho bệnh nhân nội trú Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần đòi hỏi phải nội trú tại bệnh viện. - Nếu quý vị cần dịch vụ nội trú tại một bệnh viện tâm thần độc lập, chúng tôi sẽ thanh toán cho 190 ngày đầu tiên. Sau đó, cơ quan sức khỏe tâm thần của quận tại địa phương sẽ thanh toán cho các dịch vụ tâm thần nội trú cần thiết về mặt y tế. Việc cấp giấy chăm sóc sau 190 ngày sẽ do cơ quan sức khỏe tâm thần của quận tại địa phương điều phối. - Giới hạn 190 ngày không áp dụng cho các dịch vụ sức khỏe tâm thần nội trú cung cấp tại khoa tâm thần của bệnh viện đa khoa. - Nếu quý vị từ 65 tuổi trở lên, chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ quý vị dùng tại Cơ sở Điều trị Bệnh tâm thần (Institute for Mental Diseases - IMD). Ngoại trừ trường hợp cấp cứu, bác sĩ của quý vị sẽ phải thông báo cho chương trình về việc quý vị tới điều trị tại bệnh viện. <i>Các quy chế về chấp thuận có thể áp dụng. Liên lạc với chương trình để biết thêm chi tiết.</i>	\$0



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Nằm viện nội trú: Các dịch vụ tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) được bảo hiểm trong trường hợp nội trú không được bảo hiểm Nếu trường hợp nội trú của quý vị không hợp lý và cần thiết, chúng tôi sẽ không trả tiền. Tuy nhiên, trong một số trường hợp không được chăm sóc nội trú, chúng tôi vẫn có thể thanh toán cho các dịch vụ quý vị nhận được khi quý vị ở trong bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng. Để tìm hiểu thêm, liên lạc Ban Dịch vụ Hội viên. Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây, và có thể cho các dịch vụ khác không được nêu tại đây: • Các dịch vụ bác sĩ • Xét nghiệm chẩn đoán, như các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm • Chụp X-quang, liệu pháp radium, liệu pháp đồng vị bao gồm tài liệu cho kỹ thuật viên và dịch vụ • Băng bó phẫu thuật • Băng nẹp, bó bột và các dụng cụ khác cho nứt xương và trật khớp • Bộ phận giả và dụng cụ chỉnh hình, ngoài nha khoa, kể cả thay thế hoặc sửa chữa những dụng cụ đó. Đây là những dụng cụ: ○ Thay thế cho toàn bộ hoặc một phần của cơ quan nội tạng, (kể cả mô kế cận), hoặc ○ Thay thế cho toàn bộ hoặc một phần chức năng của cơ quan nội tạng không hoạt động hoặc bị rối loạn chức năng. • Các nẹp chân, tay, lưng và cổ, băng giữ, và chân, tay, mắt nhân tạo. Mục này bao gồm việc điều chỉnh, sửa chữa và thay thế cần thiết do vỡ, mòn, mất mát hoặc thay đổi về tình trạng của bệnh nhân • Vật lý trị liệu, ngữ âm trị liệu, và hoạt động trị liệu	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Các dịch vụ và nguồn tiếp liệu cho bệnh thận Chúng tôi sẽ trả cho các dịch vụ sau đây: • Các dịch vụ giáo dục về bệnh thận để dạy cách chăm sóc thận và giúp hội viên có quyết định sáng suốt về việc chăm sóc của mình. Quý vị phải mắc bệnh thận mạn tính giai đoạn IV và bác sĩ của quý vị phải giới thiệu quý vị. Chúng tôi sẽ bảo hiểm cho tối đa sáu buổi dịch vụ giáo dục về bệnh thận. • Điều trị thẩm tách thận ngoại trú, bao gồm việc điều trị thẩm tách thận khi tạm thời ra ngoài vùng dịch vụ, như đã được giải thích trong Chương 3. • Điều trị thẩm tách thận nội trú nếu quý vị được phép nhập viện để chăm sóc đặc biệt • Tập huấn tự chạy thận, bao gồm tập huấn cho quý vị và bất cứ ai giúp quý vị trong các điều trị chạy thận tại nhà • Thiết bị và vật dụng chạy thận nhân tạo tại nhà • Các dịch vụ hỗ trợ tại nhà nào đó, như chuyển viếng thăm của nhân viên lọc thận đã được đào tạo để kiểm tra việc lọc thận tại nhà của quý vị, để giúp đỡ khi cấp cứu, và để kiểm tra thiết bị lọc thận và nguồn cung cấp nước của quý vị. Quyền lợi thuốc Medicare Phần B của quý vị sẽ thanh toán cho một số loại thuốc để thẩm tách thận. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem mục “thuốc theo toa Medicare Phần B” trong bảng này. <i>Có thể áp dụng các quy định về cho phép và/hoặc giới thiệu. Quý vị nên nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu.</i>	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
 Tầm soát ung thư phổi Chương trình sẽ thanh toán cho tầm soát ung thư phổi mỗi 12 tháng nếu quý vị: • Từ tuổi 55-80, và • Có một buổi tư vấn và cùng ra quyết định với bác sĩ hay nhà cung cấp dịch vụ đủ điều kiện khác, và • Đã hút thuốc ít nhất 1 gói mỗi ngày trong 30 năm mà hiện nay không có bất kỳ dấu hiệu hoặc triệu chứng của ung thư phổi hoặc khối thuốc nào hoặc đã bỏ hút thuốc trong 15 năm qua. Sau lần tầm soát đầu tiên, chương trình sẽ thanh toán cho một lần tầm soát nữa cho mỗi năm nếu có văn bản yêu cầu của bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ đủ điều kiện khác của quý vị. <i>Có thể áp dụng các quy định về cho phép và/hoặc giới thiệu. Quý vị nên nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu.</i>	\$0
Chương trình Bữa ăn - Sau nhập viện Sau khi quý vị xuất viện hoặc ra khỏi cơ sở điều dưỡng chuyên môn, quý vị có thể hội đủ điều kiện để có tối đa 14 bữa ăn được chế biến đầy đủ, dinh dưỡng (2 bữa ăn mỗi ngày trong 7 ngày) miễn phí được giao đến nhà bởi nhà cung cấp được chương trình chấp thuận. Khi quý vị xuất viện, một thành viên của bộ phận quản lý hồ sơ và/hoặc nhóm lâm sàng sẽ điều phối các quyền lợi bữa ăn của quý vị. Bộ phận quản lý hồ sơ và/hoặc nhóm lâm sàng có thể lên lịch phân phối tùy theo nhu cầu chăm sóc sức khỏe, chẩn đoán và/hoặc đề xuất của quý vị bởi nhà cung cấp của quý vị. <i>Yêu cầu sự cho phép trước và giới thiệu.</i>	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
 Liệu pháp dinh dưỡng y tế Quyền lợi này dành cho những người bị tiểu đường hoặc bệnh thận không cần phải chạy thận nhân tạo. Nó cũng dành cho sau khi cấy ghép thận nếu được bác sĩ của quý vị đề nghị. Chúng tôi sẽ trả tiền cho ba giờ tư vấn một lần - trong năm đầu tiên mà quý vị nhận dịch vụ dinh dưỡng y tế của Medicare. (Điều này bao gồm chương trình của chúng tôi, bất cứ chương trình Medicare Advantage nào khác, hoặc Medicare.) Chúng tôi có thể phê duyệt các dịch vụ bổ sung nếu cần thiết về mặt y khoa. Chúng tôi sẽ trả cho hai giờ tư vấn một lần - cho mỗi năm sau đó. Nếu bệnh trạng, điều trị hoặc chẩn đoán của quý vị thay đổi thì quý vị có thể nhận được thêm giờ điều trị khi có giấy giới thiệu của bác sĩ. Bác sĩ phải chỉ định cho sử dụng các dịch vụ này và gia hạn giấy giới thiệu mỗi năm nếu quý vị cần được điều trị trong năm theo lịch kế tiếp. Chúng tôi có thể phê duyệt các dịch vụ bổ sung nếu cần thiết về mặt y khoa. <i>Cần có cho phép từ y tá Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan hoặc Người quản lý Hồ sơ.</i>	\$0
 Chương trình Phòng ngừa Tiểu đường Medicare (MDPP) Chương trình sẽ trả cho các dịch vụ MDPP. MDPP được thiết kế để giúp quý vị cải thiện hành vi lành mạnh. Nó cung cấp đào tạo thực tế về: • thay đổi chế độ ăn uống lâu dài, và • tăng hoạt động thể chất, và • cách duy trì giảm cân và lối sống lành mạnh.	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Thuốc theo toa Medicare Phần B Các loại thuốc này được bảo hiểm theo Medicare Phần B. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sẽ trả tiền cho các thuốc sau đây: • Các thuốc mà quý vị không thường tự sử dụng và được tiêm hoặc truyền khi quý vị nhận dịch vụ của bác sĩ, bệnh viện ngoại trú, hoặc trung tâm giải phẫu ngoại trú. • Các thuốc mà quý vị dùng với thiết bị y tế lâu bền (như máy tạo khí dung) đã được chương trình cấp giấy cho phép • Yếu tố đông máu mà quý vị tự tiêm nếu quý vị bị mắc bệnh loãng máu • Các loại thuốc ức chế miễn dịch, nếu quý vị đã ghi danh vào chương trình Medicare Phần A tại thời điểm tiến hành cấy ghép bộ phận • Các loại thuốc loãng xương được tiêm. Các loại thuốc này sẽ được thanh toán nếu quý vị chỉ ở trong nhà, bị gãy xương và được bác sĩ chứng thực rằng liên quan tới chứng loãng xương sau mãn kinh, và quý vị không thể tự chích loại thuốc đó được • Kháng nguyên • Một số thuốc chống ung thư dạng uống và thuốc chống buồn nôn • Một số loại thuốc cho việc chạy thận tại nhà, bao gồm heparin, thuốc giải độc cho heparin (khi cần thiết về mặt y tế), thuốc gây tê tiếp xúc và các tác nhân kích thích tạo hồng cầu (chẳng hạn như Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, hoặc Darbepoetin Alfa) • Globulin miễn dịch tiêm tĩnh mạch dùng để điều trị tại nhà các bệnh về suy giảm miễn dịch tiên phát. Chương 5 giải thích về các quyền lợi thuốc theo toa ngoại trú. Phần này giải thích về các nguyên tắc quý vị phải tuân theo để được bảo hiểm thuốc theo toa của mình. Xem tiếp quyền lợi này ở trang kế tiếp.	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Thuốc theo toa Medicare Phần B (tiếp) Chương 6 giải thích quý vị sẽ phải trả như thế nào cho các thuốc theo toa ngoại trú qua chương trình của chúng tôi. <i>Nhà cung cấp của quý vị phải xin phép từ chương trình trước khi quý vị nhận một số thuốc tiêm hoặc truyền. Gọi chương trình để tìm hiểu loại thuốc nào áp dụng. Điều này đôi khi được gọi là sự cho phép trước.</i>	
Chương trình Dịch vụ Người Cao niên Đa Mục đích (MSSP) MSSP là chương trình quản lý trường hợp cung cấp các Dịch vụ Tại nhà và Cộng đồng (HCBS) cho cá nhân đủ tiêu chuẩn được hưởng Medi-Cal. Để hội đủ tiêu chuẩn được hưởng, quý vị phải từ 65 tuổi trở lên, sống trong khu vực cung cấp dịch vụ của một cơ sở, có thể được phục vụ trong phạm vi các giới hạn chi phí của MSSP, phù hợp với các dịch vụ quản lý trường hợp, hiện đang đủ tiêu chuẩn được hưởng Medi-Cal, và được chứng nhận hoặc có thể được chứng nhận để được đưa vào một cơ sở điều dưỡng. Các dịch vụ MSSP gồm có: • Chăm sóc Ban ngày cho Người lớn/Trung tâm Hỗ trợ • Hỗ trợ Dọn dẹp Nhà cửa • Hỗ trợ Việc vặt và Chăm sóc Cá nhân • Giám sát Bảo vệ • Quản lý Chăm sóc • Chăm sóc Nghỉ ngơi • Vận chuyển • Dịch vụ Bữa ăn • Dịch vụ Xã hội • Dịch vụ Liên lạc Quyền lợi này được bảo hiểm tối đa \$4,285 mỗi năm. <i>Các quy chế về chấp thuận có thể áp dụng.</i>	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Vận chuyển y tế không phải là cấp cứu Quyền lợi này cho phép được vận chuyển theo cách thức có hiệu quả nhất về mặt chi phí nhưng phải có thể tiếp cận được. Quyền lợi này có thể bao gồm: các dịch vụ vận chuyển y tế bằng phương tiện vận chuyển cấp cứu (ambulance), xe có cáng (litter van), hoặc xe có đường cho xe lăn lên xuống (wheelchair van), và kết hợp với phương tiện giao thông của cộng đồng. Các hình thức vận chuyển sẽ được cấp giấy phép khi: • Bệnh trạng và/hoặc tình trạng thể chất của quý vị không cho phép quý vị đi lại bằng xe buýt, xe khách, taxi, hoặc hình thức vận chuyển công cộng hoặc tư nhân khác, và • Việc vận chuyển là cần thiết cho mục đích nhận dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết. <i>Tùy theo dịch vụ, có thể cần phải xin cấp giấy phép trước.</i> Cách lên lịch vận chuyển Để lên lịch vận chuyển, vui lòng gọi 1-888-325-1024 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Quý vị phải điều phối việc vận chuyển của mình thông qua Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, và quý vị phải lên kế hoạch đi lại không dưới 24 giờ làm việc trước cuộc hẹn về y tế của mình. Mỗi hội viên được một người đi cùng. Quý vị phải thông báo cho Bộ phận Giao thông ít nhất 24 giờ làm việc trước cuộc hẹn nếu quý vị mang theo người đi cùng. Quý vị không được phép mang theo động vật trừ khi đó là động vật dẫn đường. Khi quý vị lên lịch hẹn gặp với Dịch vụ Vận chuyển Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, quý vị sẽ được đề nghị xác nhận rằng: • Việc đi lại theo lịch trình của quý vị cho phép quý vị có đủ thời gian di chuyển đến và từ điểm hẹn của quý vị trong giờ hoạt động thường lệ của phương tiện giao thông: 9 giờ sáng đến 4 giờ chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu (ngoại trừ ngày lễ). • Quý vị có thể nhìn thấy phương tiện giao thông từ tòa nhà. • Người đi cùng theo lịch trình của quý vị phải từ 17 tuổi trở lên. <i>Tùy theo dịch vụ, có thể cần phải xin cấp giấy phép trước.</i>	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Vận chuyển không phải là y tế Quyền lợi này cho phép được vận chuyển đến các dịch vụ y tế bằng xe khách, taxi, hoặc các hình thức vận chuyển công/tư khác nếu quý vị khẳng định không có các nguồn lực khác. Quyền lợi này không giới hạn quyền lợi vận chuyển y tế không phải là cấp cứu của quý vị. Quý vị sẽ có quyền sử dụng chuyển đi khứ hồi không giới hạn. <i>Tùy theo dịch vụ, có thể cần phải xin cấp giấy phép trước.</i> Các yêu cầu điều kiện Để nhận dịch vụ vận chuyển được bảo hiểm, quý vị phải có thể sử dụng các phương tiện tiêu chuẩn, chẳng hạn như xe buýt, xe chở khách cỡ nhỏ hoặc taxi và phải có thể đi cùng những hành khách khác. Cách lên lịch vận chuyển Để lên lịch vận chuyển, vui lòng gọi 1-888-325-1024 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Quý vị phải điều phối việc vận chuyển của mình thông qua Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, và quý vị phải lên kế hoạch đi lại không dưới 24 giờ làm việc trước cuộc hẹn về y tế của mình. Mỗi hội viên được một người đi cùng. Quý vị phải thông báo cho Bộ phận Giao thông ít nhất 24 giờ làm việc trước cuộc hẹn nếu quý vị mang theo người đi cùng. Quý vị không được phép mang theo động vật trừ khi đó là động vật dẫn đường. Khi quý vị lên lịch hẹn gặp với Dịch vụ Vận chuyển Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, quý vị sẽ được đề nghị xác nhận rằng: Xem tiếp quyền lợi này ở trang kế tiếp.	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Vận chuyển không phải là y tế (tiếp) - Việc đi lại theo lịch trình của quý vị cho phép quý vị có đủ thời gian di chuyển đến và từ điểm hẹn của quý vị trong giờ hoạt động thường lệ của phương tiện giao thông. 9 giờ sáng đến 4 giờ chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu (ngoại trừ ngày lễ). - Quý vị có thể nhìn thấy phương tiện giao thông từ tòa nhà. - Quý vị có thể đi ra từ tòa nhà và lên phương tiện giao thông mà không có sự trợ giúp. - Quý vị không có bất kỳ tình trạng y tế hạn chế nào khác mà có thể giới hạn khả năng sử dụng các phương tiện tiêu chuẩn của quý vị, chẳng hạn như xe buýt, xe chở khách cỡ nhỏ, taxi, hoặc đi cùng những người khác. - Người đi cùng theo lịch trình của quý vị phải từ 17 tuổi trở lên. Chính sách hủy Thông báo cho Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan về bất kỳ việc hủy nào 24 giờ làm việc trước chuyến đi theo lịch trình của mình. Nếu quý vị cần hủy cuộc hẹn Thứ Hai, vui lòng gọi vào Thứ Sáu. <i>Có thể yêu cầu giấy giới thiệu.</i>	



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng Cơ sở điều dưỡng (nursing facility - NF) là nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người không thể nhận được dịch vụ chăm sóc tại nhà nhưng không cần phải ở trong bệnh viện. Các dịch vụ chúng tôi chi trả gồm có, nhưng không chỉ, là các dịch vụ sau đây: • Một nửa phòng riêng (hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế) • Bữa ăn, kể cả bữa ăn đặc biệt • Dịch vụ điều dưỡng • Liệu pháp vật lý, liệu pháp chức năng và liệu pháp âm ngữ • Trị liệu đường hô hấp • Thuốc cung cấp cho quý vị theo kế hoạch chăm sóc của quý vị. (Những thuốc này gồm có những chất tự nhiên có sẵn trong cơ thể, như yếu tố đông máu). • Máu, bao gồm việc lưu trữ và truyền máu. • Vật dụng y tế và giải phẫu thường do cơ sở điều dưỡng cung cấp • Xét nghiệm thường do cơ sở điều dưỡng cung cấp • Chụp X-quang và các dịch vụ phóng xạ khác thường do cơ sở điều dưỡng cung cấp • Việc sử dụng các đồ dùng khác, như xe lăn thường do cơ sở điều dưỡng cung cấp • Các dịch vụ của bác sĩ/bác sĩ thực hành • Thiết bị y tế lâu bền • Các dịch vụ nha khoa, kể cả hàm răng giả • Các quyền lợi về nhãn khoa • Khám thính giác • Chăm sóc bằng phương pháp nắn xương khớp • Các dịch vụ điều trị bệnh chân Xem tiếp quyền lợi này ở trang kế tiếp.	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng (tiếp) Quý vị thường sẽ nhận dịch vụ chăm sóc tại các cơ sở trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc tại cơ sở không ở trong mạng lưới của chúng tôi. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc của các nơi sau đây nếu họ chấp nhận mức tiền thanh toán của chương trình chúng tôi - Nhà điều dưỡng hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc tiếp theo mà quý vị đã sống tại đó ngay trước khi tới bệnh viện (với điều kiện họ có cung cấp dịch vụ chăm sóc của cơ sở điều dưỡng). - Cơ sở điều dưỡng mà vợ/chồng quý vị đang sống tại đó vào lúc quý vị rời bệnh viện. <i>Có thể áp dụng các quy định về cho phép và/hoặc giới thiệu. Quý vị nên nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu.</i>	
 Tầm soát béo phì và liệu pháp giảm cân Nếu quý vị có chỉ số cơ thể (BMI) từ 30 trở lên, chúng tôi sẽ thanh toán cho dịch vụ tư vấn giúp quý vị giảm cân. Quý vị phải nhận dịch vụ tư vấn tại cơ sở chăm sóc chính. Bằng cách đó, người ta có thể kiểm soát được toàn bộ chương trình phòng ngừa của quý vị. Trao đổi với nhà cung cấp chăm sóc chính của quý vị để tìm hiểu thêm.	\$0



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Dịch vụ chương trình điều trị Opioid (Opioid Treatment Program) Chương trình sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau đây để điều trị rối loạn sử dụng opioid: - Thuốc được chấp thuận bởi Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược Phẩm (Food and Drug Administration, FDA) và, nếu có thể, quản lý và cung cấp cho quý vị các loại thuốc này - Tư vấn về lạm dụng dược chất - Liệu pháp cá nhân và nhóm - Xét nghiệm thuốc hoặc hóa chất trong cơ thể quý vị (xét nghiệm độc tính)	\$0
Xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú và các dịch vụ cũng như tiếp liệu chữa bệnh Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây, và dịch vụ cần thiết về mặt y tế khác không được nêu tại đây: - Chụp X-quang - Liệu pháp phóng xạ (radium và chất đồng vị), bao gồm vật liệu và trang thiết bị cho kỹ thuật viên - Các vật dụng giải phẫu, như băng bó - Băng nẹp, bó bột và các dụng cụ khác cho nứt xương và trật khớp - Xét nghiệm tại phòng xét nghiệm - Máu, bao gồm việc lưu trữ và truyền máu. - Các thủ thuật kiểm tra chẩn đoán ngoại trú khác <i>Có thể áp dụng các quy định về cho phép và/hoặc giới thiệu. Quý vị nên nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu.</i>	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Các dịch vụ bệnh viện ngoại trú Chúng tôi trả tiền cho các dịch vụ cần thiết về mặt y tế mà quý vị nhận tại phòng ngoại trú của bệnh viện để chẩn đoán hoặc điều trị cho một bệnh hoặc thương tích, như: • Các dịch vụ trong khoa cấp cứu hoặc phòng khám ngoại trú, chẳng hạn như các dịch vụ phẫu thuật ngoại trú hoặc theo dõi ○ Dịch vụ theo dõi giúp bác sĩ của quý vị biết nếu quý vị cần nhập viện với tư cách là bệnh nhân “nội trú.” ○ Đôi khi quý vị có thể ở trong bệnh viện qua đêm và vẫn là bệnh nhân “ngoại trú.” ○ Quý vị có thể nhận thêm thông tin về nội trú hoặc ngoại trú trong tờ thông tin này: https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf • Các xét nghiệm và chẩn đoán được bệnh viện ghi hóa đơn • Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, kể cả chăm sóc trong chương trình nhập viện bán trú, nếu bác sĩ chứng nhận rằng, không có dịch vụ này, thì cần phải điều trị nội trú. • Chụp X-quang và các dịch vụ phóng xạ khác theo hóa đơn của bệnh viện • Các vật tư y tế chẳng hạn như nẹp và khuôn • Các dịch vụ tầm soát để phòng ngừa và dịch vụ phòng ngừa được liệt kê trong toàn Bảng Quyền lợi. • Một số loại thuốc mà quý vị không thể tự cung cấp <i>Có thể áp dụng các quy định về cho phép và/hoặc giới thiệu. Quý vị nên nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu.</i>	\$0



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sức khỏe tâm thần được cung cấp bởi: • Bác sĩ chuyên khoa tâm thần hay bác sĩ được tiểu bang cấp phép • Chuyên viên tâm lý lâm sàng • Cán sự xã hội lâm sàng • Chuyên viên điều dưỡng lâm sàng • Chuyên viên điều dưỡng • Phụ tá bác sĩ • Bất kỳ nhân viên chăm sóc sức khỏe tâm thần nào khác đáp ứng được yêu cầu của Medicare được pháp luật hiện hành của tiểu bang cho phép Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây, và có thể cho các dịch vụ khác không được nêu tại đây: • Dịch vụ tại phòng khám chữa bệnh • Điều trị ban ngày • Dịch vụ phục hồi tâm lý xã hội • Chương trình nhập viện bán trú/ngoại trú chuyên sâu • Đánh giá và điều trị sức khỏe tâm thần theo cá nhân hoặc theo nhóm • Kiểm tra tâm lý khi có chỉ định lâm sàng để đánh giá kết quả sức khỏe tâm thần • Các dịch vụ ngoại trú nhằm mục đích theo dõi liệu pháp thuốc • Xét nghiệm ngoại trú, thuốc, vật dụng, và thuốc bổ • Tư vấn về tâm thần <i>Có thể áp dụng các quy định về cho phép và/hoặc giới thiệu. Quý vị nên nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu.</i>	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Các dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú Chúng tôi sẽ trả tiền cho dịch vụ vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, và ngữ âm trị liệu. Quý vị có thể nhận các dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú của phòng ngoại trú của bệnh viện, phòng khám của chuyên gia trị liệu độc lập, cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện (CORF), và các cơ sở khác. <i>Có thể áp dụng các quy định về cho phép và/hoặc giới thiệu. Quý vị nên nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu.</i>	\$0
Dịch vụ chăm sóc lạm dụng được chất ngoại trú Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây, và có thể cho các dịch vụ khác không được nêu tại đây: • Tầm soát và tư vấn về lạm dụng rượu • Điều trị lạm dụng được chất • Tư vấn theo nhóm hoặc theo cá nhân của chuyên viên y tế hội đủ điều kiện • Giải độc bán cấp trong chương trình cai nghiện tại nhà • Các dịch vụ lạm dụng rượu và/hoặc được chất tại trung tâm điều trị ngoại trú chuyên sâu • Điều trị bằng Naltrexone (vivitrol) phóng thích chậm <i>Có thể áp dụng các quy định về cho phép và/hoặc giới thiệu. Quý vị nên nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu.</i>	\$0
Dịch vụ phẫu thuật bệnh nhân ngoại trú Chúng tôi sẽ trả tiền cho ca giải phẫu ngoại trú và các dịch vụ tại cơ sở ngoại trú của bệnh viện và trung tâm giải phẫu ngoại trú. <i>Có thể áp dụng các quy định về cho phép và/hoặc giới thiệu. Quý vị nên nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu.</i>	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Các dịch vụ nhập viện bán trú Nhập viện một phần là một chương trình dành cho điều trị tâm thần chủ động. Dịch vụ này được cung cấp tại cơ sở ngoại trú của bệnh viện hoặc trung tâm sức khỏe tâm thần của cộng đồng. Dịch vụ này có mức độ chăm sóc tăng cường hơn so với tại phòng khám bác sĩ hoặc chuyên viên trị liệu của quý vị. Dịch vụ này có thể giúp quý vị không phải ở lại trong bệnh viện. Lưu ý: Vì không có trung tâm sức khỏe cộng đồng nào trong mạng lưới của chúng tôi, chúng tôi chỉ bảo hiểm cho dịch vụ nhập viện bán trú tại dịch vụ ngoại trú của bệnh viện. <i>Có thể áp dụng các quy định về cho phép và/hoặc giới thiệu. Quý vị nên nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu.</i>	\$0
Các dịch vụ khám bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm đến khám tại phòng khám bác sĩ Chúng tôi sẽ trả cho các dịch vụ sau đây: - Dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc dịch vụ giải phẫu cần thiết về mặt y tế được cung cấp tại những nơi như: - Văn phòng của bác sĩ - Trung tâm phẫu thuật ngoại trú được chứng nhận - Phòng ngoại trú của bệnh viện - Tham vấn, chẩn đoán và điều trị bởi một bác sĩ chuyên khoa - Các lần kiểm tra thính giác và cân bằng cơ bản do nhà cung cấp chăm sóc chính hoặc bác sĩ chuyên khoa cung cấp, nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu điều đó để xem quý vị có cần điều trị hay không Xem tiếp quyền lợi này ở trang kế tiếp.	\$0



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Các dịch vụ khám bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm đến khám tại phòng khám bác sĩ (tiếp) - Một số dịch vụ sức khỏe từ xa bổ sung, bao gồm cả những dịch vụ cho một số dịch vụ bác sĩ hoặc sức khỏe tâm thần có thể được tìm thấy trong phần của bảng quyền lợi này có tiêu đề Thăm khám Bác sĩ qua Video. Quý vị có tùy chọn nhận các dịch vụ này thông qua lần thăm trực tiếp hoặc qua telehealth. Nếu quý vị chọn nhận một trong những dịch vụ này bằng telehealth, quý vị phải sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới cung cấp dịch vụ qua telehealth - Một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa, bao gồm tham vấn, chẩn đoán và điều trị bởi một bác sĩ hoặc người có giấy phép hành nghề dành cho các bệnh nhân ở nông thôn hoặc các nơi khác đã được Medicare chấp thuận - Dịch vụ Telehealth cho các lần thăm khám liên quan đến bệnh thận giai đoạn cuối hàng tháng cho các hội viên chạy thận tại nhà trong một trung tâm lọc thận tại bệnh viện hoặc đến bệnh viện, trung tâm lọc thận hoặc nhà hội viên - Dịch vụ Telehealth để chẩn đoán, đánh giá hoặc điều trị các triệu chứng của đột quỵ - Đăng ký ảo (ví dụ: qua điện thoại hoặc trò chuyện video) với nhà cung cấp của quý vị trong 5-10 phút nếu: - Quý vị không phải là bệnh nhân mới và - Đăng ký không liên quan đến lần thăm khám tại phòng khám trong 7 ngày qua và - Đăng ký không dẫn đến lần thăm khám tại phòng khám trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn sớm nhất Xem tiếp quyền lợi này ở trang kế tiếp	



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Các dịch vụ khám bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm đến khám tại phòng khám bác sĩ (tiếp) - Đánh giá video và/hoặc hình ảnh quý vị đã gửi cho bác sĩ và giải thích và theo dõi bởi bác sĩ của quý vị trong vòng 24 giờ nếu: - Quý vị không phải là bệnh nhân mới và - Đánh giá không liên quan đến lần thăm khám tại phòng khám trong 7 ngày qua và - Đánh giá không dẫn đến lần thăm khám tại phòng khám trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn sớm nhất - Tham khảo ý kiến bác sĩ của quý vị với các bác sĩ khác qua điện thoại, Internet hoặc hồ sơ sức khỏe điện tử nếu quý vị không phải là bệnh nhân mới - Ý kiến thứ hai của một nhà cung cấp dịch vụ khác trong mạng lưới trước khi tiến hành thủ thuật y khoa - Chăm sóc nha khoa không định kỳ. Các dịch vụ được bảo hiểm chỉ bao gồm: - Phẫu thuật hàm hoặc cấu trúc liên quan - Chỉnh hình vết nứt cho xương hàm hoặc xương mặt - Nhổ răng trước khi xạ trị cho khối u ung thư - Các dịch vụ vẫn được bảo hiểm khi được một bác sĩ cung cấp <i>Có thể áp dụng các quy định về cho phép và/hoặc giới thiệu. Quý vị nên nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu.</i>	



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Các dịch vụ điều trị bệnh chân Chúng tôi sẽ trả cho các dịch vụ sau đây: • Chẩn đoán và điều trị y tế hay giải phẫu cho tổn thương hoặc các bệnh của chân (như ngón chân đầu búa hay cựa gót chân) • Chăm sóc chân thường lệ cho hội viên có bệnh ảnh hưởng đến chân, như tiểu đường chẳng hạn. • Chăm sóc chân định kỳ được bảo hiểm lên tới 12 lần thăm khám mỗi năm • Loại bỏ chai chân không được bảo hiểm <i>Có thể áp dụng các quy định về cho phép và/hoặc giới thiệu. Quý vị nên nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu.</i>	\$0
	Khám tầm soát ung thư tuyến tiền liệt Với phái nam từ 50 tuổi trở lên, chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau đây một lần trong mỗi 12 tháng: • Khám trực tràng bằng phương pháp kỹ thuật số • Xét nghiệm kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (prostate specific antigen, PSA)	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Bộ phận giả và các vật dụng liên quan Bộ phận giả thay thế cho toàn bộ hoặc một phần của một bộ phận hay chức năng của cơ thể. Chúng tôi trả tiền cho các bộ phận giả sau đây, và có thể chi trả cho các bộ phận khác không được nêu tại đây: • Túi hậu môn giả và vật dụng liên quan đến việc chăm sóc hậu môn giả • Dinh dưỡng qua đường ruột và đường tiêm, bao gồm bộ dụng cụ cung cấp thức ăn, bơm tiêm truyền, ống và bộ chuyển đổi, giải pháp và vật tư để tự tiêm • Máy tạo nhịp tim • Giường chống • Giày giả • Chân và tay giả • Các vật dụng vú giả (bao gồm nịt ngực y khoa sau khi cắt bỏ tuyến vú) • Chân giả thay thế toàn bộ một phần của bộ phận cơ thể bên ngoài đã bị cắt bỏ hoặc suy yếu do bệnh, chấn thương hoặc khuyết tật bẩm sinh • Kem và tã lót cho đại tiểu tiện không kiểm soát Chúng tôi cũng sẽ thanh toán cho một số vật dụng nào đó liên quan đến các bộ phận giả. Chúng tôi cũng sẽ trả cho việc sửa chữa hoặc thay thế bộ phận giả. Chúng tôi cũng cung cấp một số bảo hiểm nào đó sau phẫu thuật lấy thủy tinh thể đục hoặc phẫu thuật đục thủy tinh thể. Xem “Chăm sóc Nhãn khoa” sau đây trong mục này để biết chi tiết. Chúng tôi sẽ không thanh toán cho các bộ phận nha khoa giả. <i>Có thể áp dụng các quy định về cho phép và/hoặc giới thiệu. Quý vị nên nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu.</i>	\$0



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Các dịch vụ phục hồi chức năng phổi Chúng tôi sẽ thanh toán cho các chương trình phục hồi chức năng phổi cho hội viên bị bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD) từ trung bình đến rất nặng. Quý vị phải có giấy giới thiệu đi phục hồi chức năng phổi của bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ điều trị bệnh COPD. Chúng tôi sẽ trả cho các dịch vụ hô hấp cho bệnh nhân phải thở máy. <i>Có thể áp dụng các quy định về cho phép và/hoặc giới thiệu. Quý vị nên nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu.</i>	\$0
 Khám sàng lọc và tư vấn bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (STI) Chúng tôi sẽ thanh toán cho việc tầm soát bệnh chlamydia, lậu (gonorrhea), giang mai (syphilis), và viêm gan B. Các dịch vụ tầm soát này được bảo hiểm cho phụ nữ có thai và cho một số người nào đó có nguy cơ bị STI cao. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính phải yêu cầu các xét nghiệm này. Chúng tôi bảo hiểm cho các xét nghiệm này một lần trong mỗi 12 tháng hoặc vào những lúc nào đó trong thai kỳ. Chúng tôi cũng sẽ thanh toán cho tối đa hai buổi tư vấn trực tiếp về hành vi có tính chuyên sâu cao mỗi năm cho người lớn có sinh hoạt tình dục có nguy cơ bị STI cao. Mỗi buổi có thể kéo dài 20 đến 30 phút. Chúng tôi sẽ trả cho các buổi tư vấn này theo dạng phòng ngừa chỉ khi các dịch vụ này được cung cấp bởi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính. Các buổi tư vấn này phải được thực hiện tại văn phòng bác sĩ chăm sóc chính.	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Chăm sóc tại Cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây, và có thể cho các dịch vụ khác không được nêu tại đây: • Một nửa phòng riêng hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế • Bữa ăn, kể cả bữa ăn đặc biệt • Dịch vụ điều dưỡng • Liệu pháp vật lý, liệu pháp chức năng và liệu pháp âm ngữ • Thuốc quý vị nhận theo kế hoạch chăm sóc, kể cả những chất có sẵn tự nhiên trong cơ thể, như yếu tố đông máu. • Máu, bao gồm việc lưu trữ và truyền máu. • Vật dụng y tế và giải phẫu do cơ sở điều dưỡng cung cấp • Xét nghiệm do cơ sở điều dưỡng cung cấp • Chụp X-quang và các dịch vụ phóng xạ khác do cơ sở điều dưỡng cung cấp • Các đồ dùng khác, như xe lăn thường do cơ sở điều dưỡng cung cấp • Các dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp Quý vị thường sẽ nhận dịch vụ chăm sóc tại các cơ sở trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc tại cơ sở không ở trong mạng lưới của chúng tôi. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc của các nơi sau đây nếu họ chấp nhận mức tiền thanh toán của chương trình chúng tôi • Nhà điều dưỡng hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc tiếp theo mà quý vị đã sống tại đó trước khi tới bệnh viện (với điều kiện họ có cung cấp dịch vụ chăm sóc của cơ sở điều dưỡng). • Một cơ sở điều dưỡng nơi vợ/chồng quý vị đang sống tại thời điểm quý vị rời khỏi bệnh viện. <i>Có thể áp dụng các quy định về cho phép và/hoặc giới thiệu. Quý vị nên nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu.</i>	\$0



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Liệu pháp Tập thể dục được Giám sát (SET) Chương trình sẽ thanh toán SET cho các hội viên mắc bệnh động mạch ngoại vi có triệu chứng (PAD), người có giới thiệu PAD từ bác sĩ chịu trách nhiệm điều trị PAD. Chương trình sẽ trả cho: • Lên đến 36 phiên trong khoảng thời gian 12 tuần nếu tất cả các yêu cầu SET được đáp ứng • Thêm 36 phiên theo thời gian nếu được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe coi là cần thiết về mặt y tế Chương trình SET phải là: • Các phiên 30 đến 60 phút của một chương trình rèn luyện tập thể dục trị liệu cho PAD ở các hội viên bị chuột rút chân do lưu lượng máu kém (tình trạng khập khiễng) • Ở bệnh viện ngoại trú hoặc tại phòng khám bác sĩ • Thực hiện bởi nhân viên đủ trình độ đảm bảo lợi ích nhiều hơn nguy hại và được đào tạo về liệu pháp tập thể dục cho PAD • Dưới sự giám sát trực tiếp của bác sĩ, trợ lý bác sĩ, hoặc chuyên viên điều dưỡng/chuyên viên điều dưỡng lâm sàng được đào tạo về cả kỹ thuật hỗ trợ cuộc sống cơ bản và nâng cao	\$0



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Chăm sóc khẩn cấp Chăm sóc khẩn cấp là dịch vụ chăm sóc được cung cấp để điều trị: • Một trường hợp không phải là chăm sóc y tế cấp cứu nhưng cần phải điều trị ngay, hoặc • Một bệnh đột ngột, hoặc • Một tổn thương, hoặc • Một tình trạng cần phải được chăm sóc ngay. Nếu quý vị cần chăm sóc khẩn cấp, quý vị phải cố nhận dịch vụ này từ một nhà cung cấp trong mạng lưới trước. Tuy nhiên, quý vị cũng có thể sử dụng nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới khi quý vị không thể đến nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới được. Các dịch vụ chăm sóc cấp cứu và khẩn cấp trên toàn quốc được bảo hiểm lên tới giới hạn \$10,000 kết hợp mỗi năm theo lịch. Liên lạc với chương trình để biết thêm chi tiết.	\$0
Thăm khám Bác sĩ qua Video LiveHealth® Online cho phép quý vị thăm khám các bác sĩ được hội đồng chứng nhận và các nhà trị liệu/tâm lý học được cấp phép thông qua video trực tiếp, hai chiều trên điện thoại thông minh, máy tính bảng hoặc máy tính của quý vị. Rất dễ dàng bắt đầu sử dụng! Quý vị có thể đăng ký tại livehealthonline.com hoặc tải xuống ứng dụng di động trực tuyến miễn phí và đăng ký. Đảm bảo rằng quý vị đã có thẻ bảo hiểm sức khỏe của mình – quý vị sẽ cần nó để trả lời một số câu hỏi. Đăng ký miễn phí: Quý vị phải nhập thông tin bảo hiểm sức khỏe của quý vị trong quá trình ghi danh, vì vậy chuẩn bị thẻ ID Hội viên khi quý vị đăng ký. Quyền lợi thăm khám bác sĩ qua video: • Làn thăm khám giống như gặp trực tiếp bác sĩ của quý vị, nhưng chỉ bằng máy ảnh trên web. Xem tiếp quyền lợi này ở trang kế tiếp.	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Thăm khám Bác sĩ qua Video (tiếp) - Nó có một lựa chọn tuyệt vời cho việc chăm sóc y tế khi bác sĩ của quý vị không thể thăm khám cho quý vị. Bác sĩ được hội đồng chứng nhận có thể trợ giúp 24/7 cho hầu hết các loại chăm sóc và tình trạng thường gặp như cúm, cảm lạnh, đau mắt đỏ và hơn thế nữa. - Bác sĩ có thể gửi đơn thuốc đến nhà thuốc quý vị chọn, nếu cần.¹ - Nếu quý vị cảm thấy căng thẳng, lo lắng hoặc gặp khó khăn, quý vị có thể hẹn gặp một nhà trị liệu hoặc nhà tâm lý học được cấp phép từ nhà hoặc trên đường. Trong hầu hết các trường hợp, quý vị có thể đặt một cuộc hẹn và gặp bác sĩ trị liệu hoặc nhà tâm lý học trong bốn ngày hoặc ít hơn.² Thăm khám bác sĩ qua video nhằm để bổ sung cho thăm khám trực tiếp với bác sĩ được hội đồng chứng nhận và khả dụng cho hầu hết mọi loại hình chăm sóc. LiveHealth Online là tên thương hiệu của Health Management Corporation, một công ty riêng, cung cấp dịch vụ sức khỏe qua điện thoại thay mặt chương trình này. 1. Đơn thuốc được quy định dựa trên khuyến nghị của bác sĩ và quy định của tiểu bang (quy tắc). LiveHealth Online có sẵn ở hầu hết các tiểu bang và dự kiến sẽ phát triển hơn nữa trong tương lai gần. Vui lòng xem bản đồ tại livehealthonline.com để biết thêm chi tiết về khu vực dịch vụ. 2. Các cuộc hẹn dựa trên sự sẵn có của nhà trị liệu/tâm lý học. Các nhà tâm lý học hoặc trị liệu qua video không thể kê đơn thuốc.	



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
 Chăm sóc nhãn khoa Chúng tôi sẽ trả cho các dịch vụ sau đây: • Một cuộc khám mắt thường lệ mỗi năm; và • Tối đa \$100 cho kính mắt (gọng và mắt kính) hoặc tối đa \$100 cho kính áp tròng mỗi hai năm. Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ của bác sĩ ngoại trú về chẩn đoán và điều trị các bệnh và tổn thương của mắt. Ví dụ, các dịch vụ này bao gồm cả việc khám mắt hàng năm cho những người bị bệnh màng lưới vì tiểu đường và điều trị thoái hóa hoàng điểm ở người cao niên. Với người có nguy cơ cao bị cao nhãn áp, chúng tôi sẽ thanh toán cho một lần tầm soát cao nhãn áp mỗi năm. Người có nguy cơ cao bị cao nhãn áp gồm có: • Người có tiền sử gia đình bị cao nhãn áp • Người bị tiểu đường • Người Mỹ gốc Phi từ 50 tuổi trở lên • Người Hoa Kỳ gốc Tây Ban Nha từ 65 tuổi trở lên Chúng tôi sẽ thanh toán cho một cặp kính mắt hoặc kính áp tròng sau mỗi cuộc phẫu thuật đục thủy tinh thể khi bác sĩ gắn kính nội nhãn. (Nếu quý vị trải qua hai cuộc phẫu thuật đục thủy tinh thể riêng biệt, quý vị phải nhận một cặp kính mắt sau mỗi cuộc phẫu thuật đó. Quý vị không được nhận hai cặp kính mắt sau cuộc giải phẫu thứ hai, ngay cả khi quý vị không nhận cặp kính mắt sau cuộc giải phẫu lần thứ nhất.) <i>Dịch vụ được bảo hiểm Medicare yêu cầu sự cho phép trước và giới thiệu.</i>	\$0



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
 Thăm khám Phòng bệnh “Chào mừng đến với Medicare” Chúng tôi bảo hiểm cho một lần khám phòng bệnh “Chào mừng đến với Medicare”. Chuyến thăm khám này bao gồm: • Kiểm tra lại sức khỏe của quý vị, • Giáo dục và tư vấn về các dịch vụ phòng bệnh mà quý vị cần (kể cả tầm soát và chích ngừa), và • Giới thiệu đến nơi chăm sóc khác nếu quý vị cần. Lưu ý: Chúng tôi bảo hiểm cho cuộc thăm khám phòng bệnh “Chào mừng đến với Medicare” chỉ trong thời gian 12 tháng đầu tiên quý vị có Medicare Phần B. Khi quý vị hẹn thăm khám, hãy nói với văn phòng của bác sĩ quý vị rằng quý vị muốn lên lịch cho cuộc thăm khám “Chào mừng đến với Medicare” của quý vị.	\$0



E. Quyền lợi được bảo hiểm bên ngoài Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

Những dịch vụ sau đây không được Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan bảo hiểm nhưng được cung cấp qua Medicare hoặc Medi-Cal.

E1. Chương trình Chuyển về Cộng đồng California (CCT)

Chương trình chuyển về cộng đồng của California (California Community Transitions - CCT) sử dụng các tổ chức đứng đầu ở địa phương để giúp cho người có bảo hiểm của chương trình Medi-Cal đủ tiêu chuẩn, đã sống tại một cơ sở nội trú được ít nhất 90 ngày, chuyển về và tiếp tục sống an toàn tại môi trường cộng đồng. Chương trình CCT tài trợ cho các dịch vụ quay trở về trong thời gian chuyển tiếp và trong 365 ngày sau đó để giúp những người thụ hưởng trở về sống trong cộng đồng.

Quý vị có thể nhận dịch vụ điều phối trước khi chuyển về nhà của bất kỳ Tổ chức Điều hành nào thuộc CCT phục vụ trong quận quý vị ở. Quý vị có thể tìm đọc danh sách các Tổ chức Điều hành CCT và những quận mà họ phục vụ trên trang mạng của Bộ Y Tế (Department of Health Care Services) tại: <http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.aspx>.

Với các dịch vụ điều phối việc chuyển về theo CCT:

Medi-Cal sẽ trả tiền cho các dịch vụ điều phối trước khi quý vị chuyển về nhà. Quý vị không phải trả đồng nào cho các dịch vụ này.

Với các dịch vụ không liên quan đến việc chuyển về theo CCT:

Nhà cung cấp dịch vụ sẽ gửi hóa đơn cho Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan về các dịch vụ của quý vị. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sẽ thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp sau khi quý vị chuyển. Quý vị không phải trả đồng nào cho các dịch vụ này.

Trong thời gian quý vị nhận các dịch vụ điều phối việc chuyển về theo CCT, Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sẽ thanh toán cho các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền lợi tại Mục D của chương này.

Không có thay đổi nào trong quyền lợi bảo hiểm thuốc của Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan:

Thuốc không được chương trình CCT bảo hiểm. Quý vị sẽ tiếp tục nhận quyền lợi thuốc thông thường của mình qua Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Chương 5.

Lưu ý: Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc chuyển tiếp không phải CCT, quý vị nên gọi cho người quản lý hồ sơ theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối để bố trí các dịch vụ. Dịch vụ chăm sóc không thuộc CCT là dịch vụ chăm sóc không liên quan đến việc chuyển về từ một cơ sở của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



E2. Medi-Cal Chương trình Nha khoa

Một số dịch vụ nha khoa nhất định được cung cấp qua Chương trình Nha khoa Medi-Cal (Denti-Cal), ví dụ, dịch vụ như:

- Khám ban đầu, X-quang, làm sạch và điều trị bằng fluoride
- Phục hình và mào răng
- Điều trị ống tủy chân răng
- Hàm răng giả, điều chỉnh, sửa chữa, và đệm đế

Quyền lợi nha khoa có trong chương trình Denti-Cal trả phí theo dịch vụ. Để tìm hiểu thêm, hoặc nếu quý vị cần trợ giúp tìm nha sĩ chấp nhận Denti-Cal, xin liên lạc với đường dây Phục vụ Khách hàng Thụ hưởng Denti-Cal số 1-800-322-6384 (người dùng TTY xin gọi 1-800-735-2922). Cuộc gọi được miễn phí. Nhân viên đại diện của chương trình Denti-Cal có mặt để trợ giúp quý vị từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Quý vị cũng có thể xem trên trang mạng của Denti-Cal tại <https://www.denti-cal.ca.gov/> để biết thêm thông tin.

Ngoài các dịch vụ trả tiền của Denti-Cal, quý vị còn có thể có được các quyền lợi nha khoa qua một chương trình chăm sóc nha khoa có quản lý. Các chương trình chăm sóc nha khoa có quản lý được cung cấp tại Quận Los Angeles. Nếu quý vị muốn tìm hiểu thêm về các chương trình nha khoa, cần trợ giúp xác định chương trình nha khoa cho quý vị, hoặc muốn thay đổi chương trình nha khoa, xin liên lạc với Health Care Options theo số 1-800-430-4263 (người dùng TTY xin gọi 1-800-430-7077), Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8:00 sáng đến 6:00 chiều. Cuộc gọi được miễn phí.

E3. Chăm sóc giai đoạn cuối đời

Quý vị có thể nhận dịch vụ từ bất cứ chương trình chăm sóc cuối đời nào do Medicare chứng nhận. Quý vị có quyền lựa chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời nếu giám đốc y tế về chăm sóc cuối đời xác định quý vị mắc bệnh giai đoạn cuối. Điều đó có nghĩa là quý vị đang bị bệnh cuối đời và dự kiến sẽ không sống được quá sáu tháng. Bác sĩ chăm sóc cuối đời của quý vị có thể là một nhà cung cấp dịch vụ trong hoặc ngoài mạng lưới.

Xem Bảng Quyền lợi trong Mục D của chương này để biết thêm thông tin về những gì Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sẽ thanh toán trong khi quý vị nhận các dịch vụ chăm sóc cuối đời.

Đối với các dịch vụ chăm sóc cuối đời và các dịch vụ được bảo hiểm bởi Medicare Phần A hoặc B có liên quan tiền việc quý vị mắc bệnh giai đoạn cuối:

- Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời sẽ gửi hóa đơn cho Medicare về các dịch vụ của quý vị. Medicare sẽ thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời liên quan đến tiền lương tử vong của quý vị. Quý vị không phải trả đồng nào cho các dịch vụ này.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Đối với các dịch vụ được bảo hiểm bởi Medicare Phần A hoặc B không liên quan đến việc quý vị mắc bệnh giai đoạn cuối (ngoại trừ dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn thiết):

- Nhà cung cấp dịch vụ sẽ gửi hóa đơn cho Medicare về các dịch vụ của quý vị. Medicare sẽ trả tiền cho các dịch vụ được bảo hiểm theo Medicare Phần A hoặc B. Quý vị không phải trả tiền cho các dịch vụ này.

Đối với thuốc mà có thể được quyền lợi Medicare Phần D của Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan bảo hiểm:

- Thuốc sẽ không bao giờ được cả cơ sở chăm sóc giai đoạn cuối đời và chương trình bảo hiểm đồng thời. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Chương 5.

Lưu ý: Nếu quý vị cần tới dịch vụ không phải dịch vụ chăm sóc cuối đời, quý vị nên gọi cho người quản lý hồ sơ theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối để bố trí các dịch vụ. Chăm sóc không phải cuối đời là chăm sóc không liên quan đến căn bệnh giai đoạn cuối của quý vị.

E4. Dịch vụ Hỗ trợ Tại nhà (IHSS)

IHSS là chương trình cho phép quý vị được chọn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc tại nhà nếu quý vị không thể sống một cách an toàn tại nhà của quý vị mà không được trợ giúp. Các dịch vụ IHSS có thể gồm có nhưng không chỉ giới hạn đến: dọn dẹp nhà, chuẩn bị bữa ăn, đi chợ, chăm sóc cá nhân, đưa đi khám bệnh, cùng các dịch vụ khác. Để được hưởng IHSS, quý vị phải trên 65 tuổi, bị mù, hoặc khuyết tật. Trong hầu hết các trường hợp, thu nhập của quý vị phải dưới mức Trợ cấp An sinh Bổ sung (Supplemental Security Income)/Chương trình Trợ cấp Bổ sung của Tiểu bang (State Supplementary Program) hoặc đáp ứng các điều kiện về thu nhập của Medi-Cal.

Để biết thêm thông tin về IHSS, gọi 1-408-792-1600 từ Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.

F. Các quyền lợi không được bảo hiểm bởi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, Medicare, hoặc Medi-Cal

Mục này sẽ cho quý vị biết những loại quyền lợi nào được chương trình loại trừ. Loại trừ có nghĩa là chúng tôi không thanh toán cho các quyền lợi đó. Medicare và Medi-Cal sẽ không thanh toán cho các mục đó.

Danh sách sau đây sẽ cho biết một số các dịch vụ và khoản mục không được chúng tôi bảo hiểm với bất cứ điều kiện nào và một số dịch vụ chỉ được chúng tôi loại trừ trong một số trường hợp mà thôi.

Chúng tôi sẽ không trả tiền cho những quyền lợi y tế không được bảo hiểm có liệt kê trong mục này (hoặc bất cứ nơi nào khác trong *Sổ tay Hội viên này*), trừ những trường hợp cụ thể đã liệt kê. Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi phải thanh toán cho một dịch vụ mà không được bảo hiểm, quý vị có quyền nộp đơn kháng cáo. Để biết thông tin về việc gửi kháng cáo, xem Chương 9.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Ngoài bất kỳ trường hợp loại trừ hoặc hạn chế nào nêu trong Bảng Quyền lợi, các khoản mục và dịch vụ sau đây cũng không được chương trình chúng tôi bảo hiểm:

- Các dịch vụ được coi là không hợp lý và cần thiết, theo các tiêu chuẩn của Medicare và Medi-Cal, trừ khi những dịch vụ này được chương trình của chúng tôi liệt kê là dịch vụ được bảo hiểm.
- Việc điều trị y tế và phẫu thuật thử nghiệm, các khoản mục, và thuốc men, trừ khi được Medicare bảo hiểm hoặc trong một cuộc nghiên cứu được Medicare chấp thuận hay được chương trình của chúng tôi bảo hiểm. Xem Chương 3 trang 56, để tìm hiểu thêm về nghiên cứu lâm sàng. Điều trị và các vật dụng mang tính thử nghiệm là những thứ thông thường chưa được cộng đồng y khoa chấp nhận.
- Việc điều trị phẫu thuật cho bệnh béo phì, trừ khi nó cần thiết về mặt y tế và được Medicare thanh toán.
- Phòng riêng trong bệnh viện, trừ khi là cần thiết về mặt y tế.
- Y tá phụ trách riêng.
- Các đồ dùng cá nhân trong phòng tại bệnh viện của quý vị hay cơ sở điều dưỡng, như điện thoại hoặc tivi.
- Chăm sóc điều dưỡng toàn thời gian tại nhà quý vị.
- Các phí phải trả cho người có họ hàng trực tiếp hoặc người trong nhà của quý vị.
- Các thủ thuật hoặc dịch vụ tăng cường không bắt buộc hoặc tự nguyện (bao gồm giảm cân, nuôi tóc, hoạt động tình dục, hoạt động thể thao, các mục đích về mỹ phẩm, chống lão hóa, và hoạt động tinh thần), trừ khi cần thiết về mặt y tế.
- Phẫu thuật thẩm mỹ hoặc công việc thẩm mỹ khác, trừ khi là cần thiết vì là tổn thương do tai nạn hoặc để tái tạo cho một bộ phận cơ thể bị biến dạng. Tuy nhiên, chúng tôi sẽ không trả tiền cho việc tái tạo vú sau khi cắt bỏ vú hoặc điều trị vú kia cho cân đối với nó.
- Chăm sóc bằng phương pháp nắn xương khớp, ngoài việc nắn cột sống bằng tay theo hướng dẫn bảo hiểm.
- Chăm sóc chân thường lệ, trừ những loại được mô tả trong các dịch vụ về bệnh chân trong Bảng Quyền lợi tại Mục D.
- Giày chỉnh hình, trừ khi giày là một bộ phận của nẹp chân và được bao gồm trong chi phí của nẹp, hoặc giày là để dùng cho người bị bệnh chân do bệnh tiểu đường.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- Các dụng cụ hỗ trợ cho chân, trừ giày chỉnh hình hoặc giày điều trị cho người bị bệnh chân do tiểu đường.
- Thủ thuật rạch giác mạc hình nan hoa, phẫu thuật LASIK và các dụng cụ hỗ trợ thị lực kém.
- Hủy bỏ thủ thuật khử trùng và nguồn tiếp liệu tránh thai không theo toa.
- Các dịch vụ liệu pháp thiên nhiên (sử dụng việc điều trị tự nhiên hoặc thay thế).
- Các dịch vụ dành cho cựu chiến binh ở các cơ sở của Hội Cựu Chiến Binh (Veterans Affairs, VA). Tuy nhiên, khi một cựu quân nhân nhận dịch vụ cấp cứu tại một bệnh viện của VA và phần phụ trả chi phí cao hơn phần phụ trả chi phí trong chương trình chúng tôi, chúng tôi sẽ trả lại cho cựu quân nhân này khoản chênh lệch. Quý vị vẫn phải chịu trách nhiệm trả các khoản chi phí của quý vị.
- Các dịch vụ sức khỏe hành vi cho những tình trạng mà tài liệu Cẩm nang Chẩn đoán và Thống kê Rối loạn Tâm thần Ấn bản Bốn xác định là các vấn đề về quan hệ, ví dụ như tham vấn các cặp vợ chồng và tư vấn gia đình cho các vấn đề về quan hệ.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.

Chương 5: Nhận thuốc theo toa cho bệnh nhân ngoại trú thông qua chương trình

Giới thiệu

Chương này giải thích các quy định để có thể nhận được thuốc theo toa cho bệnh nhân ngoại trú. Đây là các thuốc mà nhà cung cấp dịch vụ của quý vị yêu cầu cung cấp cho quý vị mà quý vị mua từ nhà thuốc hoặc đặt mua qua bưu điện. Các thuốc đó cũng bao gồm những thuốc được Medicare Phần D và Medi-Cal bảo hiểm. Chương 6 sẽ cho quý vị biết quý vị phải trả như thế nào cho các loại thuốc này. Các thuật ngữ chính và định nghĩa theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ tay Hội viên*.

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan cũng bảo hiểm cho các thuốc sau đây, dù chúng sẽ không được đề cập trong chương này:

- Các thuốc được bảo hiểm theo Medicare Phần A. Các thuốc này bao gồm cả một số thuốc được cho quý vị dùng khi quý vị nằm viện hoặc ở trong cơ sở điều dưỡng.
- Các thuốc được bảo hiểm theo Medicare Phần B. Các thuốc này bao gồm cả một số thuốc hóa trị, một số thuốc tiêm mà quý vị được cho dùng khi thăm khám tại văn phòng của bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác, và thuốc quý vị được cho dùng tại bệnh viện chạy thận nhân tạo. Để tìm hiểu thêm về việc thuốc Medicare Phần B nào được bảo hiểm, xin xem Bảng Quyền lợi tại Chương 4.

Quy định về việc bảo hiểm cho thuốc ngoại trú của chương trình

Chúng tôi thường sẽ bảo hiểm cho các thuốc của quý vị với điều kiện là quý vị phải tuân thủ các quy định trong mục này.

1. Quý vị phải nhờ một bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác viết toa thuốc của quý vị. Người này thường là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) của quý vị. Đó cũng có thể là một nhà cung cấp khác nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị đã giới thiệu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc đó.
2. Nhìn chung, quý vị phải sử dụng một nhà thuốc trong mạng lưới để mua thuốc theo toa.
3. Thuốc mà quý vị được kê toa phải nằm trong *Danh sách Thuốc được Bảo hiểm* của chương trình. Chúng tôi gọi tắt là “Danh sách Thuốc”.
 - Nếu thuốc đó không nằm trong Danh sách Thuốc, chúng tôi có thể sẽ bảo hiểm nó bằng cách cho quý vị hưởng ngoại lệ.
 - Xem Chương 9 để tìm hiểu về việc xin hưởng ngoại lệ.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



4. Thuốc của quý vị phải được dùng cho các chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. Điều này có nghĩa là việc sử dụng thuốc phải được phê duyệt bởi Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (Food and Drug Administration) hoặc được hỗ trợ bởi các tài liệu tham khảo y tế nhất định. *Chỉ định được chấp nhận về mặt y tế* là chẩn đoán hoặc tình trạng mà một loại thuốc được kê toa, chứ không phải liều được quy định cho chỉ định đó. Thuốc phải được sử dụng theo chỉ định được chấp nhận về mặt y tế hỗ trợ chẩn đoán hoặc điều trị bệnh tật hoặc thương tích, hoặc để cải thiện chức năng của cơ thể (ngoại trừ vắc-xin Phần D, có thể được sử dụng để phòng ngừa tình trạng).

Mục lục

A. Mua thuốc theo toa của quý vị.....	119
A1. Mua thuốc toa của quý vị tại nhà thuốc trong mạng lưới.....	119
A2. Sử dụng Thẻ ID Hội viên khi quý vị mua thuốc toa	119
A3. Nếu quý vị muốn chuyển sang dùng một nhà thuốc khác trong mạng lưới thì phải làm gì?	119
A4. Cần phải làm gì nếu nhà thuốc của quý vị rời khỏi mạng lưới.....	119
A5. Sử dụng nhà thuốc chuyên khoa	120
A6. Sử dụng dịch vụ đặt mua qua bưu điện để mua thuốc được không.....	120
A7. Mua một lượng cấp của thuốc để sử dụng lâu dài.....	122
A8. Sử dụng nhà thuốc không nằm trong mạng lưới của chương trình.....	123
A9. Thanh toán lại cho quý vị khi quý vị đã trả tiền để mua một đơn thuốc	123
B. Danh sách Thuốc của chương trình	123
B1. Thuốc trong Danh sách Thuốc.....	124
B2. Làm sao để tìm một loại thuốc ở trong Danh sách Thuốc	124
B3. Thuốc đó có thể không nằm trong Danh mục Thuốc.....	124
B4. Bậc chia sẻ chi phí trong Danh sách Thuốc.....	125
C. Giới hạn về một số thuốc	125
D. Lý do thuốc của quý vị có thể sẽ không được bảo hiểm	127
D1. Nhận một lượng tạm thời.....	127



E. Thay đổi về bảo hiểm cho thuốc của quý vị.....	129
F. Bảo hiểm thuốc trong những trường hợp đặc biệt.....	131
F1. Nếu quý vị đang nằm viện hoặc ở trong cơ sở điều dưỡng chuyên môn được chương trình của chúng tôi bảo hiểm.....	131
F2. Nếu quý vị đang ở tại một cơ sở chăm sóc dài hạn	132
F3. Nếu quý vị đang tham gia chương trình chăm sóc giai đoạn cuối đời được Medicare chứng nhận.....	132
G. Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc.....	132
G1. Các chương trình giúp hội viên sử dụng thuốc an toàn	132
G2. Các chương trình giúp hội viên quản lý thuốc của mình	133
G3. Chương trình quản lý thuốc để giúp các hội viên sử dụng thuốc opioid an toàn	134



A. Mua thuốc theo toa của quý vị

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

Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi sẽ **chỉ** thanh toán cho thuốc theo toa nếu chúng được mua tại bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi. Nhà thuốc trong mạng lưới là hiệu thuốc đã đồng ý cung cấp thuốc theo toa cho hội viên chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể mua tại bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi.

Để tìm nhà thuốc trong mạng lưới, quý vị có thể xem *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc*, vào trang mạng của chúng tôi, hoặc liên hệ với Ban Dịch vụ Hội viên.

A2. Sử dụng Thẻ ID Hội viên khi quý vị mua thuốc toa

Để mua thuốc, quý vị phải **xuất trình thẻ hội viên của quý vị** cho nhà thuốc trong mạng của quý vị xem. Nhà thuốc trong mạng lưới này sẽ gửi hóa đơn cho chúng tôi phần chi phí mà chúng tôi phải chịu trong chi phí thuốc theo toa được bảo hiểm của quý vị. Quý vị có thể phải trả cho nhà thuốc tiền đồng trả khi quý vị nhận thuốc theo toa của quý vị.

Nếu quý vị không mang theo thẻ hội viên khi mua thuốc, hãy nhờ nhà thuốc đó gọi điện cho chúng tôi để được biết các thông tin cần thiết.

Nếu nhà thuốc đó không tìm được thông tin cần thiết, quý vị có thể sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí của thuốc toa đó khi quý vị mua. Sau đó quý vị có thể xin chúng tôi thanh toán lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí mà chúng tôi phải chịu. Nếu quý vị không thể thanh toán được cho thuốc đó, vui lòng liên hệ với Ban Dịch vụ Hội viên ngay. Chúng tôi sẽ cố gắng hết sức để giúp cho quý vị.

- Để tìm hiểu về cách yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho quý vị, xem Chương 7.
- Nếu cần trợ giúp trong việc mua thuốc theo toa, quý vị có thể liên hệ với Ban Dịch vụ Hội viên.

A3. Nếu quý vị muốn chuyển sang dùng một nhà thuốc khác trong mạng lưới thì phải làm gì?

Nếu quý vị đổi hiệu thuốc và cần lấy tiếp thuốc kê toa, quý vị có thể yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ kê toa thuốc mới hoặc yêu cầu hiệu thuốc của quý vị chuyển toa thuốc đó đến hiệu thuốc mới nếu nó vẫn còn thuốc.

Nếu cần trợ giúp trong việc chuyển nhà thuốc trong mạng lưới của quý vị, quý vị có thể liên hệ với Ban Dịch vụ Hội viên.

A4. Cần phải làm gì nếu nhà thuốc của quý vị rời khỏi mạng lưới

Nếu hiệu thuốc quý vị đang sử dụng rời khỏi mạng lưới của chương trình, quý vị sẽ phải tìm một hiệu thuốc mới trong mạng lưới.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Để tìm một nhà thuốc mới trong mạng lưới, quý vị có thể xem trong *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc*, vào trang mạng của chúng tôi, hoặc liên lạc với Ban Dịch vụ Hội viên.

A5. Sử dụng nhà thuốc chuyên khoa

Đôi lúc các thuốc kê toa phải được lấy tại một nhà thuốc đặc hiệu. Nhà thuốc chuyên khoa bao gồm:

- Nhà thuốc cung cấp thuốc cho liệu pháp truyền thuốc tại nhà.
- Nhà thuốc cung cấp các loại thuốc cho người cư trú tại cơ sở chăm sóc lâu dài, như nhà điều dưỡng chẳng hạn.
 - Thường các cơ sở chăm sóc lâu dài có sẵn nhà thuốc riêng của họ. Nếu quý vị là người cư trú tại một cơ sở chăm sóc lâu dài, chúng tôi phải bảo đảm quý vị có thể nhận thuốc quý vị cần tại nhà thuốc của cơ sở đó.
 - Nếu nhà thuốc của cơ sở chăm sóc lâu dài của quý vị không nằm trong mạng lưới của chúng tôi, hoặc nếu quý vị gặp bất kỳ khó khăn gì đối với phúc lợi thuốc của quý vị trong một cơ sở chăm sóc lâu dài, xin liên lạc với Ban Phục vụ Hội viên.
- Nhà thuốc phục vụ cho Dịch vụ Y tế của Người Mỹ Bản địa/Chương trình Sức khỏe của Người Mỹ Bản địa/Bộ lạc/Đô thị. Ngoại trừ trong trường hợp cấp cứu, chỉ những người Mỹ Bản Địa hoặc Người Bản Địa Alaska mới có thể sử dụng những hiệu thuốc này.
- Các hiệu thuốc cung cấp các loại thuốc cần xử lý và hướng dẫn đặc biệt khi sử dụng.

Để tìm một nhà thuốc chuyên khoa trong mạng lưới, quý vị có thể xem trong *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc*, vào trang mạng của chúng tôi, hoặc liên lạc với Ban Dịch vụ Hội viên.

A6. Sử dụng dịch vụ đặt mua qua bưu điện để mua thuốc được không

Với một số loại thuốc nào đó, quý vị có thể sử dụng dịch vụ đặt mua qua bưu điện của mạng lưới trong chương trình chúng tôi. Thông thường, thuốc được cung cấp bởi đặt hàng qua bưu điện là các loại thuốc mà quý vị phải uống đều đặn dùng cho căn bệnh mãn tính hoặc phải điều trị lâu dài. Các loại thuốc được cung cấp qua dịch vụ đặt hàng qua bưu điện của chương trình chúng tôi sẽ được đánh dấu là thuốc đặt hàng qua bưu điện trong Danh Sách Thuốc.

Dịch vụ đặt mua qua bưu điện của chương trình chúng tôi cho phép quý vị đặt hàng cung cấp thuốc cho tối đa 93 ngày. Lượng thuốc cấp cho 93 ngày có tiền đồng trả bằng với lượng thuốc của một tháng.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Mua thuốc qua bưu điện

Để nhận được mẫu đơn đặt hàng và thông tin về việc điền đơn của quý vị qua thư, liên lạc với IngenioRx Home Delivery theo số 1-833-203-1738 (TTY: 711) 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Cuộc gọi được miễn phí.

Thông thường, thuốc theo toa đặt mua qua bưu điện sẽ đến tay quý vị trong vòng 14 ngày. Nếu toa thuốc đặt hàng qua bưu điện của quý vị bị trì hoãn vì một lý do nào đó, quý vị vẫn có thể nhận được thuốc từ nhà thuốc trong mạng lưới tại địa phương của mình. Quý vị nên đảm bảo mình có sẵn nguồn cấp thuốc khi sử dụng dịch vụ nhà thuốc đặt mua qua đường bưu điện để mua thêm thuốc. Trong trường hợp quý vị bị trì hoãn hoặc cần thuốc khẩn cấp, quý vị có thể mua thuốc theo toa 31 ngày tại nhà thuốc bán lẻ để tránh hết thuốc. Vui lòng gọi Ban Dịch vụ Hội viên Nhà thuốc theo số 1-833-370-7466 (TTY: 711) 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Cuộc gọi được miễn phí.

Quy trình đặt mua qua đường bưu điện

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

1. Toa thuốc mới mà nhà thuốc nhận được của quý vị

Nhà thuốc sẽ tự động cung cấp thuốc theo toa mới mà họ nhận được từ quý vị.

2. Toa thuốc mới mà nhà thuốc nhận trực tiếp từ văn phòng nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.

Nhà thuốc sẽ tự động bán và cung cấp các toa thuốc mới mà họ nhận được từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, mà không kiểm tra với quý vị trước, nếu một trong hai điều sau:

- Trước đây quý vị đã sử dụng dịch vụ đặt mua qua bưu điện với chương trình này “hoặc “
- Quý vị đăng ký giao tự động tất cả các toa thuốc mới mà quý vị nhận được trực tiếp từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Quý vị có thể yêu cầu tự động giao tất cả các toa thuốc mới ngay bây giờ hoặc bất kỳ lúc nào bằng cách liên hệ với chương trình IngenioRx Home Delivery theo số 1-833-203-1738 (TTY: 711) 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Cuộc gọi được miễn phí.

Nếu quý vị nhận được một toa thuốc tự động qua bưu điện mà mình không muốn, và quý vị không được liên lạc để xem quý vị có muốn nó trước khi nó được vận chuyển hay không, quý vị có thể đủ điều kiện được hoàn tiền.

Nếu trước đây quý vị đã sử dụng đơn đặt mua qua bưu điện và không muốn nhà thuốc tự động bán và gửi từng toa thuốc mới, vui lòng liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi chương trình IngenioRx Home Delivery theo số 1-833-203-1738 (TTY: 711) 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Cuộc gọi được miễn phí.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Nếu quý vị chưa từng sử dụng đơn đặt hàng qua bưu điện và/hoặc quyết định ngừng tự động mua thuốc theo toa mới, nhà thuốc sẽ liên lạc với quý vị mỗi khi có đơn thuốc mới từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

- Việc này giúp quý vị có cơ hội chắc chắn rằng nhà thuốc sẽ giao đúng loại thuốc (bao gồm độ mạnh, số lượng, và hình thức) và, nếu cần, cho phép quý vị hủy hoặc hoãn đơn hàng trước khi quý vị được tính hóa đơn và thuốc giao cho quý vị.
- Điều quan trọng là quý vị phải trả lời mỗi lần được nhà thuốc liên hệ, để cho họ được biết phải làm gì với toa thuốc mới đó và để ngăn ngừa bất cứ mọi tình trạng chậm trễ nào trong vận chuyển.

Để chọn không tham gia giao hàng trực tiếp từ văn phòng của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, vui lòng liên lạc với chúng tôi bằng cách gọi chương trình IngenioRx Home Delivery theo số 1-833-203-1738 (TTY: 711) 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Cuộc gọi được miễn phí.

3. Cấp tiếp thuốc cho toa thuốc đặt hàng qua bưu điện

Để mua lại thuốc, xin vui lòng liên lạc với nhà thuốc của quý vị 30 ngày trước khi quý vị nghĩ rằng số lượng thuốc hiện có của quý vị sẽ hết để chắc chắn rằng đơn hàng tiếp theo của quý vị sẽ được giao đúng hạn.

Để nhà thuốc có thể liên hệ xác nhận về yêu cầu đặt mua của quý vị trước khi chuyển thuốc, xin nhớ cho nhà thuốc biết các phương thức tốt nhất để liên hệ với quý vị. Vui lòng liên lạc chương trình IngenioRx Home Delivery theo số 1-833-203-1738 (TTY: 711), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần để cho họ biết cách thức liên lạc quý vị thích. Cuộc gọi được miễn phí.

A7. Mua một lượng cấp của thuốc để sử dụng lâu dài

Quý vị có thể nhận một lượng thuốc duy trì để sử dụng lâu dài có tên trong Danh sách Thuốc của chúng tôi. Thuốc điều trị duy trì là các loại thuốc mà quý vị phải uống đều đặn dùng cho căn bệnh mạn tính hoặc bệnh trạng y tế phải điều trị lâu dài.

Một số hiệu thuốc trong mạng lưới cho phép quý vị nhận cung cấp thuốc dài kỳ đối với các loại thuốc điều trị duy trì. Lượng thuốc cấp cho 93 ngày có tiền đồng trả bằng với lượng thuốc của một tháng. *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* sẽ cho quý vị biết nhà thuốc nào có thể cung cấp dài kỳ cho quý vị các thuốc điều trị duy trì. Quý vị cũng có thể gọi Ban Dịch vụ Hội viên để tìm hiểu thêm.

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 để nhận cung cấp thuốc điều trị duy trì dài hạn. Xem mục trên để tìm hiểu về dịch vụ đặt mua thuốc qua bưu điện.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



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

Nói chung, chúng tôi chỉ trả tiền cho thuốc được mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới khi quý vị không thể mua nó tại nhà thuốc trong mạng lưới. Chúng tôi có các hiệu thuốc trong mạng lưới ở bên ngoài vùng dịch vụ của chúng tôi là nơi quý vị có thể lấy thuốc kê toa với tư cách là hội viên của chương trình.

Chúng tôi sẽ trả tiền cho các thuốc theo toa mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới trong những trường hợp sau đây:

- Nếu thuốc theo toa liên quan đến chăm sóc khẩn cấp hoặc cấp cứu y tế.
- Nếu quý vị không thể nhận được thuốc được bảo hiểm kịp thời trong khu vực dịch vụ của quý vị, vì không có nhà thuốc trong mạng lưới nào với khoảng cách lái xe hợp lý để cung cấp dịch vụ trong 24 giờ.
- Nếu quý vị đang cố gắng mua một loại thuốc theo toa mà không thường xuyên được lưu trữ tại một nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới có thể đến được hoặc đặt hàng qua đường bưu điện (bao gồm thuốc chi phí cao và duy nhất).
- Nếu quý vị đang nhận vắc-xin cần thiết về mặt y tế nhưng không được Medicare Phần B bảo hiểm.

Trong những trường hợp này, xin hỏi Ban Dịch vụ Hội viên trước để biết có nhà thuốc trong mạng lưới nào ở gần không.

A9. Thanh toán lại cho quý vị khi quý vị đã trả tiền để mua một đơn thuốc

Nếu quý vị mua thuốc ngoài mạng lưới, nói chung quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí thay vì chỉ trả tiền đồng trả khi quý vị mua thuốc theo toa. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí mà chúng tôi phải trả.

Để tìm hiểu thêm về vấn đề này, xem Chương 7.

B. Danh sách Thuốc của chương trình

Chúng tôi có *Danh sách Thuốc được Bảo hiểm*. Chúng tôi gọi tắt là “Danh sách Thuốc”.

Thuốc trong Danh mục Thuốc được chúng tôi chọn với sự trợ giúp của một nhóm bác sĩ và dược sĩ. Danh mục Thuốc cũng cho quý vị biết có quy định nào mà quý vị cần phải tuân thủ để được mua thuốc hay không.

Nói chung, chúng tôi bảo hiểm cho thuốc nằm trong Danh sách Thuốc của chương trình chúng tôi với điều kiện là quý vị phải tuân thủ các quy định nêu trong chương này.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



B1. Thuốc trong Danh sách Thuốc

Danh sách Thuốc có các thuốc được bảo hiểm theo Medicare Phần D, một số thuốc theo toa, thuốc mua không cần toa (OTC) và các sản phẩm được bảo hiểm theo quyền lợi Medi-Cal của quý vị.

Danh sách Thuốc bao gồm cả thuốc chính hiệu và thuốc gốc. Các thuốc thế phẩm cũng có các thành phần hoạt chất tương tự như thuốc biệt dược. Thông thường, chúng cũng có tác dụng tốt như các loại thuốc biệt dược và thường ít tốn kém hơn.

Chương trình của chúng tôi cũng bảo hiểm cho các thuốc và sản phẩm OTC. Một số thuốc OTC rẻ hơn thuốc theo toa và có tác dụng tốt tương tự. Để tìm hiểu thêm, gọi Ban Dịch vụ Hội viên.

B2. Làm sao để tìm một loại thuốc ở trong Danh sách Thuốc

Để tìm hiểu xem loại thuốc mà quý vị đang sử dụng có trong Danh sách Thuốc không, quý vị có thể:

- Kiểm tra Danh sách Thuốc gần đây nhất mà chúng tôi đã gửi cho quý vị trong thư.
- Truy cập trang web của chương trình tại duals.anthem.com. Danh sách Thuốc trên trang web luôn là danh mục được cập nhật mới nhất.
- Gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên để tìm hiểu xem một loại thuốc có nằm trong Danh sách Thuốc của chương trình hay không hoặc hỏi xin một bản sao của danh sách.

B3. Thuốc đó có thể không nằm trong Danh mục Thuốc

Chúng tôi không bảo hiểm cho tất cả mọi loại thuốc theo toa. Một số loại thuốc không có tên trong Danh sách Thuốc bởi vì luật không cho phép chúng tôi bảo hiểm cho những loại thuốc đó. Cũng có những trường hợp, chúng tôi đã quyết định không đưa một loại thuốc vào Danh mục Thuốc.

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sẽ không thanh toán cho các thuốc được liệt kê trong mục này. Các thuốc này được gọi là **thuốc loại trừ**. Nếu quý vị mua thuốc theo toa thuộc loại thuốc loại trừ, quý vị phải tự thanh toán cho thuốc đó. Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi phải trả cho một loại thuốc loại trừ vì trường hợp của quý vị, quý vị có quyền nộp đơn kháng cáo. (Để tìm hiểu thêm cách gửi kháng cáo, xem Chương 9.)

Dưới đây là ba quy định thông thường đối với các loại thuốc không được bảo hiểm:

1. Bảo hiểm thuốc ngoại trú của chương trình chúng tôi (bao gồm thuốc Phần D và thuốc Medi-Cal) không thể thanh toán cho một thuốc đã được bảo hiểm theo Medicare Phần A hoặc Phần B rồi. Thuốc được bảo hiểm theo Medicare Phần A hoặc Phần B được Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan bảo hiểm miễn phí, nhưng chúng không được xem là nằm trong quyền lợi y tế thuốc ngoại trú.
2. Chương trình chúng tôi không thể bảo hiểm cho thuốc được mua ngoài Hoa Kỳ và lãnh thổ trực thuộc.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



3. Việc sử dụng thuốc đó phải được Cơ quan Thực phẩm và Dược phẩm (Food and Drug Administration) chấp thuận hoặc được một số tài liệu dẫn chiếu y tế ủng hộ cho việc dùng để điều trị cho bệnh trạng của quý vị. Bác sĩ của quý vị có thể sẽ chỉ định một loại thuốc nào đó để điều trị bệnh trạng của quý vị, ngay cả khi nó chưa được chấp thuận cho điều trị bệnh trạng đó. Đây gọi là việc sử dụng không chính thức. Chương trình của chúng tôi thường không bảo hiểm các loại thuốc khi được kê toa để sử dụng thuốc ngoài hướng dẫn.

Ngoài ra, theo luật, các loại thuốc liệt kê sau đây cũng không được Medicare hoặc Medi-Cal bảo hiểm.

- Các loại thuốc dùng để tăng cường khả năng sinh sản
- Thuốc được sử dụng vì mục đích làm đẹp hoặc thuốc mọc tóc
- Các loại thuốc được sử dụng để điều trị các rối loạn về sinh lý hoặc chứng rối loạn cương cứng, ví dụ như Viagra®, Cialis®, Levitra® và Caverject®
- Các thuốc ngoại trú mà công ty sản xuất thuốc nói rằng quý vị phải được thử nghiệm hoặc sử dụng dịch vụ do chính họ thực hiện và cung cấp mà thôi

B4. Bậc chia sẻ chi phí trong Danh sách Thuốc

Mỗi loại thuốc nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi thuộc một trong bốn (4) bậc chia sẻ chi phí. Một bậc là một nhóm thuốc thường có cùng loại thuốc (ví dụ, thuốc chính hiệu, thuốc gốc, hoặc thuốc không cần toa (OTC)). Nói chung, bậc chi phí càng cao, thì chi phí thuốc của quý vị càng cao.

- Thuốc Bậc 1 là các thuốc gốc và thuốc chính hiệu ưu tiên Medicare Phần D. Tiền đồng trả là \$0.
- Thuốc Bậc 2 là các thuốc gốc và thuốc chính hiệu ưu tiên và không ưu tiên thuộc Medicare Phần D. Tiền đồng trả từ \$0 đến \$8.95, tùy thuộc thu nhập của quý vị.
- Thuốc Bậc 3 là Thuốc gốc và thuốc chính hiệu theo toa được Tiểu bang phê duyệt được bảo hiểm không phải Medicare Medi-Cal. Tiền đồng trả là \$0.
- Thuốc Bậc 4 là thuốc không cần toa (OTC) không phải Medicare được tiểu bang Medi-Cal chấp thuận yêu cầu toa thuốc từ nhà cung cấp. Tiền đồng trả là \$0.

Để biết thuốc của quý vị nằm trong bậc chia sẻ chi phí nào, xin tìm thuốc đó trong Danh sách Thuốc của chúng tôi.

Chương 6 cho biết số tiền quý vị thanh toán cho các loại thuốc ở từng bậc chia sẻ chi phí.

C. Giới hạn về một số thuốc

Với một số thuốc theo toa nào đó, có những quy định đặc biệt chỉ định chương trình phải bảo hiểm các thuốc đó ra sao và vào lúc nào. Nói chung, các quy định của chúng tôi khuyến khích quý vị mua

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



một loại thuốc có hiệu quả cho bệnh trạng của quý vị, an toàn và hiệu quả. Khi một loại thuốc có chi phí thấp hơn, an toàn và hiệu quả cũng tương tự như loại thuốc chi phí cao, thì chúng tôi yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ kê đơn loại thuốc có chi phí thấp.

Nếu có quy định đặc biệt đối với loại thuốc của quý vị, điều đó thường có nghĩa là quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị sẽ phải thực hiện cho chúng tôi thêm các bước để bảo hiểm cho loại thuốc đó. Ví dụ, nhà cung cấp dịch vụ của quý vị có thể sẽ phải cho chúng tôi biết trước kết quả chẩn đoán của quý vị hoặc kết quả của các xét nghiệm máu. Nếu quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ của quý vị cho rằng không nên áp dụng quy định của chúng tôi cho tình huống của quý vị, quý vị nên yêu cầu chúng tôi cho quý vị được hưởng ngoại lệ. Chúng tôi có thể hoặc có thể không đồng ý cho quý vị sử dụng loại thuốc đó mà không tiến hành thêm các bước đã nói.

Để tìm hiểu thêm về việc yêu cầu các ngoại lệ, xem Chương 9.

1. Giới hạn sử dụng thuốc biệt dược khi một dòng thuốc thế phẩm khác hiện có sẵn

Thông thường, thuốc thế phẩm (generic drug) có tác dụng tương tự như thuốc biệt dược (brand name drug) và thường ít tốn kém hơn. Trong hầu hết các trường hợp, nếu có phiên bản thuốc gốc của một thuốc chính hiệu, các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị phiên bản thuốc gốc đó.

- Thường chúng tôi sẽ không trả tiền cho thuốc chính hiệu nếu có một phiên bản thuốc gốc.
- Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp của quý vị đã báo cho chúng tôi lý do y tế mà loại thuốc gốc đó sẽ không hiệu quả đối với quý vị **hoặc** đã ghi là “Không thay thế” trên toa thuốc cho một loại thuốc chính hiệu **hoặc** đã cho biết lý do y tế mà thuốc gốc lẫn các thuốc được bảo hiểm để điều trị cùng bệnh trạng đó đều không có tác dụng đối với quý vị, thì khi đó chúng tôi sẽ bảo hiểm loại thuốc chính hiệu đó.
- Tiền đồng trả cho loại thuốc thương hiệu có thể sẽ cao hơn so với loại thuốc gốc đó.

2. Được chương trình chấp thuận trước

Đối với một số loại thuốc, quý vị hoặc bác sĩ của quý vị phải được Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan chấp thuận trước khi quý vị lấy thuốc theo toa mình. Nếu quý vị không được cho phép, Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan không được bảo hiểm thuốc đó.

3. Trước tiên hãy thử một loại thuốc khác

Nói chung, chúng tôi muốn quý vị thử dùng các loại thuốc có chi phí thấp (thường là có hiệu quả tương đương) trước đã, nếu không được thì chúng tôi mới bảo hiểm cho loại thuốc có chi phí cao hơn. Ví dụ, nếu Thuốc A và Thuốc B đều điều trị cùng một loại bệnh trạng, mà Thuốc A rẻ hơn Thuốc B, thì chúng tôi có thể sẽ yêu cầu quý vị thử dùng Thuốc A trước.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Nếu Thuốc A không có hiệu quả cho quý vị, chúng tôi sẽ bảo hiểm cho Thuốc B. Đây được gọi là liệu pháp bước.

4. Giới hạn số lượng

Đối với một số loại thuốc, chúng tôi sẽ giới hạn số lượng thuốc mà quý vị sẽ được nhận. Điều này được gọi là số lượng giới hạn. Ví dụ, chúng tôi có thể giới hạn quý vị có thể được mua bao nhiêu thuốc trong mỗi lần quý vị mua.

Để tìm hiểu xem có quy định bất kỳ nào trên đây áp dụng cho loại thuốc mà quý vị đang sử dụng hoặc muốn sử dụng, xem Danh sách Thuốc. Để biết thông tin cập nhật mới nhất, gọi Ban Dịch vụ Hội viên hoặc xem trang web của chúng tôi tại duals.anthem.com.

D. Lý do thuốc của quý vị có thể sẽ không được bảo hiểm

Chúng tôi cố gắng sao cho bảo hiểm thuốc của quý vị giúp ích cho quý vị được nhiều nhất, nhưng đôi khi một loại thuốc nào đó có thể sẽ không được bảo hiểm theo cách quý vị muốn. Ví dụ:

- Thuốc mà quý vị muốn dùng không được chương trình của chúng tôi bảo hiểm. Thuốc đó có thể không nằm trong Danh mục Thuốc của chúng tôi. Một phiên bản gốc của thuốc đó có thể sẽ được bảo hiểm, nhưng phiên bản thuốc chính hiệu mà quý vị muốn sử dụng thì không. Một loại thuốc có thể là mới và vẫn chưa được xét duyệt độ an toàn và hiệu quả.
- Thuốc được bảo hiểm nhưng có các quy định hoặc giới hạn đặc biệt về bảo hiểm cho loại thuốc đó. Như đã nói ở mục trên, một số các loại thuốc được chương trình của chúng tôi đài thọ có những quy định giới hạn việc sử dụng của chúng. Trong một số trường hợp, quý vị hoặc người kê toa của quý vị có thể sẽ muốn yêu cầu chúng tôi cho hưởng ngoại lệ của quy định.

Có một số việc quý vị có thể làm nếu thuốc của quý vị không được bảo hiểm theo cách mà quý vị mong muốn.

D1. Nhận một lượng tạm thời

Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể cho quý vị mua tạm một lượng thuốc khi thuốc đó không nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi hoặc khi nó bị giới hạn theo một cách nào đó. Việc này giúp quý vị có thời gian nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin một loại thuốc khác hoặc yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho thuốc đó.

Để mua tạm một lượng cấp của thuốc, quý vị phải tuân thủ hai quy định sau đây:

1. Thuốc mà quý vị đang sử dụng:

- không còn nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi nữa, **hoặc**
- chưa bao giờ nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi, **hoặc**

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- hiện đang được giới hạn theo một cách nào đó.
2. Quý vị phải ở trong một trong các tình huống sau đây:
- Quý vị đã tham gia chương trình từ năm ngoái.
 - Chúng tôi sẽ bảo hiểm cung cấp tạm thời loại thuốc của quý vị **trong suốt 90 ngày đầu tiên theo lịch**.
 - Việc cung cấp thuốc tạm thời này sẽ được cho phép lên đến 31 ngày.
 - Nếu đơn thuốc của quý vị dùng cho ít ngày hơn, chúng tôi sẽ cho phép quý vị mua làm nhiều lần sao cho đủ tối đa 31 ngày sử dụng. Quý vị phải mua thuốc toa này tại nhà thuốc trong mạng lưới.
 - Nhà thuốc của cơ sở chăm sóc lâu dài có thể cung cấp thuốc theo toa với số lượng nhỏ trong một lần để ngăn ngừa sự lãng phí.
 - Quý vị mới tham gia chương trình của chúng tôi.
 - Chúng tôi sẽ bảo hiểm cho lượng cấp của **thuốc mua tạm của quý vị trong 90 ngày đầu tiên làm hội viên của chương trình**.
 - Việc cung cấp thuốc tạm thời này sẽ được cho phép lên đến 31 ngày.
 - Nếu đơn thuốc của quý vị dùng cho ít ngày hơn, chúng tôi sẽ cho phép quý vị mua làm nhiều lần sao cho đủ tối đa 31 ngày sử dụng. Quý vị phải mua thuốc toa này tại nhà thuốc trong mạng lưới.
 - Nhà thuốc của cơ sở chăm sóc lâu dài có thể cung cấp thuốc theo toa với số lượng nhỏ trong một lần để ngăn ngừa sự lãng phí.
 - Nếu quý vị đã tham gia chương trình trên 90 ngày, sống trong cơ sở chăm sóc lâu dài và cần có một lượng cấp thuốc ngay.
 - Chúng tôi sẽ bảo hiểm cho một lượng 34 ngày, hoặc ít hơn nếu toa của quý vị được kê với số ngày ít hơn. Đây là phần bổ sung vào lượng cấp tạm thời ở trên.
 - Chúng tôi sẽ bảo hiểm một lượng thuốc tạm thời nếu quý vị đã tham gia chương trình trong hơn 90 ngày và quý vị trải qua một sự thay đổi về mức độ chăm sóc mà yêu cầu quý vị chuyển từ cơ sở này sang trung tâm điều trị khác. Ví dụ: giả sử quý vị đã được xuất viện và đưa ra danh sách thuốc xuất viện dựa trên danh sách thuốc của bệnh viện. Quý vị có thể nhận được một lần mua thuốc. Hãy nhờ bác sĩ kê toa của quý vị gọi cho chúng tôi để biết chi tiết.
 - Để xin mua tạm một lượng cấp của thuốc, gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên.

Khi quý vị mua tạm một lượng thuốc, quý vị nên nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để biết phải làm gì khi hết thuốc. Sau đây là các lựa chọn:

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- Quý vị có thể chuyển sang dùng thuốc khác.

Có thể có một loại thuốc khác được chương trình chúng tôi đài thọ mà lại có hiệu quả với quý vị. Quý vị có thể gọi Ban Dịch vụ Hội viên để yêu cầu một danh sách các loại thuốc được bảo hiểm điều trị cùng một loại bệnh. Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp dịch vụ của quý vị tìm được thuốc được bảo hiểm có thể có hiệu quả với quý vị.

HOẶC

- Quý vị có thể yêu cầu một trường hợp ngoại lệ.

Quý vị và nhà cung cấp dịch vụ của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cho quý vị hưởng ngoại lệ. Ví dụ, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho một loại thuốc ngay cả khi nó không nằm trong Danh sách Thuốc. Hoặc quý vị cũng có thể yêu cầu chúng tôi đài thọ cho thuốc mà không bị áp đặt giới hạn. Nếu nhà cung cấp dịch vụ của quý vị nói rằng quý vị có lý do chính đáng về mặt y tế để được hưởng ngoại lệ, họ có thể giúp quý vị xin.

Để tìm hiểu thêm về việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ, xem Chương 9.

Nếu cần trợ giúp trong việc xin được hưởng ngoại lệ, quý vị có thể liên hệ với Ban Dịch vụ Hội viên.

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

Hầu hết các thay đổi về bảo hiểm thuốc diễn ra vào ngày 1 tháng 1 nhưng chúng tôi có thể thêm hoặc bớt thuốc khỏi Danh sách Thuốc trong năm. Chúng tôi cũng có thể thay đổi các quy định của chúng tôi về thuốc. Ví dụ, chúng tôi có thể:

- Quyết định yêu cầu hoặc không yêu cầu chấp thuận trước đối với một loại thuốc. (Phê duyệt trước là sự đồng ý của Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan trước khi quý vị có thể nhận một loại thuốc.)
- Thêm hoặc thay đổi số lượng thuốc mà quý vị được mua (gọi là giới hạn số lượng).
- Thêm hoặc thay đổi các hạn chế đối với phương pháp trị liệu từng bước đối với một loại thuốc. (Trị liệu từng bước nghĩa là quý vị có thể phải thử dùng một loại thuốc trước khi chúng tôi bảo hiểm một loại thuốc khác.)

Để biết thêm thông tin về các quy định về thuốc này, tham khảo Phần C phía trên trong chương này.

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

- có thuốc mới, rẻ hơn xuất hiện trên thị trường nhưng tác dụng tương đương với thuốc ở trong Danh mục Thuốc, **hoặc**

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- chúng tôi biết có một loại thuốc không an toàn, **hoặc**
- bị thu hồi khỏi thị trường.

Để biết thêm về những gì sẽ diễn ra khi Danh mục Thuốc thay đổi, quý vị luôn có thể:

- Kiểm tra Danh sách Thuốc cập nhật trực tuyến tại duals.anthem.com **hoặc**
- Gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên Nhà thuốc để được biết Danh sách Thuốc hiện hành theo số 1-833-370-7466 (TTY: 711) 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Cuộc gọi được miễn phí.

Một số thay đổi đối với Danh sách Thuốc sẽ xảy ra ngay lập tức. Ví dụ:

- **Có một loại thuốc gốc mới.** Đôi khi, một loại thuốc mới xuất hiện trên thị trường có tác dụng tương tự một loại thuốc chính hiệu trong Danh sách Thuốc bây giờ. Khi điều đó xảy ra, chúng tôi có thể loại bỏ loại thuốc chính hiệu và thêm thuốc gốc mới, nhưng chi phí cho loại thuốc mới sẽ giữ nguyên hoặc sẽ thấp hơn.

Khi chúng tôi thêm thuốc gốc loại mới, chúng tôi cũng có thể quyết định giữ thuốc chính hiệu trong danh sách nhưng thay đổi các quy định hoặc giới hạn bảo hiểm của thuốc đó.

- Chúng tôi có thể không thông báo cho quý vị trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi này, nhưng chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông tin về thay đổi cụ thể mà chúng tôi đã thực hiện ngay khi xuất hiện.
- Quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị có thể xin hưởng “ngoại lệ” cho các giới hạn này. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo với các bước quý vị có thể thực hiện để xin hưởng ngoại lệ. Vui lòng xem Chương 9 sổ tay này để biết thêm thông tin về ngoại lệ.

- **Một loại thuốc bị thu hồi khỏi thị trường.** Nếu Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA) nói rằng loại thuốc mà quý vị đang dùng không an toàn hoặc nhà sản xuất thuốc thu hồi thuốc khỏi thị trường, chúng tôi sẽ loại thuốc đó ra khỏi Danh sách Thuốc ngay lập tức. Nếu quý vị đang dùng thuốc, chúng tôi sẽ cho quý vị biết. Nhà cung cấp dịch vụ của quý vị cũng sẽ biết về thay đổi này. Họ có thể làm việc với quý vị để tìm một loại thuốc khác cho bệnh trạng của quý vị.

Chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi khác ảnh hưởng đến các loại thuốc quý vị dùng.

Chúng tôi sẽ thông báo trước cho quý vị về những thay đổi khác trong Danh sách Thuốc. Những thay đổi này có thể xảy ra nếu:

- FDA cung cấp hướng dẫn mới hoặc có hướng dẫn lâm sàng mới về một loại thuốc.
- Chúng tôi thêm một loại thuốc gốc không phải loại mới vào thị trường **và**

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- Thay thế một loại thuốc chính hiệu hiện có trong Danh sách Thuốc **hoặc**
- Thay đổi các quy tắc bảo hiểm hoặc giới hạn cho thuốc chính hiệu.
- Chúng tôi thêm thuốc gốc **và**
 - Thay thế một loại thuốc chính hiệu hiện có trong Danh sách Thuốc **hoặc**
 - Thay đổi các quy tắc bảo hiểm hoặc giới hạn cho thuốc chính hiệu.

Khi những thay đổi này xảy ra, chúng tôi sẽ:

- Cho quý vị biết ít nhất trước 30 ngày trước khi thực hiện thay đổi đối với Danh sách Thuốc **hoặc**
- Cho quý vị biết và cung cấp cho quý vị đợt thuốc dùng trong 31 ngày sau khi quý vị yêu cầu mua thuốc tiếp.

Việc này sẽ giúp quý vị có thời gian để bàn bạc với bác sĩ hoặc người kê toa khác của mình. Người đó có thể giúp quý vị quyết định:

- Nếu có thuốc tương tự trong Danh sách Thuốc quý vị có thể lấy thay vào đó hoặc
- Liệu có nên xin hưởng ngoại lệ từ các thay đổi này hay không. Để tìm hiểu thêm về việc yêu cầu các ngoại lệ, xem Chương 9.

Chúng tôi có thể thay đổi loại thuốc quý vị dùng mà không ảnh hưởng đến quý vị bây giờ. Đối với các thay đổi như vậy, nếu quý vị đang dùng một loại thuốc được bảo hiểm vào **đầu** năm, chúng tôi thường sẽ không loại bỏ hoặc thay đổi bảo hiểm của loại thuốc đó **trong thời gian còn lại của năm**.

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

F. Bảo hiểm thuốc trong những trường hợp đặc biệt

F1. Nếu quý vị đang nằm viện hoặc ở trong cơ sở điều dưỡng chuyên môn được chương trình của chúng tôi bảo hiểm

Nếu quý vị được cho nằm bệnh viện hoặc vào cơ sở điều dưỡng chuyên môn được chương trình của chúng tôi bảo hiểm, nói chung, chúng tôi sẽ bảo hiểm chi phí thuốc theo toa của quý vị trong thời gian lưu trú của quý vị. Quý vị sẽ không phải trả tiền đồng trả. Sau khi quý vị đã xuất viện hoặc ra khỏi cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chúng tôi sẽ bảo hiểm cho các thuốc của quý vị với điều kiện các thuốc đó phải thỏa mãn các quy định của chúng tôi về bảo hiểm.

Để tìm hiểu thêm về việc bảo hiểm thuốc và quý vị phải trả những gì, xem Chương 6.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



F2. Nếu quý vị đang ở tại một cơ sở chăm sóc dài hạn

Thông thường, một cơ sở chăm sóc dài hạn, ví dụ như nhà điều dưỡng, sẽ có hiệu thuốc của riêng mình hoặc một hiệu thuốc cung cấp thuốc cho tất cả những người ở tại đó. Nếu quý vị đang sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn, quý vị có thể nhận được thuốc kê toa thông qua hiệu thuốc của cơ sở đó nếu hiệu thuốc đó tham gia vào mạng lưới của chúng tôi.

Xin kiểm tra *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Hiệu Thuốc* của quý vị để xem thử hiệu thuốc của cơ sở chăm sóc dài hạn của quý vị có nằm trong mạng lưới của chúng tôi hay không. Nếu không, hoặc nếu quý vị cần tìm hiểu thêm, xin liên hệ với Ban Dịch vụ Hội viên.

F3. Nếu quý vị đang tham gia chương trình chăm sóc giai đoạn cuối đời được Medicare chứng nhận

Thuốc sẽ không bao giờ được cả cơ sở chăm sóc giai đoạn cuối đời và chương trình bảo hiểm đồng thời.

- Nếu quý vị đã được ghi danh vào một chương trình chăm sóc giai đoạn cuối đời của Medicare và cần thuốc giảm đau, chống buồn nôn, nhuận tràng hoặc an thần mà không được chương trình chăm sóc giai đoạn cuối đời của quý vị bảo hiểm vì nó không liên quan đến tiên lượng tử vong và tình trạng liên quan của quý vị, chương trình chúng tôi phải được người kê toa cho quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời của quý vị thông báo rằng thuốc đó không liên quan thì chương trình của chúng tôi mới có thể bảo hiểm cho thuốc đó.
- Để khỏi bị chậm trễ trong việc nhận bất kỳ thuốc không liên quan nào mà sẽ được chương trình của chúng tôi bảo hiểm, quý vị có thể yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời hoặc người kê toa cho quý vị bảo đảm chúng tôi nhận được thông báo rằng thuốc đó không liên quan thì quý vị mới có thể yêu cầu nhà thuốc bán thuốc theo toa cho quý vị.

Nếu quý vị rời khỏi cơ sở chăm sóc cuối đời, chương trình của chúng tôi sẽ bảo hiểm tất cả các loại thuốc của quý vị. Để tránh mọi chậm trễ tại nhà thuốc khi quyền lợi Medicare kết thúc thì quý vị nên mang theo các tài liệu khi đến nhà thuốc để có thể xác minh việc quý vị đã rời khỏi dịch vụ chăm sóc cuối đời. Xin xem các phần trước của chương này nói về các quy định để được bảo hiểm thuốc theo Phần D.

Để tìm hiểu thêm về quyền lợi danh sách cuối đời, xem Chương 4.

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

G1. Các chương trình giúp hội viên sử dụng thuốc an toàn

Mỗi lần quý vị mua thuốc theo toa, chúng tôi sẽ kiểm tra xem có vấn đề gì hay không, như thuốc lỗi hoặc thuốc:

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- Có thể không cần thiết vì quý vị đang sử dụng một loại thuốc khác có cùng tác dụng rồi
- Có thể sẽ không an toàn cho tuổi tác hoặc giới tính của quý vị
- Có thể làm hại cho quý vị nếu quý vị sử dụng chúng đồng thời
- Có thành phần mà quý vị đang hoặc có thể bị dị ứng
- Có lượng thuốc giảm đau opioid không an toàn

Nếu quý vị thấy có vấn đề gì trong việc sử dụng thuốc toa của quý vị, chúng tôi sẽ bàn bạc với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để giải quyết vấn đề đó.

G2. Các chương trình giúp hội viên quản lý thuốc của mình

Nếu quý vị sử dụng thuốc để điều trị các bệnh trạng y tế khác nhau, quý vị có thể đủ điều kiện nhận các dịch vụ, không tính phí cho quý vị, thông qua một chương trình điều quản liệu pháp y tế (MTM). Chương trình này giúp quý vị và nhà cung cấp dịch vụ của quý vị bảo đảm thuốc của quý vị sẽ cải thiện sức khỏe của quý vị. Một dược sĩ hoặc nhân viên y tế khác sẽ xem xét toàn diện tất cả các thuốc của quý vị rồi nói chuyện với quý vị về việc:

- Làm sao để nhận được lợi ích cao nhất từ những thuốc quý vị dùng
- Bất kỳ lo ngại nào mà quý vị có, như chi phí thuốc và phản ứng thuốc
- Sử dụng thuốc của quý vị như thế nào là tốt nhất
- Bất kỳ câu hỏi hoặc vấn đề gì mà quý vị có thể có về thuốc theo toa và thuốc mua không cần toa của quý vị

Quý vị sẽ nhận văn bản tóm tắt về cuộc nói chuyện này. Bản tóm tắt có kế hoạch hành động về thuốc đề nghị những việc quý vị có thể làm để việc sử dụng thuốc của quý vị đạt kết quả tối ưu. Quý vị cũng sẽ nhận một danh sách thuốc cá nhân có tất cả những loại thuốc mà quý vị đang dùng và tại sao quý vị phải dùng chúng.

Một ý hay là xin hẹn để xem xét thuốc của quý vị trước cuộc thăm khám “Sức khỏe” hàng năm của quý vị, để quý vị có thể nói chuyện với bác sĩ về kế hoạch hành động và danh sách thuốc của quý vị. Hãy mang theo bản kế hoạch hành động và danh sách thuốc khi đi khám hoặc bất cứ lúc nào quý vị nói chuyện với bác sĩ, dược sĩ, và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị. Ngoài ra, cũng hãy mang theo danh sách thuốc của quý vị khi đi bệnh viện hoặc đến phòng cấp cứu.

Các chương trình quản lý liệu pháp điều trị dùng thuốc đều tự nguyện và miễn phí cho các hội viên đủ điều kiện. Nếu chúng tôi có một chương trình phù hợp với các nhu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ ghi danh cho quý vị vào chương trình đó và gửi thông tin đến cho quý vị. Nếu quý vị không muốn tham gia chương trình, vui lòng cho chúng tôi biết, và chúng tôi sẽ rút quý vị khỏi chương trình.

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc gì về các chương trình này, xin liên hệ với Ban Dịch vụ Hội viên.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



G3. Chương trình quản lý thuốc để giúp các hội viên sử dụng thuốc opioid an toàn

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan có một chương trình có thể giúp các hội viên sử dụng thuốc opioid theo toa an toàn hoặc thuốc thường xuyên bị lạm dụng khác. Chương trình này được gọi là Chương trình Quản lý Thuốc (DMP).

Nếu quý vị sử dụng thuốc opioid mà quý vị nhận được từ một số bác sĩ hoặc nhà thuốc, chúng tôi có thể nói chuyện với bác sĩ của quý vị để đảm bảo rằng việc sử dụng của quý vị là phù hợp và cần thiết về mặt y tế. Làm việc với bác sĩ của quý vị, nếu chúng tôi quyết định rằng quý vị đang có nguy cơ dùng sai hoặc lạm dụng thuốc opioid hoặc benzodiazepine, chúng tôi có thể hạn chế cách quý vị có thể nhận được các thuốc đó. Hạn chế có thể bao gồm:

- Yêu cầu quý vị lấy tất cả đơn thuốc cho các thuốc đó **từ một nhà thuốc** và/hoặc **từ một bác sĩ**
- **Giới hạn số lượng** các thuốc đó chúng tôi sẽ bảo hiểm cho quý vị

Nếu chúng tôi xác định một hoặc nhiều giới hạn nên áp dụng đối với quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư trước cho quý vị. Thư sẽ giải thích hạn chế chúng tôi nghĩ rằng nên áp dụng.

Quý vị sẽ có cơ hội cho chúng tôi biết bác sĩ hoặc nhà thuốc nào quý vị thích sử dụng. Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã làm sai, quý vị không đồng ý rằng quý vị đang gặp nguy cơ lạm dụng thuốc theo toa, hoặc quý vị không đồng ý hạn chế, quý vị và bác sĩ kê đơn của quý vị có thể nộp đơn kháng cáo. (Để tìm hiểu thêm cách gửi kháng cáo, xem Chương 9.)

DMP không thể áp dụng với quý vị nếu:

- có một số bệnh lý như ung thư,
- đang được chăm sóc giai đoạn cuối, chăm sóc giảm nhẹ hoặc chăm sóc cuối đời, **hoặc**
- ở trong một cơ sở chăm sóc lâu dài.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Chương 6: Những gì quý vị trả cho các thuốc theo toa Medicare và Medi-Cal của quý vị

Giới thiệu

Chương này cho biết quý vị phải trả những khoản tiền nào cho thuốc toa ngoại trú của quý vị. Bằng từ “thuốc”, chúng tôi muốn đề cập đến:

- Các loại thuốc theo toa Medicare Phần D, và
- Thuốc và các khoản mục được bảo hiểm theo Medi-Cal, và
- Thuốc và các khoản mục được chương trình bảo hiểm ở dạng các quyền lợi bổ sung.

Vì quý vị đủ tiêu chuẩn hưởng Medi-Cal, quý vị được “Trợ cấp Đặc biệt” của Medicare để giúp thanh toán cho các thuốc theo toa Medicare Phần D của quý vị.

Trợ cấp Đặc biệt là một Chương trình Medicare để giúp những người có thu nhập và các nguồn lực hạn chế giảm các chi phí thuốc theo toa Medicare Phần D, chẳng hạn như tiền bảo hiểm, các khoản khấu trừ và tiền đồng trả. Trợ cấp Đặc biệt còn được gọi là “Trợ cấp Thu nhập Thấp” hoặc “LIS” (Low-Income Subsidy).

Các thuật ngữ chính và định nghĩa khác theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ tay Hội viên*.

Để tìm hiểu thêm về thuốc theo toa, quý vị có thể xem tại các nơi sau đây:

- *Danh sách Thuốc được Bảo hiểm* của chúng tôi.
 - Chúng tôi gọi đây là “Danh sách Thuốc”. Nó sẽ cho quý vị biết:
 - Chúng tôi sẽ thanh toán cho thuốc nào
 - Mỗi loại thuốc nằm ở mức nào trong số bốn (4) mức đóng góp chi phí
 - Có giới hạn nào cho thuốc đó hay không
 - Nếu quý vị cần một bản sao của Danh sách Thuốc, xin gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên. Quý vị cũng có thể tìm thấy Danh sách Thuốc trên trang web của chúng tôi tại duals.anthem.com. Danh sách Thuốc trên trang web luôn là danh sách mới nhất.
- Chương 5 của *Sổ tay Hội viên* này.
 - Chương 5 cho biết cách nhận thuốc theo toa ngoại trú của quý vị qua chương trình của chúng tôi.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- Chương này cũng có các quy định mà quý vị cần phải tuân thủ. Nó cũng cho biết những loại thuốc nào không được chương trình của chúng tôi bảo hiểm.
- *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc của chúng tôi.*
 - Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới để mua thuốc được bảo hiểm của quý vị. Nhà thuốc trong mạng lưới là các nhà thuốc đã đồng ý cộng tác với chúng tôi.
 - *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* có danh sách các nhà thuốc trong mạng lưới. Quý vị có thể đọc thêm về các nhà thuốc trong mạng lưới tại Chương 5.

Mục lục

A. Giải thích Quyền lợi (EOB)	137
B. Cách theo dõi chi phí thuốc của quý vị	137
C. Các Giai đoạn Thanh toán Thuốc cho các thuốc Medicare Phần D	138
D. Giai đoạn 1: Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu	139
D1. Các lựa chọn về nhà thuốc của quý vị	139
D2. Nhận cung cấp thuốc dài kỳ	140
D3. Khoản quý vị trả	140
D4. Kết thúc Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu	142
E. Giai đoạn 2: Giai đoạn Bảo hiểm Tai họa	142
F. Chi phí thuốc của quý vị sẽ ra sao khi bác sĩ của quý vị kê ít hơn lượng cấp của cả tháng	143
G. Trợ cấp chia sẻ chi phí thuốc theo toa cho người bị HIV/AIDS	143
G1. Chương trình Trợ cấp Thuốc AIDS (ADAP) là gì	143
G2. Phải làm gì nếu quý vị không được ghi danh vào ADAP	144
G3. Phải làm gì nếu quý vị đã được ghi danh vào ADAP	144
H. Tiêm chủng	144
H1. Quý vị cần biết gì trước khi quý vị tiêm vắc xin	144
H2. Những gì quý vị phải trả cho tiêm chủng Medicare Phần D	144

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



A. Giải thích Quyền lợi (EOB)

Chương trình của chúng tôi theo dõi thuốc theo toa của quý vị. Chúng tôi sẽ theo dõi hai loại chi phí:

- **Chi phí tự chi trả** của quý vị. Đây là số tiền mà quý vị, hoặc người khác thay mặt cho quý vị, thanh toán cho các thuốc theo toa của quý vị.
- **Tổng chi phí thuốc** của quý vị. Đây là số tiền mà quý vị, hoặc người khác thay mặt cho quý vị, thanh toán cho các thuốc theo toa của quý vị, cộng với số tiền mà chúng tôi phải trả.

Khi quý vị mua thuốc theo toa qua chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một báo cáo gọi là tờ *Giải thích Quyền lợi*. Chúng tôi gọi ngắn gọn là EOB. EOB này sẽ bao gồm:

- **Thông tin trong tháng**. Báo cáo này sẽ cho biết những loại thuốc kê toa mà quý vị đã nhận. Nó cho biết tổng chi phí thuốc, chúng tôi đã trả những gì, và quý vị và người khác thanh toán cho quý vị đã trả những gì.
- **Thông tin “Từ đầu năm đến nay”**. Đây là tổng chi phí thuốc của quý vị và tổng số tiền đã thanh toán từ ngày 1 tháng Một.

Chúng tôi cung cấp việc bảo hiểm các loại thuốc không được Medicare bảo hiểm.

- Các khoản thanh toán cho những loại thuốc này sẽ không được tính vào tổng chi phí tự trả của quý vị.
- Chúng tôi cũng thanh toán cho một số loại thuốc mua không cần toa bác sĩ. Quý vị không phải thanh toán bất cứ khoản nào cho các loại thuốc sau.
- Để tìm hiểu những loại thuốc nào được chương trình của chúng tôi bảo hiểm, hãy xem Danh Sách Thuốc.

B. Cách theo dõi chi phí thuốc của quý vị

Để theo dõi chi phí thuốc của quý vị và những khoản tiền mà quý vị thanh toán, chúng tôi sử dụng hồ sơ mà chúng tôi nhận được từ quý vị và nhà thuốc của quý vị. Phần sau đây sẽ cho biết quý vị có thể giúp chúng tôi như thế nào:

1. Sử dụng thẻ hội viên của quý vị.

Xuất trình thẻ hội viên (ID card) vào mỗi lần quý vị mua thuốc toa. Điều này sẽ giúp chúng tôi biết được quý vị lấy thuốc theo toa nào và những gì quý vị thanh toán.

2. Đảm bảo chúng tôi có được các thông tin chúng tôi cần.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Hãy cung cấp cho chúng tôi bản sao của biên nhận cho các thuốc mà quý vị đã trả tiền. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho quý vị phần chi phí mà chúng tôi phải trả.

Sau đây là những lúc quý vị cần cung cấp cho chúng tôi bản sao của biên nhận:

- Khi quý vị mua thuốc được bảo hiểm tại một nhà thuốc trong mạng lưới với một giá đặc biệt hoặc sử dụng thẻ chiết khấu không nằm trong quyền lợi chương trình của chúng tôi
- Khi quý vị thanh toán tiền đồng trả cho thuốc mà quý vị mua theo chương trình hỗ trợ bệnh nhân của nhà sản xuất thuốc.
- Khi quý vị mua thuốc được bảo hiểm tại một hiệu thuốc ngoài mạng lưới
- Khi quý vị thanh toán toàn bộ giá tiền cho một loại thuốc được bảo hiểm

Để tìm hiểu cách yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần đóng góp chi phí của chúng tôi cho một loại thuốc, xem Chương 7.

3. Gửi chúng tôi thông tin về các khoản thanh toán người khác đã trả cho quý vị.

Các khoản thanh toán mà những người và tổ chức khác nào đó đã trả cho quý vị cũng được tính vào chi phí tự chi trả của quý vị. Ví dụ, các khoản thanh toán của chương trình hỗ trợ thuốc AIDS, Dịch vụ Y tế của Người Mỹ Bản địa (Indian Health Service), hầu hết các tổ chức từ thiện đều được tính vào chi phí tự chi trả của quý vị. Điều này có thể giúp quý vị đủ điều kiện hưởng bảo hiểm tai họa. Khi quý vị đạt đến Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương, Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sẽ thanh toán toàn bộ chi phí thuốc Phần D của quý vị cho phần còn lại của năm.

4. Kiểm tra các báo cáo chúng tôi gửi cho quý vị.

Khi quý vị nhận được tờ *Giải thích Quyền lợi* qua thư, xin bảo đảm nó đầy đủ và chính xác. Nếu quý vị nghĩ có gì đó sai sót trong báo cáo, hay quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, xin gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên. Nhớ lưu lại các báo cáo này. Chúng là hồ sơ quan trọng về các chi phí thuốc của quý vị.

C. Các Giai đoạn Thanh toán Thuốc cho các thuốc Medicare Phần D

Có hai giai đoạn thanh toán cho việc bảo hiểm thuốc theo toa Medicare Phần D của quý vị theo chương trình Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Quý vị chi trả bao nhiêu sẽ tùy thuộc vào giai đoạn quý vị đang tham gia khi nhận được một toa thuốc đã được cấp hoặc đang tái cấp thuốc. Dưới đây là hai giai đoạn này:

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Giai đoạn 1: Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu	Giai Đoạn 2: Giai đoạn Bảo hiểm Tai nạn
Trong giai đoạn này, chúng tôi sẽ trả một phần chi phí thuốc của quý vị, và quý vị trả phần chia sẻ chi phí của quý vị. Phần chi phí mà quý vị phải chia sẻ gọi là tiền đồng trả. Quý vị bắt đầu giai đoạn này khi quý vị mua thuốc theo đơn lần đầu tiên trong năm.	Trong giai đoạn này, chúng tôi sẽ trả tất cả chi phí thuốc của quý vị cho đến ngày 31 tháng 12 năm 2020. Quý vị sẽ bắt đầu giai đoạn này khi quý vị đã trả một số tiền nhất định cho các chi phí tiền túi bỏ ra.

D. Giai đoạn 1: Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu

Trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu, chúng tôi sẽ trả phần chia sẻ chi phí thuốc theo toa được bảo hiểm của quý vị, và quý vị trả phần chia sẻ chi phí của quý vị. Phần chi phí mà quý vị phải chia sẻ gọi là tiền đồng trả. Tiền đồng trả sẽ tùy thuộc vào bậc chia sẻ chi phí của thuốc và nơi mà quý vị mua thuốc.

Các mức đóng góp chi phí là các nhóm thuốc có cùng khoản đồng thanh toán. Mỗi loại thuốc trong Danh sách Thuốc của chương trình thuộc một trong bốn (4) bậc chia sẻ chi phí. Thông thường, số mức cao hơn thì khoản đồng thanh toán cao hơn. Để tìm bậc chia sẻ chi phí cho các loại thuốc của mình, quý vị có thể tra cứu trong Danh sách Thuốc.

- Thuốc Bậc 1 là các thuốc gốc và thuốc chính hiệu ưu tiên Medicare Phần D. Tiền đồng trả là \$0.
- Thuốc Bậc 2 là các thuốc gốc và thuốc chính hiệu không ưu tiên và ưu tiên thuộc Medicare Phần D. Tiền đồng trả từ \$0 đến \$8.95, tùy thuộc thu nhập của quý vị.
- Thuốc Bậc 3 là Thuốc gốc và thuốc chính hiệu theo toa được Tiểu bang phê duyệt được bảo hiểm không phải Medicare Medi-Cal. Chúng có tiền đồng trả \$0.
- Thuốc Bậc 4 là thuốc không cần toa (OTC) không phải Medicare được tiểu bang Medi-Cal chấp thuận yêu cầu toa thuốc từ nhà cung cấp. Chúng có tiền đồng trả \$0 với toa thuốc từ nhà cung cấp của quý vị.

D1. Các lựa chọn về nhà thuốc của quý vị

Quý vị trả bao nhiêu tiền cho thuốc là tùy vào việc quý vị mua thuốc tại:

- Nhà thuốc trong mạng lưới, **hoặc**
- Nhà thuốc ngoài mạng lưới.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Trong một số ít trường hợp, chúng tôi bảo hiểm cho thuốc theo toa mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới. Xem Chương 5 để tìm hiểu về thời điểm chúng tôi sẽ thực hiện điều đó.

Để tìm hiểu thêm các lựa chọn về nhà thuốc này, xem Chương 5 trong sổ tay này và *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc của chúng tôi*.

D2. Nhận cung cấp thuốc dài kỳ

Với một số loại thuốc, quý vị có thể mua một lượng cấp để sử dụng lâu dài (còn gọi là “lượng cấp lâu dài”) khi quý vị mua thuốc theo toa. Lượng cấp lâu dài là lượng của 93 ngày. Sẽ tính chi phí cho quý vị giống như cấp thuốc cho một tháng.

Để biết thông tin chi tiết về địa điểm và cách thức được cung cấp thuốc dài hạn, xem Chương 5 hoặc *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc*.

D3. Khoản quý vị trả

Trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu, quý vị trả một khoản tiền đồng trả vào mỗi lần quý vị mua thuốc theo toa. Nếu chi phí thuốc được bảo hiểm của quý vị nhỏ hơn khoản tiền đồng trả đó, quý vị sẽ trả mức thấp hơn.

Quý vị có thể liên hệ với Ban Dịch vụ Hội viên để được biết tiền đồng trả của quý vị là bao nhiêu cho bất kỳ thuốc được bảo hiểm nào.

Phần chia sẻ chi phí của quý vị khi quý vị mua lượng cấp một tháng hoặc lâu dài của một loại thuốc theo toa được bảo hiểm từ:



	Nhà thuốc trong mạng lưới Cấp thuốc cho một tháng hoặc lên tới 93 ngày	Dịch vụ đặt hàng qua bưu điện của chương trình Cấp thuốc cho một tháng hoặc lên tới 93 ngày	Nhà thuốc chăm sóc lâu dài trong mạng lưới Lượng cấp tối đa 34 ngày	Nhà thuốc ngoài mạng lưới Lượng cấp tối đa 10 ngày. Việc bảo hiểm được giới hạn trong phạm vi các trường hợp nào đó mà thôi. Xem Chương 5 để biết chi tiết.
Chia sẻ Chi phí Bậc 1 (Các thuốc gốc và thuốc chính hiệu được ưu tiên Medicare Phần D)	\$0	\$0	\$0	Vui lòng gọi Ban Dịch vụ Hội viên Nhà thuốc để được hỗ trợ.
Chia sẻ Chi phí Bậc 2 (Thuốc gốc và thuốc chính hiệu được ưu tiên và không được ưu tiên Phần D)	Thuốc gốc: \$0/ \$1.30/\$3.60 Chính hiệu: \$0/ \$3.90/\$8.95 (tùy theo mức Trợ cấp Đặc biệt)	Thuốc gốc: \$0/ \$1.30/\$3.60 Chính hiệu: \$0/ \$3.90/\$8.95 (tùy theo mức Trợ cấp Đặc biệt)	Thuốc gốc: \$0/ \$1.30/\$3.60 Chính hiệu: \$0/ \$3.90/\$8.95 (tùy theo mức Trợ cấp Đặc biệt)	Vui lòng gọi Ban Dịch vụ Hội viên Nhà thuốc để được hỗ trợ.
Chia sẻ Chi phí Bậc 3 (Thuốc gốc và thuốc chính hiệu theo toa không phải Medicare được Tiểu bang Medi-Cal phê duyệt được bảo hiểm)	\$0 (lên tới 31 ngày)	Không có cho các thuốc trong bậc này	\$0 (lên tới 34 ngày)	Vui lòng gọi Ban Dịch vụ Hội viên Nhà thuốc để được hỗ trợ.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



	Nhà thuốc trong mạng lưới	Dịch vụ đặt hàng qua bưu điện của chương trình	Nhà thuốc chăm sóc lâu dài trong mạng lưới	Nhà thuốc ngoài mạng lưới
	Cấp thuốc cho một tháng hoặc lên tới 93 ngày	Cấp thuốc cho một tháng hoặc lên tới 93 ngày	Lượng cấp tối đa 34 ngày	Lượng cấp tối đa 10 ngày. Việc bảo hiểm được giới hạn trong phạm vi các trường hợp nào đó mà thôi. Xem Chương 5 để biết chi tiết.
Chia sẻ Chi phí Bậc 4 (Các thuốc mua không cần toa (OTC) không phải Medicare được Tiểu bang Medi-Cal phê duyệt yêu cầu toa thuốc từ nhà cung cấp)	\$0 (lên tới 31 ngày)	Không có cho các thuốc trong bậc này	\$0 (lên tới 34 ngày)	Vui lòng gọi Ban Dịch vụ Hội viên Nhà thuốc để được hỗ trợ.

Để biết nhà thuốc nào có thể cung cấp cho quý vị các lượng cấp lâu dài, xin xem trong *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc của chúng tôi*.

D4. Kết thúc Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu

Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu của quý vị kết thúc khi tổng chi phí tự trả của quý vị đạt mức \$6,350.00. Vào lúc này, Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương sẽ bắt đầu. Chúng tôi bảo hiểm cho tất cả chi phí thuốc của quý vị từ lúc đó cho đến khi kết thúc cuối năm.

Báo cáo *Giải thích Quyền lợi* của quý vị sẽ giúp quý vị theo dõi xem quý vị đã trả bao nhiêu cho thuốc của mình trong năm. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết khi quý vị đạt mức giới hạn \$6,350.00. Nhiều người thường không đạt tới mức này trong một năm.

E. Giai đoạn 2: Giai đoạn Bảo hiểm Tai họa

Khi quý vị đạt đến giới hạn tự chi trả \$6,350.00 cho thuốc theo đơn của quý vị, thì Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương sẽ bắt đầu. Quý vị sẽ ở trong Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương cho đến khi kết thúc năm dương lịch. Trong giai đoạn này, chương trình sẽ thanh toán tất cả các chi phí thuốc Medicare của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



F. Chi phí thuốc của quý vị sẽ ra sao khi bác sĩ của quý vị kê ít hơn lượng cấp của cả tháng

Thông thường, quý vị thanh toán tiền đồng trả để trả cho lượng cấp cả tháng của thuốc được bảo hiểm. Tuy nhiên, bác sĩ của quý vị có thể kê ít hơn lượng cấp của một tháng.

- Có thể có những lúc quý vị muốn yêu cầu bác sĩ của quý vị kê ít hơn lượng cấp của một tháng (ví dụ, khi quý vị lần đầu tiên thử dùng một loại thuốc vốn được biết là có các tác dụng phụ nghiêm trọng).
- Nếu bác sĩ của quý vị đồng ý, quý vị sẽ không phải trả tiền cho lượng cấp của cả tháng với những thuốc nào đó.

Khi quý vị mua ít hơn lượng cấp của một tháng, số tiền quý vị trả sẽ được tính theo số ngày thuốc mà quý vị nhận được. Chúng tôi tính ra số tiền mà quý vị phải trả mỗi ngày cho thuốc của quý vị (“mức chia sẻ chi phí theo ngày”) rồi nhân nó với số ngày thuốc mà quý vị nhận được.

- Dưới đây là ví dụ: Giả sử tiền đồng trả cho thuốc của quý vị cho nguồn cấp cho cả tháng (cấp để dùng cho 30 ngày) là \$1.30. Điều này có nghĩa là số tiền quý vị trả cho thuốc của quý vị cao hơn \$0.04 một chút một ngày. Nếu quý vị nhận được lượng cấp của 7 ngày, thì tiền thanh toán của quý vị sẽ là \$0.04 mỗi ngày nhân cho 7 ngày, ra tổng số là \$0.30.
- Mức chia sẻ chi phí theo ngày cho phép quý vị được biết chắc một loại thuốc nào đó có tác dụng tốt cho quý vị hay không rồi quý vị mới phải thanh toán cho lượng cấp cả tháng của thuốc đó.
- Quý vị cũng có thể yêu cầu nhà cung cấp của mình kê toa ít hơn so với lượng cấp một tháng đầy đủ của một loại thuốc, nếu điều này giúp quý vị:
 - lên kế hoạch tốt hơn khi lấy tiếp thuốc của mình,
 - phối hợp mua tiếp các loại thuốc khác mà quý vị dùng, và
 - bớt phải tới nhà thuốc hơn.

G. Trợ cấp chia sẻ chi phí thuốc theo toa cho người bị HIV/AIDS

G1. Chương trình Trợ cấp Thuốc AIDS (ADAP) là gì

Chương trình Trợ cấp Thuốc AIDS (ADAP) giúp bảo đảm những người đủ tiêu chuẩn sống với HIV/AIDS có thể được tiếp cận với thuốc HIV cứu sống họ. Các thuốc theo toa Medicare Phần D ngoại trú mà cũng được ADAP trợ cấp, được trợ cấp tiền chia sẻ chi phí thuốc theo toa qua Phòng AIDS, Bộ Y tế Công của California (California Department of Public Health) cho những người được ghi danh vào ADAP.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



G2. Phải làm gì nếu quý vị không được ghi danh vào ADAP

Để biết về tiêu chuẩn hưởng, các thuốc được trợ cấp, hoặc cách thức ghi danh vào chương trình này, xin gọi 1-844-421-7050 hoặc vào trang ADAP tại https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

G3. Phải làm gì nếu quý vị đã được ghi danh vào ADAP

ADAP có thể tiếp tục trợ cấp tiền chia sẻ chi phí thuốc theo toa Medicare Phần D cho các thuốc nằm trong danh sách thuốc của ADAP cho khách hàng của ADAP. Để bảo đảm quý vị được tiếp tục nhận khoản trợ cấp này, xin thông báo cho cán sự ghi danh ADAP tại địa phương của quý vị bất kỳ thay đổi nào về tên hoặc số chính sách của chương trình Medicare Phần D của quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp để tìm nơi ghi danh ADAP gần nhất và/hoặc cán sự ghi danh, vui lòng gọi số 1-844-421-7050 hoặc vào trang web nói trên.

H. Tiêm chủng

Chúng tôi bảo hiểm cho các vắc-xin Medicare Phần D. Chúng tôi có hai phần bảo hiểm tiêm vắc-xin trong Medicare Phần D:

1. Phần bảo hiểm thứ nhất là chi phí của **bản thân vắc xin**. Vắc-xin là một loại thuốc kê toa.
2. Phần thứ hai của bảo hiểm là dành cho chi phí **cấp vắc-xin cho quý vị**. Ví dụ, thành thạo quý vị có thể nhận vắc-xin ở dạng chích do bác sĩ chích cho quý vị.

H1. Quý vị cần biết gì trước khi quý vị tiêm vắc xin

Chúng tôi khuyên quý vị nên gọi cho chúng tôi trước qua Ban Dịch vụ Hội viên mỗi khi quý vị tính chích ngừa.

- Chúng tôi có thể cho quý vị biết cách thức chương trình của chúng tôi bảo hiểm cho việc tiêm vắc-xin của quý vị cũng như sẽ giải thích về phần chi phí của quý vị.
- Chúng tôi có thể trao đổi với quý vị cách thức giảm bớt các chi phí bằng cách sử dụng các hiệu thuốc và nhà cung cấp trong mạng lưới. Nhà thuốc trong mạng lưới là các nhà thuốc đã đồng ý làm việc với chương trình của chúng tôi. Nhà cung cấp trong mạng lưới là một nhà cung cấp hoạt động cùng với chương trình sức khỏe này. Nhà cung cấp trong mạng lưới nên làm việc với Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan để đảm bảo quý vị không bị tính phí trả trước cho vắc-xin Phần D.

H2. Những gì quý vị phải trả cho tiêm chủng Medicare Phần D

Những gì quý vị thanh toán cho việc chủng ngừa sẽ tùy thuộc vào loại vắc-xin (quý vị đã được chủng ngừa bệnh gì).

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- Một số vắc xin được xem là phúc lợi y tế chứ không phải là thuốc. Các vắc-xin này được bảo hiểm miễn phí cho quý vị. Để tìm hiểu thêm về việc bảo hiểm cho các vắc xin này, xem Bảng Quyền lợi ở Chương 4, .
- Các vắc-xin khác được coi là các thuốc Medicare Phần D. Quý vị có thể thấy các vắc xin này được liệt kê trong Danh sách Thuốc của chương trình. Quý vị có thể phải trả một khoản đồng thanh toán cho các vắc-xin Medicare Phần D.

Dưới đây là ba cách mà quý vị có thể nhận được các vắc-xin thuộc danh mục Medicare Phần D.

1. Quý vị nhận được vắc-xin Medicare Phần D tại một nhà thuốc trong mạng lưới và tiêm chủng tại nhà thuốc đó.
 - Quý vị sẽ không phải trả **hoặc** thanh toán tiền đồng trả cho vắc xin đó.
2. Quý vị mua vắc xin Medicare Phần D tại văn phòng bác sĩ của quý vị rồi bác sĩ chích luôn cho quý vị.
 - Quý vị sẽ không phải trả **hoặc** thanh toán tiền đồng trả của vắc xin đó cho bác sĩ.
 - Chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán chi phí chích cho quý vị
 - Văn phòng bác sĩ phải gọi cho chương trình chúng tôi trong trường hợp này để chúng tôi biết chắc rằng họ biết quý vị không phải trả **hoặc** trả tiền đồng trả cho vắc xin đó mà thôi.
3. Quý vị tự mình nhận được vắc-xin Medicare Phần D tại một nhà thuốc và đưa tới phòng khám bác sĩ của quý vị để tiêm.
 - Quý vị sẽ không trả gì cho vắc-xin đó.
 - Chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán chi phí chích cho quý vị



Chương 7: Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho những dịch vụ hoặc thuốc được bảo hiểm

Giới thiệu

Chương này cho quý vị biết cách thức và thời gian gửi cho chúng tôi hóa đơn để yêu cầu thanh toán. Nó cũng cho quý vị biết cách đệ đơn kháng cáo khi quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm. Các thuật ngữ chính và định nghĩa theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ tay Hội viên*.

Mục lục

A. Yêu cầu chúng tôi thanh toán cho những dịch vụ hoặc thuốc của quý vị.....	147
B. Gửi yêu cầu thanh toán.....	149
C. Quyết định bảo hiểm.....	150
D. Kháng cáo.....	151



A. Yêu cầu chúng tôi thanh toán cho những dịch vụ hoặc thuốc của quý vị

Nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi phải gửi hóa đơn cho chương trình cho các dịch vụ và thuốc được bảo hiểm mà quý vị đã được nhận rồi. Nhà cung cấp trong mạng lưới là một nhà cung cấp hoạt động cùng với chương trình sức khỏe này.

Nếu quý vị nhận được hóa đơn cho toàn bộ chi phí của dịch vụ hoặc thuốc men, hãy gửi hóa đơn đó cho chúng tôi. Để gửi hóa đơn cho chúng tôi, xem trang 149

- Nếu các dịch vụ hoặc thuốc đó được bảo hiểm, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp đó.
- Nếu dịch vụ hoặc thuốc được đài thọ và quý vị đã trả quá phần chia sẻ chi phí của quý vị, quý vị có quyền được trả lại.
- Nếu dịch vụ hoặc thuốc đó **không** được bảo hiểm, chúng tôi sẽ cho quý vị biết.

Liên lạc Ban Dịch vụ Hội viên hoặc người quản lý hồ sơ của quý vị nếu quý vị có bất cứ thắc mắc nào. Nếu quý vị không biết những khoản nào quý vị nên chi trả hoặc nếu quý vị nhận hóa đơn và không biết phải làm gì với hóa đơn đó, chúng tôi có thể hỗ trợ. Quý vị cũng có thể gọi điện đến nếu muốn cho biết thông tin về yêu cầu thanh toán mà quý vị đã gửi cho chúng tôi.

Sau đây là các ví dụ về những lúc quý vị có thể cần yêu cầu chúng tôi hoàn tiền lại cho quý vị hoặc trả tiền hóa đơn mà quý vị đã nhận được:

1. Khi quý vị nhận dịch vụ cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp cần thiết của một nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Quý vị cần yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ đó gửi hóa đơn cho chúng tôi.

- Nếu quý vị đã thanh toán trọn số tiền khi nhận dịch vụ chăm sóc đó, hãy yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho quý vị. Gửi chúng tôi hóa đơn và bằng chứng cho mọi khoản thanh toán quý vị đã thực hiện.
- Quý vị có thể nhận hóa đơn từ nhà cung cấp đang đề nghị thanh toán mà quý vị nghĩ rằng quý vị không nợ. Gửi chúng tôi hóa đơn và bằng chứng cho mọi khoản thanh toán quý vị đã thực hiện.
 - Nếu nhà cung cấp cần được trả tiền, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp đó.
 - Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ, chúng tôi hoàn tiền lại cho quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



2. Khi nhà cung cấp trong mạng lưới gửi quý vị hóa đơn

Các nhà cung cấp trong mạng lưới luôn phải gửi hóa đơn cho chúng tôi. Hãy xuất trình Thẻ ID hội viên Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan khi quý vị nhận bất kỳ dịch vụ hoặc mua thuốc theo toa nào. Gửi hóa đơn không đúng/không phù hợp là tình huống mà trong đó nhà cung cấp dịch vụ (như bác sĩ hoặc bệnh viện chẳng hạn) xuất hóa đơn cho quý vị cao hơn mức chia sẻ chi phí của chương trình cho dịch vụ. **Gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên nếu quý vị nhận được bất kỳ hóa đơn nào.**

- Vì Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan thanh toán toàn bộ chi phí cho các dịch vụ, quý vị không phải thanh toán bất kỳ chi phí nào. Nhà cung cấp không lập hóa đơn cho quý vị về các dịch vụ này.
- Bất kể khi nào quý vị nhận hóa đơn từ nhà cung cấp trong mạng lưới, gửi hóa đơn cho chúng tôi. Chúng tôi sẽ trực tiếp liên lạc với nhà cung cấp đó và xử lý vấn đề đó.
- Nếu quý vị đã thanh toán xong hóa đơn cho một nhà cung cấp trong mạng lưới, gửi hóa đơn đó và bằng chứng của bất kỳ khoản tiền nào mà quý vị đã thanh toán cho chúng tôi. Chúng tôi sẽ hoàn tiền lại cho quý vị cho các dịch vụ được bảo hiểm.

3. Khi quý vị sử dụng nhà thuốc ngoài mạng lưới để mua thuốc theo toa

Nếu quý vị mua thuốc ngoài mạng lưới, quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí thuốc theo toa của quý vị.

- Trong một số ít trường hợp, chúng tôi bảo hiểm cho thuốc theo toa mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới. Gửi cho chúng tôi bản sao biên nhận khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần đóng góp chi phí của chúng tôi.
- Vui lòng xem Chương 5 để biết thêm về các nhà thuốc ngoài mạng lưới.

4. Khi quý vị phải trả toàn bộ chi phí thuốc toa vì không mang theo thẻ hội viên

Nếu quý vị không mang theo thẻ hội viên, quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc gọi cho chúng tôi hoặc tìm kiếm thông tin ghi danh của quý vị trong chương trình.

- Nếu nhà thuốc đó không tìm được thông tin họ cần phải có ngay, quý vị có thể sẽ phải tự trả toàn bộ chi phí thuốc theo toa.
- Gửi cho chúng tôi bản sao biên nhận khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần đóng góp chi phí của chúng tôi.

5. Khi quý vị thanh toán chi phí đầy đủ cho toa thuốc để nhận thuốc không được bảo hiểm

Quý vị có thể sẽ phải trả toàn bộ chi phí thuốc theo toa vì loại thuốc đó không được bảo hiểm.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- Thuốc đó có thể không nằm trong *Danh sách Thuốc được Bảo hiểm* (Danh sách Thuốc) của chúng tôi, hoặc nó có một yêu cầu hay hạn chế gì đó mà quý vị chưa biết hoặc không nghĩ rằng sẽ áp dụng cho quý vị. Nếu quý vị quyết định mua thuốc đó, quý vị có thể sẽ phải trả toàn bộ chi phí cho thuốc đó.
 - Nếu quý vị không trả tiền cho thuốc đó mà nghĩ rằng nó phải được bảo hiểm, quý vị có thể yêu cầu ra quyết định bảo hiểm (xem Chương 9).
 - Nếu quý vị và bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác nghĩ rằng quý vị cần loại thuốc đó ngay lập tức thì quý vị có thể yêu cầu một quyết định bảo hiểm nhanh (xem Chương 9).
- Gửi chúng tôi một bản sao hóa đơn của quý vị khi yêu cầu hoàn lại tiền. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể sẽ cần thu thập thêm thông tin từ bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị để thanh toán lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí cho thuốc đó của chúng tôi.

Khi quý vị gửi yêu cầu thanh toán cho chúng tôi, chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu của quý vị và quyết định xem dịch vụ hoặc thuốc đó có được bảo hiểm hay không. Việc này được gọi là ra “quyết định bảo hiểm.” Nếu chúng tôi xác định rằng nó được bảo hiểm, chúng tôi sẽ trả phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ hoặc thuốc đó. Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Để tìm hiểu cách tiến hành kháng cáo, xem Chương 9.

B. Gửi yêu cầu thanh toán

Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn của quý vị và bằng chứng của bất kỳ việc trả tiền nào mà quý vị đã thực hiện. Bằng chứng của việc trả tiền có thể là bản sao của tấm chi phiếu mà quý vị đã viết hoặc biên nhận của nhà cung cấp dịch vụ. **Một ý kiến hay đó là sao lại hóa đơn và biên nhận của quý vị để lưu hồ sơ.**

Hãy gửi qua bưu điện thư yêu cầu trả tiền cùng bất kỳ hóa đơn hoặc biên nhận nào của quý vị cho chúng tôi theo địa chỉ sau đây:

Đối với Yêu cầu Bảo hiểm Phần D

IngenioRx

Claims Department - Part D Services

P.O. Box 52077

Phoenix, AZ 85072-2077

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Đối với Yêu cầu Bảo hiểm Phần C

CareMore MMP Claims Services

P.O. Box 366

Artesia, CA 90702-0366

Quý vị cũng có thể gọi cho chúng tôi để yêu cầu thanh toán. Gọi Ban Dịch vụ Hội viên theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí.

Quý vị phải nộp yêu cầu bảo hiểm của quý vị cho chúng tôi trong vòng 365 ngày kể từ ngày quý vị nhận được dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc đó.

C. Quyết định bảo hiểm

Khi chúng tôi nhận được yêu cầu thanh toán của quý vị, chúng tôi sẽ ra quyết định bảo hiểm. Tức là chúng tôi sẽ quyết định xem dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc của quý vị có được chương trình của chúng tôi đài thọ hay không. Chúng tôi cũng sẽ quyết định về số tiền, nếu có, mà quý vị phải trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc đó.

- Chúng tôi sẽ cho quý vị biết nếu chúng tôi cần quý vị cung cấp thêm thông tin.
- Nếu chúng tôi xác định được rằng dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc đó được bảo hiểm và quý vị đã tuân thủ tất cả các quy định khi nhận, chúng tôi sẽ thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ hoặc thuốc đó. Nếu quý vị đã lỡ thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc đó rồi, chúng tôi sẽ gửi qua bưu điện cho quý vị séc trả cho phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Nếu quý vị chưa trả cho dịch vụ hoặc thuốc đó, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp dịch vụ đó.

Chương 3 giải thích quy định về việc nhận các dịch vụ được bảo hiểm của quý vị. Chương 5 giải thích các nguyên tắc nhận thuốc theo toa Medicare Phần D được bảo hiểm của quý vị.

- Nếu chúng tôi quyết định không thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ hoặc thuốc đó, chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do không thanh toán cho quý vị. Thư này cũng sẽ giải thích các quyền được tiến hành kháng cáo của quý vị.
- Để tìm hiểu thêm về quyết định bảo hiểm, xem Chương 9.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



D. Kháng cáo

Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã nhầm khi từ chối yêu cầu trả tiền của quý vị, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định của chúng tôi. Việc này được gọi là kháng cáo. Quý vị cũng có thể kháng cáo nếu quý vị không đồng ý với số tiền mà chúng tôi trả.

Quy trình kháng cáo là một quy trình chính thức có các thủ tục chi tiết và thời hạn quan trọng. Để tìm hiểu thêm về việc kháng cáo, xem Chương 9.

- Nếu quý vị muốn tiến hành kháng cáo để được hoàn trả tiền cho một dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hãy xem trang 186.
- Nếu quý vị muốn tiến hành kháng cáo để được hoàn trả tiền cho một loại thuốc, hãy xem trang 208.



Chương 8: Quyền và trách nhiệm của quý vị

Giới thiệu

Chương này bao gồm các quyền và trách nhiệm của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình. Chúng tôi phải tôn trọng các quyền của quý vị. Các thuật ngữ chính và định nghĩa theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ tay Hội viên*.

Mục lục

A. Quyền được cung cấp thông tin theo cách phù hợp với nhu cầu của quý vị.....	153
B. Chúng tôi có trách nhiệm bảo đảm quý vị sẽ nhận được kịp thời các dịch vụ và thuốc men được bảo hiểm	156
C. Chúng tôi có trách nhiệm bảo vệ thông tin sức khỏe cá nhân (PHI) của quý vị	157
C1. Chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị như thế nào.....	157
C2. Quý vị có quyền xem các hồ sơ y khoa của mình.....	158
D. Chúng tôi có trách nhiệm cung cấp thông tin cho quý vị về chương trình của chúng tôi, nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi, và các dịch vụ được bảo hiểm	164
E. Nhà cung cấp trong mạng lưới không thể gửi hóa đơn trực tiếp cho quý vị.....	165
F. Quyền rời khỏi Cal MediConnect Plan.....	165
G. Quý vị có quyền ra quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho mình.....	165
G1. Quý vị có quyền được biết các lựa chọn điều trị của mình và quyết định việc chăm sóc sức khỏe của quý vị	165
G2. Quý vị có quyền cho biết quý vị muốn phải làm sao khi quý vị không thể tự quyết định về việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị	166
G3. Cần làm gì nếu không tuân thủ các hướng dẫn của quý vị	167
H. Quý vị có quyền khiếu nại và yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định của chúng tôi	167
H1. Những gì cần làm nếu quý vị nghĩ rằng mình bị đối xử không công bằng hoặc quý vị muốn thêm thông tin về quyền của quý vị.....	168
I. Trách nhiệm của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình	168

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



A. Quyền được cung cấp thông tin theo cách phù hợp với nhu cầu của quý vị

We must tell you about the plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has people who can answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio. You can call Member Services and ask to have materials sent to you in Spanish, Chinese, Vietnamese, and Tagalog.
- You can get this document for free in other languages and formats, such as large print, braille, or audio. Call Member Services at the number listed on the bottom of this page. When calling, let us know if you want this to be a standing order. That means we will send the same documents in your requested format and language every year. You can also call us to change or cancel a standing order. You can also find your documents online at duals.anthem.com.
- If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048. You can make a complaint about Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan to the Cal MediConnect Ombuds program by calling 1-855-501-3077 (TTY: 711).

Debemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de manera que usted pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que usted sea parte de nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame a Servicios para los miembros. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder las preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del español y en formatos como letra grande, braille o audio. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir que le envíen los materiales en español, chino, vietnamita y tagalo.
- Puede obtener este documento de forma gratuita en otros idiomas y formatos, como en letra grande, braille o audio. Llame a Servicios para los miembros al número que está en la parte inferior de esta página. Cuando llame, indique si su solicitud es permanente. Eso quiere decir que le enviaremos los mismos documentos en el

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



formato e idioma solicitados todos los años. También puede llamarnos para cambiar o cancelar la solicitud permanente. También puede encontrar los documentos en línea, en duals.anthem.com.

- Si tiene dificultades para recibir información de nuestro plan debido a limitaciones de idioma o una discapacidad, y desea presentar un reclamo, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede hacer un reclamo acerca de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ante el Cal MediConnect Ombuds Program llamando al 1-855-501-3077 (TTY 711).

我們必須以您能夠了解的方式告知您本計劃的福利以及您的權利。在您加入本計劃期間，我們必須每年均將您的權利告知您。

- 如欲以您能夠了解的方式取得資訊，請致電會員服務部。本計劃有精通不同語言的人員可以為您解答疑問。
- 本計劃也給予您英語以外的語言和大型字體印刷、點字或音訊格式的資料。您可致電會員服務部並要求向您寄發西班牙文、中文、越南文和菲律賓文形式的材料。
- 您可以免費取得此檔案的其他語言和格式版本，例如大號字體印刷版、盲文或音訊。致電會員服務部，電話號碼見本頁面底部。致電時，如果您希望這是一個長期訂單，請告訴我們。這意味著我們每年都會以您要求的格式和語言傳送相同的文件。您也可以致電我們變更或取消長期訂單。您也可以從 duals.anthem.com 在線上尋找您的文件。
- 如果您因語言問題或殘疾原因難以獲得本計劃的資訊並希望提出投訴，請致電 Medicare，1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。您可每週 7 天，每天 24 小時撥打該電話。聽障和語障 (TTY) 人士可致電 1-877-486-2048。您可就 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 向 Cal MediConnect Ombuds program 提出投訴，電話號碼為 1-855-501-3077 (TTY: 711)。

Chúng tôi phải cho quý vị biết các quyền lợi của chương trình và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải thông báo về các quyền của quý vị mỗi năm khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để được nhận thông tin theo cách mà quý vị có thể hiểu được, xin gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên. chương trình của chúng tôi bao gồm những người có thể trả lời thắc mắc bằng các ngôn ngữ khác nhau.
- chương trình chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng những ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Anh ở các dạng thức như chữ in lớn, chữ nổi Braille, hoặc âm thanh. Quý vị có thể gọi Ban Dịch vụ Hội viên và yêu cầu gửi thông tin này cho quý vị bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Trung, tiếng Việt và tiếng Tagalog.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- Quý vị có thể yêu cầu cung cấp miễn phí tài liệu này ở các ngôn ngữ và dạng thức khác, như chữ in lớn, chữ nổi braille, hoặc âm thanh. Gọi Ban Dịch vụ Hội viên theo số được ghi ở cuối trang này. Khi gọi điện, cho chúng tôi biết nếu quý vị muốn đây là yêu cầu lâu dài. Điều này có nghĩa là chúng tôi sẽ gửi các tài liệu tương tự theo định dạng và ngôn ngữ yêu cầu hàng năm. Quý vị cũng có thể gọi cho chúng tôi để thay đổi hoặc hủy bỏ yêu cầu lâu dài. Quý vị cũng có thể tìm thấy các tài liệu của mình tại duals.anthem.com.
- Nếu quý vị gặp khó khăn khi tiếp nhận thông tin từ chương trình chúng tôi do bất đồng ngôn ngữ hay khuyết tật và quý vị muốn khiếu nại, xin gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi đến vào 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Quý vị có thể gửi đơn khiếu nại về Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan cho Cal MediConnect Ombuds program bằng cách gọi 1-855-501-3077 (TTY: 711).

Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng plan at ang iyong mga karapatan sa paraan na mauunawaan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan bawat taon na ikaw ay nasa aming plan.

- Para makakuha ng impormasyon sa paraang mauunawaan mo, tawagan ang Member Services. Ang aming plan ay may mga tao na makakasagot sa mga katanungan sa iba't ibang wika.
- Maaari ka ring bigyan ng aming plan ng mga babasahin sa mga wika bukod sa Ingles at sa mga format tulad ng malalaking letra, braille, o audio. Maaari kang tumawag sa Member Services at humiling na ipadala ang mga babasahin sa iyo sa wikang Spanish, Chinese, Vietnamese, at Tagalog.
- Makukuha mo ang dokumentong ito nang libre sa iba pang mga wika at format tulad ng malalaking letra, braille, o audio. Tumawag sa Member Services sa numerong nakalista sa ilalim ng pahinang ito. Kapag tumatawag, ipaalam sa amin kung gusto mong ito ay maging regular na order. Nangangahulugan iyon na ipadadala namin ang parehong mga dokumento sa iyong hiniling na format at wika bawat taon. Maaari ka ring tumawag sa amin upang baguhin o kanselahin ang regular na order. Makikita mo rin ang iyong mga dokumento online sa duals.anthem.com.
- Kung nagkakaproblema kang makakuha ng impormasyon mula sa aming plan dahil sa mga problema sa wika o isang kapansanan at nais mong maghain ng reklamo, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Makakatawag ka 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Maaari kang magreklamo tungkol sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa Cal MediConnect Ombuds program sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-855-501-3077 (TTY: 711).

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



B. Chúng tôi có trách nhiệm bảo đảm quý vị sẽ nhận được kịp thời các dịch vụ và thuốc men được bảo hiểm

Nếu quý vị không thể nhận được các dịch vụ trong khoảng thời gian hợp lý, chúng tôi sẽ phải thanh toán cho dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới.

Là hội viên chương trình của chúng tôi:

- Quý vị có quyền chọn một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) cho mình trong mạng lưới của chúng tôi. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp có cộng tác với chúng tôi. Quý vị có thể tìm hiểu thêm thông tin về việc chọn PCP tại Chương 3.
 - Xin gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên hoặc xem trong *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* để tìm hiểu thêm về nhà cung cấp trong mạng lưới và biết bác sĩ nào đang nhận bệnh nhân mới.
- Phụ nữ có quyền thăm khám tại bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ mà không cần phải xin giấy giới thiệu. Giấy giới thiệu là chấp thuận từ PCP để thăm khám người khác không phải PCP của quý vị.
- Quý vị có quyền nhận dịch vụ được bảo hiểm của nhà cung cấp trong mạng lưới trong một khoảng thời gian hợp lý.
 - Điều này bao gồm quyền nhận các dịch vụ kịp thời từ bác sĩ chuyên khoa.
- Quý vị có quyền nhận các dịch vụ cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn thiết mà không cần chấp thuận trước.
- Quý vị có quyền được mua thuốc toa tại bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi mà không phải chờ lâu.
- Quý vị có quyền được biết khi nào quý vị có thể được thăm khám tại nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Để tìm hiểu về các nhà cung cấp ngoài mạng lưới, xem Chương 3.
- Khi mới tham gia chương trình chúng tôi, quý vị có quyền được sử dụng nhà cung cấp hiện tại và giấy cho phép sử dụng dịch vụ của quý vị trong tối đa 12 tháng nếu thỏa mãn một số điều kiện nào đó. Để tìm hiểu thêm về việc tiếp tục sử dụng nhà cung cấp dịch vụ hiện tại và giấy cho phép sử dụng dịch vụ của quý vị, xem Chương 1.
- Quý vị có quyền tự điều khiển việc chăm sóc cho mình với sự trợ giúp của đội ngũ chăm sóc và người quản lý hồ sơ của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Chương 9 cho biết quý vị có thể làm gì nếu cho rằng mình không nhận được các dịch vụ và thuốc men trong một khoảng thời gian hợp lý. Chương 9 cũng thông báo về những việc quý vị có thể làm nếu chúng tôi đã từ chối bảo hiểm cho các dịch vụ hoặc thuốc của quý vị và quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi.

C. Chúng tôi có trách nhiệm bảo vệ thông tin sức khỏe cá nhân (PHI) của quý vị

Chúng tôi bảo mật cho thông tin sức khỏe cá nhân (PHI) của quý vị theo yêu cầu của luật pháp liên bang và tiểu bang.

PHI của quý vị gồm có những thông tin mà quý vị cung cấp cho chúng tôi khi ghi danh vào chương trình này. Thông tin đó cũng bao gồm cả hồ sơ y tế và các thông tin y tế và sức khỏe khác của quý vị.

Quý vị có quyền được cung cấp thông tin và được điều khiển cách sử dụng PHI của quý vị. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản về các quyền này và cho biết chúng tôi bảo vệ quyền riêng tư và PHI của quý vị như thế nào. Thông báo đó được gọi là “Thông báo về việc Thực hành Quyền riêng tư.”

C1. Chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị như thế nào

Chúng tôi bảo đảm để người không được phép sẽ không được xem hoặc thay đổi hồ sơ của quý vị.

Trong hầu hết mọi trường hợp, chúng tôi sẽ không cung cấp PHI của quý vị cho bất kỳ ai không cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị hoặc thanh toán dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Nếu chúng tôi thực hiện, chúng tôi bắt buộc trước hết phải nhận được sự cho phép bằng văn bản từ quý vị. Văn bản cho phép có thể được cung cấp bởi quý vị hoặc người khác có quyền hạn pháp lý để đưa ra các quyết định thay quý vị.

Cũng có một số trường hợp nhất định khi chúng tôi không cần phải có văn bản cho phép trước của quý vị. Các ngoại lệ này được cho phép hoặc yêu cầu theo pháp luật.

- Chúng tôi được yêu cầu cung cấp PHI cho các cơ quan chính phủ kiểm tra chất lượng việc chăm sóc của chúng tôi.
- Chúng tôi được yêu cầu cung cấp PHI theo lệnh của tòa án.
- Chúng tôi phải cung cấp cho Medicare PHI của quý vị. Nếu Medicare cung cấp thông tin của quý vị cho việc nghiên cứu hoặc sử dụng khác, họ sẽ phải thực hiện theo luật pháp của liên bang. Nếu Medi-Cal công khai thông tin của quý vị cho cuộc nghiên cứu hoặc mục đích khác thì việc đó phải được thực hiện theo các luật pháp tiểu bang và liên bang.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



C2. Quý vị có quyền xem các hồ sơ y khoa của mình

- Quý vị có quyền xem các hồ sơ bệnh án và nhận một bản sao các hồ sơ của mình. Chúng tôi được phép tính quý vị một khoản lệ phí khi cung cấp bản sao hồ sơ y tế cho quý vị.
- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cập nhật hoặc sửa sai hồ sơ y tế của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi làm điều đó, chúng tôi sẽ làm việc với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để quyết định xem có cần thay đổi hay không.
- Quý vị có quyền được biết PHI của quý vị có đã được chia sẻ với người khác chưa và chia sẻ như thế nào.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc lo ngại về quyền riêng tư về PHI của quý vị, gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên.

Thông báo này có thể thay đổi. Để đảm bảo rằng quý vị đang xem phiên bản mới nhất, quý vị có thể yêu cầu phiên bản hiện tại từ Ban Dịch vụ Hội viên (số điện thoại được in ở dưới cùng của trang này) hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại duals.anthem.com.

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) Thông báo Quy định về Quyền riêng tư HIPAA

Ngày có hiệu lực ban đầu của thông báo này là ngày 14 tháng 4 năm 2003. Ngày sửa đổi gần đây nhất được hiển thị ở cuối thông báo này.

Vui lòng đọc thông báo này thật cẩn thận. Thông báo này sẽ cho quý vị biết ai có thể xem thông tin y tế được bảo vệ của quý vị (PHI). Nó sẽ cho quý vị biết khi nào chúng tôi phải xin phép sự đồng ý của quý vị trước khi chia sẻ. Thông báo sẽ cho quý vị biết khi nào chúng tôi có thể chia sẻ mà không cần sự đồng ý của quý vị. Trong đó cũng cho biết những quyền quý vị có để xem và thay đổi thông tin của mình.

Các thông tin về sức khỏe và tiền bạc của quý vị là riêng tư. Luật pháp quy định chúng tôi phải bảo mật loại thông tin này, được gọi là PHI, cho các hội viên của chúng tôi. Điều đó có nghĩa nếu quý vị hiện là hội viên hoặc đã từng là hội viên, thông tin của quý vị được bảo mật.

Chúng tôi nhận thông tin về quý vị từ các cơ quan tiểu bang dành cho Medi-Cal và Centers for Medicare & Medicaid Services sau khi quý vị hội đủ điều kiện và đăng ký chương trình chăm sóc sức khỏe của chúng tôi. Chúng tôi cũng lấy thông tin này từ bác sĩ, phòng khám, phòng thí nghiệm và bệnh viện của quý vị để chúng tôi có thể đồng ý và thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Luật pháp liên bang quy định chúng tôi phải cho quý vị biết những gì mà luật pháp quy định chúng tôi cần phải thực hiện để bảo vệ PHI được tiết lộ cho chúng tôi bằng văn bản hoặc được lưu trong

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



máy tính. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết chúng tôi bảo mật thông tin này như thế nào. Để bảo vệ PHI:

- Trên giấy (gọi là hữu hình), chúng tôi:
 - Khóa các văn phòng và tệp của chúng tôi
 - Tiêu hủy giấy tờ về thông tin sức khỏe để những người khác không thể lấy được
- Được lưu trên máy tính (gọi là kỹ thuật), chúng tôi:
 - Sử dụng mật khẩu để chỉ những người thích hợp mới có thể truy cập vào
 - Sử dụng các chương trình đặc biệt để theo dõi hệ thống của chúng tôi
- Do những người làm việc cho chúng tôi, các bác sĩ hoặc tiểu bang sử dụng hoặc chia sẻ, chúng tôi:
 - Thiết lập các quy tắc bảo mật thông tin (gọi là các chính sách và thủ tục)
 - Chỉ dẫn những người làm việc cho chúng tôi tuân theo các nguyên tắc này

Khi nào chúng tôi có thể sử dụng và chia sẻ thông tin PHI của quý vị?

Chúng tôi có thể chia sẻ PHI của quý vị với gia đình quý vị hoặc người quý vị đã chọn lựa để trợ giúp hoặc thanh toán các dịch vụ chăm sóc của quý vị nếu quý vị thông báo với chúng tôi là Đồng Ý. Đôi khi, chúng tôi có thể sử dụng và chia sẻ thông tin mà **không có** sự Đồng ý của quý vị:

- **Cho hoạt động chăm sóc y tế của quý vị**
 - Để giúp các bác sĩ, bệnh viện và những người khác cho quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc quý vị cần
- **Cho thanh toán, hoạt động chăm sóc sức khỏe và điều trị**
 - Để chia sẻ thông tin với bác sĩ, phòng khám và những người khác tính hóa đơn cho chúng tôi về dịch vụ chăm sóc của quý vị
 - Khi chúng tôi nói rằng chúng tôi sẽ chi trả cho các dịch vụ hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe trước khi quý vị nhận chúng
- **Cho các lý do về dịch vụ chăm sóc sức khỏe**
 - Để hỗ trợ việc kiểm toán, các chương trình chống hành vi gian lận và lạm dụng, lập kế hoạch và thực hiện công việc hàng ngày
 - Để tìm ra các cách để cải thiện các chương trình của chúng tôi
- **Cho các mục đích y tế công cộng**

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



– Để hỗ trợ các cơ quan y tế công cộng bảo vệ người dân khỏi bệnh tật và tổn thương

- **Với những người hỗ trợ hoặc chi trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị**

– Với gia đình quý vị hoặc người quý vị lựa chọn mà giúp đỡ hoặc chi trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, nếu như quý vị cho chúng tôi biết quý vị đồng ý

– Với người giúp đỡ hoặc chi trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, nếu quý vị không thể tự giao tiếp hiệu quả và đó là điều tốt nhất cho quý vị

Chúng tôi phải có được sự đồng ý bằng văn bản của quý vị trước khi chúng tôi sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị vì bất kỳ điều gì ngoại trừ dịch vụ chăm sóc của quý vị, việc thanh toán, kinh doanh hàng ngày, nghiên cứu hoặc những việc khác được liệt kê dưới đây. Chúng tôi phải có được sự đồng ý bằng văn bản của quý vị trước khi chia sẻ các ghi chú về liệu pháp tâm lý liên quan đến quý vị mà chúng tôi có được từ bác sĩ của quý vị.

Quý vị có thể thông báo cho chúng tôi bằng văn bản về việc quý vị muốn thu hồi chấp thuận bằng văn bản của quý vị. Chúng tôi không thể rút lại những gì chúng tôi đã sử dụng hoặc chia sẻ khi có sự đồng ý của quý vị. Nhưng chúng tôi sẽ ngừng sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị trong tương lai.

Những trường hợp khác chúng tôi có thể — hay luật quy định rằng chúng tôi phải — sử dụng PHI của quý vị:

- Để giúp cảnh sát và những người khác thực hiện việc đảm bảo tuân thủ luật pháp của những người khác
- Để báo cáo việc lạm dụng hoặc bỏ rơi
- Để hỗ trợ tòa án khi chúng tôi được yêu cầu
- Để trả lời các tài liệu pháp lý
- Để cung cấp thông tin cho các cơ quan giám sát y tế về các hoạt động chẳng hạn như kiểm toán hoặc kiểm tra
- Để hỗ trợ các điều tra viên về những vụ chết bất thường, chuyên viên khám nghiệm y khoa hoặc trưởng ban tang lễ tìm ra tên và nguyên nhân cái chết của quý vị
- Để hỗ trợ khi quý vị đã yêu cầu hiến tặng các bộ phận cơ thể của mình cho khoa học
- Để nghiên cứu
- Để ngăn ngừa quý vị hoặc những người khác khỏi bị ốm hoặc bị thương nặng
- Để hỗ trợ những người làm việc cho chính phủ với các công việc nhất định
- Cung cấp thông tin cho bộ phận bồi thường lao động nếu quý vị bị ốm hoặc bị thương tại nơi làm việc

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Các quyền của quý vị là gì?

- Quý vị có thể yêu cầu xem PHI của mình và có bản sao thông tin đó. Mặc dù chúng tôi không có toàn bộ hồ sơ y tế của quý vị. **Nếu quý vị muốn một bản sao toàn bộ hồ sơ y tế của mình, hãy yêu cầu bác sĩ của quý vị hoặc phòng khám y tế.**
- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thay đổi hồ sơ y tế mà chúng tôi có về quý vị nếu quý vị nghĩ hồ sơ còn thiếu hoặc có sai sót.
- Đôi khi, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi không được chia sẻ PHI của quý vị. Tuy nhiên, chúng tôi không bắt buộc phải đồng ý với yêu cầu của quý vị.
- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi gửi PHI đến một địa chỉ khác không phải là địa chỉ của quý vị mà chúng tôi có hoặc gửi theo một cách khác. Chúng tôi có thể thực hiện điều này nếu việc gửi thông tin đó đến địa chỉ của quý vị mà chúng tôi có thể khiến quý vị gặp phải nguy hiểm.
- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thông báo cho quý vị tất cả những lần chúng tôi đã chia sẻ PHI của quý vị với người khác trong vòng sáu năm qua. Điều này không bao gồm những lần chúng tôi chia sẻ PHI của quý vị vì lý do chăm sóc sức khỏe, thanh toán, việc kinh doanh dịch vụ chăm sóc sức khỏe hàng ngày hoặc một số lý do khác mà chúng tôi không liệt kê ở đây.
- Quý vị có thể yêu cầu bản cứng của thông báo này bất cứ lúc nào, ngay cả khi quý vị đã yêu cầu nhận thông báo này qua email.
- Nếu quý vị thanh toán toàn bộ hóa đơn cho một dịch vụ, quý vị có thể yêu cầu bác sĩ của mình không chia sẻ với chúng tôi thông tin về dịch vụ đó.

Chúng tôi phải làm gì?

- Luật pháp quy định chúng tôi phải giữ bí mật PHI của quý vị ngoại trừ trường hợp như chúng tôi đã nhắc đến trong thông báo này.
- Chúng tôi phải thông báo cho quý vị về những gì luật pháp quy định chúng tôi phải thực hiện về quyền riêng tư.
- Chúng tôi phải thực hiện những điều chúng tôi nêu rõ rằng chúng tôi sẽ thực hiện trong thông báo này.
- Chúng tôi phải gửi PHI của quý vị tới một vài địa chỉ khác hoặc bằng cách khác cách gửi thư qua đường bưu điện thông thường nếu quý vị yêu cầu vì những lý do hợp lý, chẳng hạn như nếu quý vị đang gặp nguy hiểm.
- Chúng tôi bắt buộc phải thông báo cho quý vị nếu chúng tôi phải chia sẻ PHI của quý vị sau khi quý vị đã yêu cầu chúng tôi không chia sẻ.
- Nếu luật pháp tiểu bang quy định chúng tôi phải thực hiện nhiều hơn những việc chúng tôi nhắc đến ở đây, chúng tôi sẽ tuân theo những luật đó.
- Chúng tôi phải thông báo cho quý vị biết nếu chúng tôi cho rằng PHI của quý vị đã bị xâm phạm.

Liên lạc với quý vị

Chúng tôi và các chi nhánh và/hoặc các nhà cung cấp của mình có thể gọi điện hoặc nhắn tin cho quý vị bằng hệ thống điện thoại quay số tự động và/hoặc ghi âm giọng nói. Nhưng chúng tôi chỉ làm

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



điều này theo Đạo luật Bảo vệ Khách hàng Điện thoại (TCPA). Chúng tôi cũng có thể liên hệ với quý vị để cho quý vị biết về các lựa chọn điều trị hoặc các lợi ích và dịch vụ liên quan đến sức khỏe khác. Nếu quý vị không muốn được liên hệ qua điện thoại, chỉ cần cho người gọi biết và chúng tôi sẽ không liên hệ với quý vị theo cách này nữa. Hoặc quý vị có thể gọi số 1-844-203-3796 để thêm số điện thoại của quý vị vào danh sách Không Gọi.

Nếu như quý vị có thắc mắc?

Nếu quý vị có thắc mắc về các quy định quyền riêng tư của mình hoặc muốn sử dụng các quyền của mình, vui lòng gọi Ban Dịch vụ Hội viên theo số 1-855-817-5785. Nếu quý vị bị đe dọa hoặc khiếm nhã, gọi TTY: 711.

Nếu như quý vị có khiếu nại?

Chúng tôi luôn sẵn sàng giúp đỡ quý vị. Nếu quý vị cảm thấy PHI của mình không được bảo mật, quý vị có thể gọi đến Dịch vụ Hội viên hoặc liên hệ với Department of Health and Human Services. Sẽ không có điều gì tồi tệ xảy ra với quý vị nếu quý vị phàn nàn.

Gửi thư hoặc gọi điện đến Department of Health and Human Services theo địa chỉ:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 Seventh St., Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Điện thoại: 1-800-368-1019
TDD: 1-800-537-7697
Fax: 1-415-437-8329

hoặc

Privacy Officer
c/o Office of HIPAA Compliance
Department of Health Care Services (DHCS)
P.O. Box 997413, MS 4722
Sacramento, CA 95899-7413
Email: privacyofficer@dhcs.ca.gov
Điện thoại: 1-916-445-4646
Fax: 1-916-440-7680

hoặc

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Information Security Officer
DHCS Information Security Office
P.O. Box 997413, MS 6400
Sacramento, CA 95899-7413
Email: iso@dhcs.ca.gov
Điện thoại: ITSD Help Desk
1-916-440-7000 hoặc 1-800-579-0874
Fax: 1-916-440-5537

Chúng tôi bảo lưu quyền thay đổi thông báo theo Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) này và cách thức chúng tôi giữ an toàn cho PHI của quý vị. Nếu điều đó xảy ra, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về các thay đổi qua thư thông báo. Chúng tôi cũng sẽ đăng thông tin về các thay đổi trên trang web tại duals.anthem.com.

Chủng tộc, sắc tộc và ngôn ngữ

Chúng tôi nhận được các thông tin chủng tộc, sắc tộc và ngôn ngữ của quý vị từ cơ quan Medi-Cal và Centers for Medicare & Medicaid Services tiểu bang. Chúng tôi bảo vệ thông tin như đã mô tả trong thông báo này.

Chúng tôi sử dụng thông tin này để:

- Chắc chắn rằng quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc mình cần
- Tạo các chương trình để cải thiện tình trạng sức khỏe
- Phát triển và gửi thông tin giáo dục y tế
- Cho bác sĩ biết về nhu cầu ngôn ngữ của quý vị
- Cung cấp các dịch vụ dịch thuật

Chúng tôi **không** sử dụng thông tin này để:

- Phát hành bảo hiểm y tế
- Quyết định mức phí dịch vụ
- Xác định quyền lợi
- Tiết lộ cho người dùng không được chấp thuận

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan là chương trình bảo hiểm sức khỏe có hợp đồng với cả Medicare và Medi-Cal nhằm cung cấp quyền lợi của cả hai chương trình cho người ghi danh. Anthem Blue Cross là tên thương hiệu cho Blue Cross of California. Anthem Blue Cross và Blue Cross of California Partnership Plan, Inc. là các tổ chức được cấp phép độc lập của Blue Cross Association. ANTHEM là thương hiệu đã được đăng ký của Anthem Insurance Companies, Inc.

Đã sửa đổi ngày 10 tháng 08 năm 2018



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.

D. Chúng tôi có trách nhiệm cung cấp thông tin cho quý vị về chương trình của chúng tôi, nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi, và các dịch vụ được bảo hiểm

Làm hội viên của Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, quý vị có quyền nhận thông tin từ chúng tôi. Nếu quý vị không nói được Tiếng Anh, chúng tôi có dịch vụ thông dịch để trả lời tất cả các câu hỏi mà quý vị có thể có về chương trình sức khỏe của chúng tôi. Để yêu cầu một thông dịch viên, chỉ cần gọi chúng tôi theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711). Đây là dịch vụ miễn phí cho quý vị. Quý vị có thể nhận được các văn bản tài liệu bằng hầu hết các ngôn ngữ, bao gồm Tiếng Tây Ban Nha, Tiếng Việt, Tiếng Tagalog, Tiếng Trung và nhiều thứ tiếng khác chỉ cần hỏi người đại diện Ban Dịch vụ Hội viên. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin dạng bản in chữ lớn, chữ nổi Braille hoặc âm thanh.

Nếu quý vị muốn thông tin về bất kỳ nội dung nào sau đây, gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên:

- Cách chọn hoặc thay đổi chương trình
- Chương trình của chúng tôi, bao gồm:
 - Thông tin tài chính
 - Hội viên chương trình sắp hạng cho chúng tôi như thế nào
 - Số vụ kháng cáo do hội viên thực hiện
 - Cách rời khỏi chương trình của chúng tôi
- Nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi, gồm có:
 - Cách lựa chọn hoặc thay đổi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính
 - Trình độ chuyên môn của các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.
 - Chúng tôi thanh toán cho các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi như thế nào
- Các dịch vụ và thuốc được bảo hiểm và các quy định mà quý vị phải tuân thủ, gồm có:
 - Các dịch vụ và thuốc được chương trình chúng tôi bảo hiểm
 - Các giới hạn cho bảo hiểm và thuốc của quý vị
 - Các quy định mà quý vị phải tuân thủ để được nhận dịch vụ và thuốc được bảo hiểm
- Tại sao một mục nào đó lại không được bảo hiểm và quý vị có thể làm gì về mục đó, bao gồm yêu cầu chúng tôi:

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- Giải thích bằng văn bản tại sao một mục nào đó lại không được bảo hiểm
- Thay đổi quyết định mà chúng tôi đã đưa ra
- Thanh toán cho một hóa đơn mà quý vị đã nhận được

E. Nhà cung cấp trong mạng lưới không thể gửi hóa đơn trực tiếp cho quý vị

Các bác sĩ, bệnh viện, và nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chúng tôi không được bắt quý vị thanh toán cho các dịch vụ được bảo hiểm. Họ cũng không được bắt quý vị trả khi chúng tôi trả tiền cho họ thấp hơn mức phí của nhà cung cấp dịch vụ đó. Để biết những gì cần làm nếu nhà cung cấp trong mạng lưới cố gắng tính phí cho quý vị các dịch vụ được bảo hiểm, xem Chương 7.

F. Quyền rời khỏi Cal MediConnect Plan

Không ai có thể bắt quý vị tham gia chương trình của chúng tôi nếu quý vị không muốn.

- Quý vị có quyền sử dụng tối đa các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình thông qua Original Medicare hoặc một chương trình Medicare Advantage.
- Quý vị có thể nhận các quyền lợi thuốc theo toa theo Medicare Phần D từ một chương trình thuốc theo toa hoặc từ chương trình Medicare Advantage.
- Xem Chương 10 để biết thêm thông tin về khi nào quý vị có thể tham gia chương trình Medicare Advantage hoặc quyền lợi thuốc theo toa mới.
- Quyền lợi Medi-Cal của quý vị sẽ tiếp tục được cung cấp thông qua Anthem Blue Cross trừ khi quý vị chọn một chương trình khác có trong quận này.

G. Quý vị có quyền ra quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho mình

G1. Quý vị có quyền được biết các lựa chọn điều trị của mình và quyết định việc chăm sóc sức khỏe của quý vị

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

- **Biết rõ các lựa chọn của quý vị.** Quý vị có quyền được thông báo về tất cả các hình thức điều trị.
- **Biết những rủi ro.** Quý vị có quyền được thông báo về bất kỳ rủi ro nào liên quan. Quý vị phải được thông báo trước nếu bất cứ dịch vụ hoặc việc điều trị nào là một phần của thử nghiệm nghiên cứu. Quý vị có quyền từ chối việc điều trị thử nghiệm.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- **Nhận ý kiến thứ hai.** Quý vị có quyền được thăm khám tại một bác sĩ khác nữa rồi mới ra quyết định về việc điều trị.
- **Nói “không.”** Quý vị có quyền từ chối bất kỳ phương thức điều trị nào. Điều này bao gồm quyền xuất viện hoặc rời khỏi cơ sở chăm sóc y tế ngay cả khi bác sĩ của quý vị khuyên quý vị không nên rời đi. Quý vị cũng có quyền ngưng sử dụng một loại thuốc được chỉ định. Nếu quý vị từ chối điều trị hoặc ngưng sử dụng một loại thuốc được chỉ định, quý vị sẽ không bị loại khỏi chương trình của chúng tôi. Tuy nhiên, khi quý vị từ chối điều trị hoặc ngưng sử dụng một loại thuốc, thì quý vị phải hoàn toàn chịu trách nhiệm về những gì sẽ xảy ra cho quý vị.
- **Yêu cầu chúng tôi giải thích tại sao nhà cung cấp dịch vụ lại từ chối chăm sóc.** Quý vị có quyền được chúng tôi giải thích khi nhà cung cấp dịch vụ từ chối việc chăm sóc mà quý vị tin là mình cần.
- **Yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc thuốc đã bị từ chối hoặc thường không được bảo hiểm.** Việc này được gọi là yêu cầu ra “quyết định bảo hiểm.” Chương 9 cho biết cách thức yêu cầu chương trình đưa ra quyết định bảo hiểm.

G2. Quý vị có quyền cho biết quý vị muốn phải làm sao khi quý vị không thể tự quyết định về việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị

Đôi lúc có người cũng không thể tự mình đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe cho bản thân họ. Trước khi việc này xảy ra, quý vị có thể:

- Điền vào một mẫu văn bản để **trao quyền cho một người khác đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị.**
- **Cung cấp cho bác sĩ của quý vị các hướng dẫn bằng văn bản** về cách thức quý vị muốn họ xử lý việc chăm sóc sức khỏe của quý vị nếu như quý vị không thể tự mình đưa ra được quyết định cho bản thân.

Các tài liệu hợp pháp mà quý vị có thể sử dụng để đưa ra các chỉ thị của mình được gọi là chỉ dẫn trước. Có nhiều loại chỉ thị trước khác nhau và tên gọi khác nhau cho các chỉ thị đó. Các ví dụ gồm có di chúc và giấy ủy quyền về chăm sóc sức khỏe.

Quý vị không cần dùng đến chỉ dẫn trước, nhưng vẫn có thể nếu muốn. Sau đây là những việc cần làm:

- **Lấy biểu mẫu.** Quý vị có thể xin mẫu giấy này tại bác sĩ, luật sư, cơ quan dịch vụ pháp lý, hoặc cán sự xã hội. Các tổ chức cung cấp thông tin mọi người về Medicare hoặc Medi-Cal như Department of Social Services địa phương cũng có thể có các biểu mẫu chỉ dẫn trước. Quý vị cũng có thể liên hệ với Ban Dịch vụ Hội viên để xin mẫu giấy này.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** truy cập duals.anthem.com.



- **Điền và ký tên vào biểu mẫu.** Biểu mẫu này là một tài liệu pháp lý. Quý vị nên cân nhắc nhờ luật sư soạn thảo cho quý vị.
- **Cung cấp bản sao cho những người cần biết về nó.** Quý vị nên cung cấp một bản sao của mẫu này cho bác sĩ của mình. Quý vị cũng nên cung cấp một bản sao cho người mà quý vị ghi tên làm người ra các quyết định cho quý vị. Quý vị cũng có thể đưa các bản sao cho bạn bè thân hoặc người thân trong gia đình. Bảo đảm quý vị đã lưu giữ một bản sao tại nhà.
- Nếu quý vị sắp phải nằm viện và quý vị đã ký vào một bản chỉ dẫn trước, **hãy mang theo một bản sao của nó đến bệnh viện.**
 - Bệnh viện sẽ hỏi xem quý vị đã ký vào một bản chỉ dẫn trước hay chưa và quý vị có mang theo nó hay không.
 - Nếu quý vị chưa ký vào mẫu chỉ dẫn trước, bệnh viện có sẵn các mẫu và sẽ hỏi xem quý vị có muốn ký vào đó hay không.

Nên nhớ đó là lựa chọn của quý vị khi có điền vào một bản chỉ dẫn trước hay không.

G3. Cần làm gì nếu không tuân thủ các hướng dẫn của quý vị

Nếu quý vị đã ký vào một bản chỉ dẫn trước và quý vị tin rằng một bác sĩ hoặc bệnh viện đã không thực hiện các lời chỉ dẫn trong đó thì quý vị có thể gửi khiếu nại cho:

Khiếu nại bác sĩ:

Medical Board of California
Central Complaint Unit
2005 Evergreen Street, Suite 1200
Sacramento, CA 95815
Miễn cước: 1-800-633-2322 (TTY: 711)

Khiếu nại về bệnh viện:

California Department of Public Health
Consumer Information System
San Jose District Office
100 Paseo de San Antonio, Suite 235
San Jose, CA 95113
Miễn cước: 1-800-554-0348 (TTY: 711)
Fax: 1-408-277-1032

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

Chương 9 cho biết quý vị có thể làm gì nếu có vấn đề hoặc quan ngại về các dịch vụ hoặc chăm sóc được bảo hiểm của mình. Ví dụ, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi ra quyết định bảo hiểm, kháng cáo để thay đổi quyết định bảo hiểm, hoặc khiếu nại.

Quý vị có quyền được cung cấp thông tin về việc kháng cáo và khiếu nại của các hội viên khác về chương trình của chúng tôi. Để tìm hiểu thêm về việc này, xin gọi Ban Dịch vụ Hội viên.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



H1. Những gì cần làm nếu quý vị nghĩ rằng mình bị đối xử không công bằng hoặc quý vị muốn thêm thông tin về quyền của quý vị

Nếu quý vị tin rằng mình đã bị đối xử bất công—và điều đó **không** phải là về việc bị phân biệt đối xử vì những lý do nêu tại trang 247 – hoặc quý vị muốn thêm thông tin về quyền của mình, quý vị có thể xin trợ giúp bằng cách gọi:

- Ban Dịch vụ Hội viên (Member Services).
- Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (Health Insurance Counseling & Advocacy Program - HICAP). Để biết thông tin chi tiết về tổ chức này và cách thức để liên lạc với họ, xem Chương 2.
- Cal MediConnect Ombuds Program. Để biết thông tin chi tiết về tổ chức này và cách thức để liên lạc với họ, xem Chương 2.
- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Cuộc gọi được miễn phí. (Quý vị cũng có thể đọc hoặc tải xuống “Medicare Quyền & Biện pháp Bảo vệ,” trên trang web Medicare tại <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf>.)

I. Trách nhiệm của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình

Là hội viên của chương trình, quý vị có trách nhiệm thực hiện những điều được liệt kê bên dưới. Nếu quý vị có bất cứ thắc mắc nào, gọi đến Ban Dịch vụ Hội viên.

- **Đọc Sổ tay Hội viên** để biết những gì được bảo hiểm và các quy định quý vị cần tuân thủ để nhận được các dịch vụ và thuốc được bảo hiểm. Để biết chi tiết về:
 - Các dịch vụ được bảo hiểm, xem Chương 3 và 4. Những chương này sẽ cho quý vị biết những gì được bảo hiểm, những gì không được bảo hiểm, quy định nào mà quý vị phải tuân thủ, và quý vị phải trả tiền như thế nào.
 - Các thuốc được bảo hiểm, xem Chương 5 và 6.
- **Hãy cho chúng tôi biết về bất kỳ bảo hiểm y tế hay thuốc theo toa nào khác** mà quý vị có. Chúng tôi được yêu cầu bảo đảm cho quý vị được dùng tất cả các lựa chọn bảo hiểm của quý vị khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Xin gọi Ban Dịch vụ Hội viên nếu quý vị có bảo hiểm khác.
- **Hãy cho bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị** biết rằng quý vị đang được ghi danh trong chương trình chúng tôi. Hãy xuất trình thẻ hội viên (ID card) mỗi lần quý vị nhận dịch vụ hoặc mua thuốc theo toa.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- **Giúp bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị chăm sóc tốt nhất cho quý vị.**
 - Cung cấp cho họ thông tin mà họ cần về quý vị và sức khỏe của quý vị. Tìm hiểu càng nhiều càng tốt về các vấn đề sức khỏe của quý vị. Tuân thủ các kế hoạch điều trị và hướng dẫn mà quý vị và nhà cung cấp của quý vị đồng ý tuân theo.
 - Đảm bảo các bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp khác biết về tất cả các loại thuốc mà quý vị đang sử dụng. Chương trình này bao gồm các thuốc theo toa, thuốc mua không cần toa bác sĩ, vitamin và các thực phẩm chức năng.
 - Nếu có bất kỳ thắc mắc nào, quý vị phải hỏi cho rõ ràng. Bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ khác của quý vị phải giải thích mọi việc theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Nếu quý vị hỏi một câu mà quý vị không hiểu được câu trả lời, hãy hỏi lại.
- **Hãy tôn trọng người khác.** Chúng tôi mong muốn tất cả các hội viên tôn trọng quyền của các bệnh nhân khác. Chúng tôi cũng yêu cầu quý vị cư xử một cách biết tôn trọng tại văn phòng bác sĩ của quý vị, bệnh viện, và văn phòng của các nhà cung cấp dịch vụ khác.
- **Thanh toán những gì thuộc trách nhiệm của quý vị.** Là hội viên chương trình, quý vị chịu trách nhiệm đối với các khoản thanh toán sau:
 - Phí bảo hiểm Medicare Phần A và Medicare Phần B. Với hầu hết các hội viên của Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, Medi-Cal thanh toán phí bảo hiểm Phần A và phí bảo hiểm Phần B của quý vị.
 - Đối với một số loại thuốc của quý vị được bảo hiểm bởi chương trình, quý vị phải thanh toán khoản đóng góp chi phí của quý vị khi quý vị nhận được thuốc. Đó là tiền đồng trả (mức cố định). Chương 6 sẽ cho quý vị biết phải trả những gì cho thuốc men của quý vị.
 - **Nếu quý vị sử dụng dịch vụ hoặc thuốc nào mà không được chương trình của chúng tôi đài thọ, quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí.**
 - Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi không đài thọ cho một dịch vụ hoặc loại thuốc nào đó, quý vị có thể kháng cáo. Vui lòng xem Chương 9 để biết cách tiến hành kháng cáo.
- **Thông báo cho chúng tôi nếu quý vị chuyển chỗ ở.** Khi quý vị định chuyển nhà, điều quan trọng là quý vị phải cho chúng tôi biết ngay. Gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên.
 - **Nếu quý vị dọn ra khỏi khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi, quý vị không thể tiếp tục ở lại với chương trình này.** Chỉ những người sống tại khu

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi mới có thể nhận Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Chương 1 sẽ cho biết về vùng dịch vụ của chúng tôi.

- Chúng tôi có thể giúp quý vị xác định được xem liệu quý vị có đang chuyển chỗ ở ra bên ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi hay không. Trong kỳ ghi danh đặc biệt, quý vị có thể chuyển sang Original Medicare hoặc ghi danh vào chương trình sức khỏe Medicare hoặc chương trình thuốc theo toa tại địa điểm mới của quý vị. Chúng tôi có thể cho quý vị biết liệu chúng tôi có chương trình trong khu vực mới của quý vị hay không.
- Ngoài ra, cũng xin quý vị nhớ báo cho Medicare và Medi-Cal biết địa chỉ mới của quý vị khi quý vị chuyển nhà. Xem Chương 2 để biết số điện thoại của Medicare và Medi-Cal.
- **Nếu quý vị chuyển nhà trong khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi, quý vị vẫn cần phải báo cho chúng tôi biết.** Chúng tôi cần phải giữ cho hồ sơ hội viên của quý vị được cập nhật và biết phải làm sao để liên hệ với quý vị.
- Gọi Ban Dịch vụ Hội viên để được trợ giúp nếu quý vị có thắc mắc hoặc lo ngại.



Chương 9: Phải làm sao khi quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Chương này có những nội dung nào?

Chương này có thông tin về các quyền của quý vị. Hãy đọc chương này để tìm hiểu những gì cần làm nếu:

- Quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại về chương trình của quý vị.
- Quý vị cần dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc mà chương trình của quý vị đã thông báo họ sẽ không trả tiền.
- Quý vị không đồng ý với quyết định của chương trình về việc chăm sóc của quý vị.
- Quý vị nghĩ rằng các dịch vụ được bảo hiểm của mình chấm dứt quá sớm.
- Quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại về dịch vụ và hỗ trợ dài hạn của quý vị, bao gồm Chương trình Dịch vụ Người Cao niên Đa Mục đích (Multipurpose Senior Services Program - MSSP), Dịch vụ dành cho Người lớn tại Cộng đồng (Community-Based Adult Services - CBAS), và dịch vụ của Cơ sở Điều dưỡng (Nursing Facilities - NF).

Nếu quý vị có một vấn đề hoặc lo ngại, quý vị chỉ cần đọc các phần của chương này áp dụng cho trường hợp của quý vị. Chương này được chia làm nhiều mục khác nhau giúp quý vị dễ tìm được thông tin cần tìm.

Nếu quý vị gặp vấn đề về sức khỏe hoặc dịch vụ và hỗ trợ dài hạn của quý vị

Quý vị sẽ nhận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thuốc men, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn mà bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ khác xác định là cần thiết cho việc chăm sóc quý vị theo kế hoạch chăm sóc của quý vị. **Nếu quý vị gặp vấn đề về chăm sóc của quý vị, quý vị có thể gọi cho Cal MediConnect Ombuds Program theo số 1-855-501-3077 để xin trợ giúp.** Chương này sẽ cho biết các lựa chọn khác nhau mà quý vị dùng cho các vấn đề và khiếu nại khác nhau, nhưng quý vị luôn có thể gọi cho Cal MediConnect Ombuds Program để xin họ chỉ dẫn cho quý vị giải quyết vấn đề. Để biết các nguồn lực bổ sung xử lý các quan ngại và cách liên lạc với họ, xem Chương 2 để biết thêm chi tiết về các chương trình thanh tra.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** truy cập duals.anthem.com.



Mục lục

Chương này có những nội dung nào?	171
Nếu quý vị gặp vấn đề về sức khỏe hoặc dịch vụ và hỗ trợ dài hạn của quý vị	171
Mục 1: Giới thiệu.....	174
• Mục 1.1: Những điều cần làm nếu quý vị gặp vấn đề	174
• Mục 1.2: Các thuật ngữ pháp lý như thế nào?	174
Mục 2: Nơi nào nên gọi nhờ giúp đỡ.....	175
• Mục 2.1: Nơi nhận thêm thông tin và trợ giúp	175
Mục 3: Gặp vấn đề về Quyền lợi của quý vị.....	177
• Mục 3.1: Quý vị nên sử dụng quy trình yêu cầu ra quyết định bảo hiểm và kháng cáo? Hay quý vị muốn khiếu nại?.....	177
Mục 4: Quyết định bảo hiểm và kháng cáo	178
• Mục 4.1: Tổng quan về quyết định bảo hiểm và kháng cáo	178
• Mục 4.2: Nhận giúp đỡ đối với các quyết định bảo hiểm và kháng cáo.....	178
• Mục 4.3: Mục nào của chương này sẽ giúp quý vị?	179
Mục 5: Vấn đề về các dịch vụ, vật dụng và thuốc (không phải thuốc Phần D).....	182
• Mục 5.1: Khi nào sử dụng mục này	182
• Mục 5.2: Yêu cầu quyết định bảo hiểm.....	183
• Mục 5.3: Kháng cáo Cấp 1 với các dịch vụ, khoản mục và thuốc (không phải thuốc Phần D).....	186
• Mục 5.4: Kháng cáo Cấp 2 với các dịch vụ, khoản mục và thuốc (không phải thuốc Phần D).....	190
• Mục 5.5: Các vấn đề về thanh toán	197
Mục 6: Thuốc Phần D	200
• Mục 6.1: Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề khi lấy thuốc Phần D hoặc quý vị muốn chúng tôi hoàn lại tiền cho một loại thuốc Phần D	200



• Mục 6.2: Thế nào là một trường hợp ngoại lệ?	202
• Mục 6.3: Điều quan trọng cần biết về yêu cầu ngoại lệ	203
• Mục 6.4: Phải làm sao để yêu cầu ra quyết định bảo hiểm cho thuốc Phần D hoặc thanh toán lại cho một loại thuốc Phần D, kể cả xin được hưởng ngoại lệ	204
• Mục 6.5: Kháng cáo Cấp 1 về thuốc Phần D	208
• Mục 6.6: Kháng cáo Cấp 2 về thuốc Phần D	211
Mục 7: Yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho thời gian nội trú bệnh viện lâu hơn	213
• Mục 7.1: Tìm hiểu về các quyền Medicare của quý vị	213
• Mục 7.2: Kháng cáo Cấp 1 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị	214
• Mục 7.3: Kháng cáo Cấp 2 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị	217
• Mục 7.4: Điều gì sẽ xảy ra nếu tôi bỏ lỡ thời hạn kháng cáo?	218
Mục 8: Cần làm gì nếu quý vị nghĩ rằng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc tại Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) kết thúc quá sớm	221
• Mục 8.1: Chúng tôi sẽ báo cho quý vị biết trước khi kết thúc bảo hiểm của quý vị	221
• Mục 8.2: Kháng cáo Cấp 1 để tiếp tục dịch vụ chăm sóc của quý vị	222
• Mục 8.3: Kháng cáo Cấp 2 để tiếp tục dịch vụ chăm sóc của quý vị	224
• Mục 8.4: Chuyện gì nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn tiến hành Kháng Cáo Cấp 1?	226
Mục 9: Tiến hành kháng cáo của quý vị sau Cấp 2	229
• Mục 9.1: Các bước tiếp theo đối với các dịch vụ và khoản mục Medicare	229
• Mục 9.2: Các bước tiếp theo đối với các dịch vụ và khoản mục Medi-Cal	229
Mục 10: Cách tiến hành khiếu nại	231
• Mục 10.1: Khiếu nại nội bộ	232
• Mục 10.2: Khiếu nại ra bên ngoài	234



Mục 1: Giới thiệu

• Mục 1.1: Những điều cần làm nếu quý vị gặp vấn đề

Chương này sẽ cho quý vị biết phải làm gì khi gặp vấn đề với chương trình của quý vị, dịch vụ của quý vị hay về việc thanh toán. Medicare và Medi-Cal đã chấp thuận cho các quy trình này. Mỗi thủ tục có một loạt các quy tắc, quy trình và thời hạn phải được chúng tôi và quý vị tuân thủ.

• Mục 1.2: Các thuật ngữ pháp lý như thế nào?

Trong chương này có một số thuật ngữ pháp lý khó về các quy định và thời hạn. Nhiều thuật ngữ trong phần này có thể khó hiểu, do đó chúng tôi đã sử dụng các từ ngữ đơn giản để thay cho một số thuật ngữ pháp lý nhất định. Chúng tôi sử dụng các chữ viết tắt ít nhất có thể.

Ví dụ, chúng tôi sẽ nói:

- “Tiến hành khiếu nại” thay vì “nộp than phiền”
- “Quyết định bảo hiểm” (“Coverage decision”) chứ không nói “xác định của tổ chức” (“organization determination”), “xác định quyền lợi” (“benefit determination”), “xác định rủi ro” (“at-risk determination”) hoặc “xác định bảo hiểm” (“coverage determination”)
- “Quyết định bảo hiểm nhanh” (“Fast coverage decision”) chứ không nói “xác định xúc tiến” (“expedited determination”)

Hiểu biết các điều khoản pháp lý phù hợp có thể giúp quý vị trao đổi rõ ràng hơn, như vậy chúng tôi cũng có thể cung cấp những điều khoản này.



Mục 2: Nơi nào nên gọi nhờ giúp đỡ

• Mục 2.1: Nơi nhận thêm thông tin và trợ giúp

Đôi khi, quý vị chẳng biết phải bắt đầu từ đâu hoặc sử dụng quy trình nào để giải quyết một vấn đề. Điều này có thể đặc biệt đúng nếu quý vị cảm thấy không khỏe hoặc thiếu sinh lực. Ngoài ra, quý vị có thể không có hiểu biết về những gì quý vị cần để thực hiện bước tiếp theo.

Quý vị có thể nhận được trợ giúp từ Cal MediConnect Ombuds Program

Nếu quý vị cần giúp đỡ, quý vị luôn có thể gọi cho Cal MediConnect Ombuds Program. Cal MediConnect Ombuds Program là chương trình thanh tra viên có thể giải đáp các thắc mắc của quý vị và giúp quý vị biết phải làm sao để giải quyết vấn đề của quý vị. Cal MediConnect Ombuds Program không liên kết với chúng tôi hay với bất cứ công ty bảo hiểm hoặc chương trình sức khỏe nào. Họ có thể giúp quý vị hiểu được cần sử dụng thủ tục nào. Số điện thoại của Cal MediConnect Ombuds Program là 1-855-501-3077. Các dịch vụ đều được miễn phí. Xem Chương 2 để biết thêm thông tin về việc các chương trình thanh tra.

Quý vị có thể xin Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế trợ giúp

Quý vị cũng có thể gọi cho Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). Các tư vấn viên của HICAP có thể giải đáp thắc mắc của quý vị và giúp quý vị biết phải làm sao để giải quyết vấn đề của quý vị. HICAP không quan hệ với chúng tôi hoặc bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình sức khỏe nào. HICAP đã đào tạo tư vấn viên cho tất cả các quận, và các dịch vụ của họ đều miễn phí. Số điện thoại của HICAP là 1-800-434-0222.

Nhận trợ giúp từ Medicare

Quý vị có thể trực tiếp gọi tới Medicare để được hỗ trợ các vấn đề. Có hai cách để được giúp đỡ từ Medicare:

- Gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. TTY: 1-877-486-2048. Cuộc gọi được miễn phí.
- Truy cập trang web Medicare <http://www.medicare.gov>.

Quý vị có thể nhận được trợ giúp từ California Department of Managed Health Care

Trong đoạn này, thuật ngữ “grievance” (“than phiền”) chỉ việc kháng cáo hoặc khiếu nại về các dịch vụ Medi-Cal, chương trình sức khỏe của quý vị, hoặc một trong những nhà cung cấp của quý vị.

California Department of Managed Health Care chịu trách nhiệm điều phối các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có than phiền về chương trình sức khỏe của mình, trước hết quý vị nên gọi chương trình sức khỏe của mình theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và sử dụng quy trình phàn nàn của chương trình

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



sức khỏe của quý vị trước khi liên hệ với sở. Việc sử dụng thủ tục than phiền này sẽ không cấm quý vị được sử dụng bất kỳ quyền hoặc giải pháp pháp lý nào có thể có mà quý vị có thể sử dụng. Nếu quý vị cần trợ giúp cho một vụ khiếu nại về cấp cứu, một vụ khiếu nại chưa được chương trình sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng, hay một vụ khiếu nại vẫn chưa được giải quyết sau 30 ngày, quý vị có thể gọi cho bộ này để xin trợ giúp. Quý vị cũng có thể hội đủ tiêu chuẩn để xin được Đánh giá Y tế Độc lập (Independent Medical Review, IMR). Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn xin IMR, quy trình IMR sẽ xem xét công bằng các quyết định y tế của chương trình sức khỏe về tính cần thiết của dịch vụ hoặc biện pháp điều trị được đề nghị, quyết định bảo hiểm cho các việc điều trị mang tính chất thí nghiệm hoặc nghiên cứu và tranh chấp về thanh toán cho dịch vụ cấp cứu hoặc khẩn cấp cần thiết. Cơ quan này cũng có một số điện thoại miễn phí **(1-888-HMO-2219)** và một đường dây TTY **(1-877-688-9891)** dành cho người khiếm thính và khiếm ngôn. Trang mạng trên internet của cơ quan <http://www.hmohelp.ca.gov> có mẫu đơn khiếu nại, đơn xin IRM và hướng dẫn trực tuyến.

Quý vị có thể nhận trợ giúp từ Quality Improvement Organization

Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) là một nhóm các bác sĩ hành nghề và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ Liên bang trả lương để thực hiện việc kiểm tra và cải tiến dịch vụ chăm sóc bệnh nhân của chương trình Medicare.

Số điện thoại của Tổ chức Cải thiện Chất lượng là 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).



Mục 3: Gặp vấn đề về Quyền lợi của quý vị

- **Mục 3.1: Quý vị nên sử dụng quy trình yêu cầu ra quyết định bảo hiểm và kháng cáo? Hay quý vị muốn khiếu nại?**

Nếu quý vị có một vấn đề hoặc lo ngại, quý vị chỉ cần đọc các phần của chương này áp dụng cho trường hợp của quý vị. Bảng sau đây sẽ giúp quý vị tìm được mục phù hợp của chương này nói về các vấn đề hoặc khiếu nại.

Vấn đề hoặc lo ngại của quý vị là về quyền lợi hay bảo hiểm?

(Ví dụ như các vấn đề về việc một dịch vụ y tế, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, hoặc thuốc theo toa cụ thể nào đó có được bảo hiểm hay không, chúng được bảo hiểm theo cách nào, và các vấn đề liên quan đến thanh toán cho dịch vụ y tế hoặc thuốc theo toa.)

Có.

Vấn đề của tôi liên quan đến các quyền lợi hoặc bảo hiểm.

Đến **Mục 4: “Quyết định bảo hiểm và kháng cáo”** tại trang 178.

Không.

Vấn đề của tôi không phải là quyền lợi hoặc bảo hiểm.

Chuyển thẳng đến **Mục 10: “Phải làm sao để khiếu nại”** tại trang 231.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Mục 4: Quyết định bảo hiểm và kháng cáo

• Mục 4.1: Tổng quan về quyết định bảo hiểm và kháng cáo

Quy trình yêu cầu ra quyết định bảo hiểm và kháng cáo giải quyết các vấn đề về quyền lợi và bảo hiểm của quý vị. Quy trình này cũng giải quyết các vấn đề về thanh toán. Quý vị không có trách nhiệm phải thanh toán các chi phí Medicare ngoại trừ tiền đồng trả Phần D.

Thế nào là quyết định bảo hiểm?

Quyết định bảo hiểm là quyết định ban đầu mà chúng tôi đưa ra về quyền lợi và bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền mà chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ y tế, khoản mục, hoặc thuốc men của quý vị. Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định bảo hiểm bất kỳ khi nào chúng tôi quyết định những gì được bảo hiểm cho quý vị và số tiền chúng tôi bảo hiểm.

Nếu quý vị hoặc bác sĩ của quý vị không biết rõ một dịch vụ, khoản mục, hoặc thuốc có được Medicare hoặc Medi-Cal bảo hiểm hay không, quý vị hoặc bác sĩ có thể yêu cầu ra quyết định bảo hiểm trước khi bác sĩ cung cấp dịch vụ, khoản mục, hoặc thuốc đó.

Thế nào là kháng cáo?

Kháng cáo là một cách chính thức yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định của mình và thay đổi nó nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã phạm sai lầm. Ví dụ: chúng tôi có thể quyết định một dịch vụ, khoản mục hoặc thuốc mà quý vị muốn sẽ không được bảo hiểm hoặc không còn được bảo hiểm bởi Medicare hoặc Medi-Cal. Nếu quý vị hoặc bác sĩ của quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi, quý vị có thể kháng cáo.

• Mục 4.2: Nhận giúp đỡ đối với các quyết định bảo hiểm và kháng cáo

Tôi có thể gọi cho ai để được giúp đỡ yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc tiến hành kháng cáo?

Quý vị có thể yêu cầu trợ giúp từ bất cứ bên nào dưới đây:

- Gọi **Ban Dịch vụ Hội viên** theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí.
- Gọi **Cal MediConnect Ombuds Program** để được trợ giúp. Cal MediConnect Ombuds Program giúp người ghi danh vào Cal MediConnect với kháng cáo các vấn đề về dịch vụ hoặc thanh toán. Số điện thoại là 1-855-501-3077.
- Gọi **Chương trình Ủng hộ và Tư vấn Bảo hiểm Sức khỏe (HICAP)** để được trợ giúp miễn phí. HICAP là một tổ chức độc lập. Nó không có liên quan tới chương trình này. Số điện thoại là 1-800-434-0222.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- Gọi cho **Trung tâm Trợ giúp của Sở Chăm sóc Sức khỏe Có Quản lý (DMHC)** để được trợ giúp miễn phí DMHC chịu trách nhiệm quy định cho các chương trình sức khỏe. DMHC giúp người ghi danh vào Cal MediConnect với kháng cáo các vấn đề về dịch vụ Medi-Cal và thanh toán. Số điện thoại là 1-888-466-2219. Người khiếm thính, nặng tai, hoặc khiếm ngôn có thể sử dụng số TTY miễn phí, 1-877-688-9891.
- Nói chuyện với **bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác của quý vị**. Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác của quý vị có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo thay mặt quý vị.
- Nói chuyện với **bạn bè hoặc người thân** trong gia đình và đề nghị họ đại diện cho quý vị. Quý vị có thể chỉ định một cá nhân khác để thực hiện thay cho quý vị với tư cách là “người đại diện” để yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc tiến hành kháng cáo.
 - Nếu quý vị muốn nhờ bạn bè, người thân, hoặc người khác làm đại diện cho quý vị, gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên để xin mẫu giấy “Chỉ định Người Đại diện” (“Appointment of Representative”). Quý vị cũng có thể nhận mẫu này bằng cách truy cập <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>. Giấy này cho phép người đó được hành động thay cho quý vị. Quý vị phải cung cấp cho chúng tôi một bản sao của mẫu đơn đã ký.
- **Quý vị cũng có quyền yêu cầu luật sư** làm người đại diện cho quý vị. Quý vị có thể gọi cho luật sư riêng hoặc tìm một luật sư trong hiệp hội luật sư tại địa phương hoặc tại các dịch vụ tư vấn khác. Một số nhóm pháp lý sẽ cung cấp miễn phí các dịch vụ pháp lý nếu quý vị đủ điều kiện. Nếu quý vị muốn một luật sư thay mặt quý vị, quý vị sẽ phải điền vào mẫu Chỉ Định Người Đại Diện. Quý vị có thể yêu cầu luật sư hỗ trợ pháp lý từ Health Consumer Alliance theo số 1-888-804-3536.
 - Tuy nhiên, **quý vị không cần phải có luật sư** để yêu cầu bất cứ quyết định bảo hiểm nào hoặc để tiến hành kháng cáo.

• **Mục 4.3: Mục nào của chương này sẽ giúp quý vị?**

Có bốn loại trường hợp liên quan đến quyết định bảo hiểm và kháng cáo. Mỗi trường hợp có các quy định và thời hạn khác nhau. Chúng tôi tách chương này thành các mục khác nhau giúp quý vị tìm được các quy định mà quý vị phải tuân thủ. **Quý vị chỉ cần đọc mục áp dụng cho vấn đề của quý vị mà thôi:**

- **Mục 5 tại trang 182** cung cấp thông tin cho quý vị nếu quý vị gặp vấn đề về các dịch vụ, khoản mục, và thuốc men (nhưng **không** phải là thuốc Phần D). Ví dụ, hãy dùng mục này nếu:

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- Quý vị không nhận được dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn, và tin rằng chương trình của chúng tôi bảo hiểm cho quý vị dịch vụ chăm sóc này.
- Chúng tôi đã không chấp thuận cho các dịch vụ, khoản mục, hoặc thuốc men mà bác sĩ muốn cung cấp cho quý vị, và quý vị tin rằng dịch vụ chăm sóc này phải được bảo hiểm.
 - **LƯU Ý:** Chỉ sử dụng Mục 5 khi các thuốc này **không** được bảo hiểm theo Phần D trong Danh sách Thuốc được Bảo hiểm, còn được gọi là Danh sách Thuốc, có dấu hoa thị (*) không được bảo hiểm theo Phần D. Xem Mục 6 tại trang 200 để biết về việc kháng cáo thuốc Phần D.
- Quý vị đã nhận dịch vụ chăm sóc y tế hoặc dịch vụ mà quý vị nghĩ là phải được bảo hiểm, nhưng chúng tôi không thanh toán cho dịch vụ chăm sóc này.
- Quý vị đã sử dụng và trả tiền cho dịch vụ y tế hoặc khoản mục mà quý vị nghĩ là được bảo hiểm, và quý vị yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị.
- Quý vị được cho biết bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị đang sử dụng sẽ được giảm bớt hoặc ngưng cung cấp, và quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi.
 - **LƯU Ý:** Nếu việc bảo hiểm sẽ bị dừng là dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện, chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc các dịch vụ của Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF), thì quý vị cần phải đọc một mục riêng trong chương này để biết các quy định đặc biệt được áp dụng đối với các loại hình dịch vụ chăm sóc này. Xem các Mục 7 và 8 trên các trang 213 và 221.
- **Mục 6 trang 200** cung cấp cho quý vị thông tin về thuốc Phần D. Ví dụ, hãy dùng mục này nếu:
 - Quý vị muốn yêu cầu chúng tôi cho hưởng ngoại lệ để bảo hiểm cho một loại thuốc Phần D không nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi.
 - Quý vị muốn yêu cầu chúng tôi loại bỏ giới hạn về số lượng thuốc mà quý vị có thể được nhận.
 - Quý vị muốn yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho một loại thuốc cần phải chấp thuận trước.
 - Chúng tôi không chấp thuận yêu cầu hoặc trường hợp ngoại lệ của quý vị và quý vị hoặc bác sĩ của mình hay bác sĩ kê toa khác nghĩ rằng chúng tôi nên làm như vậy.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- Quý vị muốn yêu cầu chúng tôi thanh toán cho thuốc kê toa mà quý vị đã mua. (Đây là việc yêu cầu ra quyết định bảo hiểm về thanh toán.)
- **Mục 7 tại trang 213** cho quý vị biết phải làm sao để yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho thời gian nội trú tại bệnh viện lâu hơn nếu quý vị cho rằng bác sĩ cho quý vị xuất viện quá sớm. Sử dụng mục này khi:
 - Quý vị đang ở trong bệnh viện và nghĩ rằng bác sĩ đã yêu cầu quý vị xuất viện quá sớm.
- **Mục 8 tại trang 221** cung cấp thông tin cho quý vị khi quý vị nghĩ rằng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện (CORF) của quý vị được kết thúc quá sớm.

Nếu quý vị không biết chắc phải sử dụng mục nào, vui lòng gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

Nếu quý vị cần sự trợ giúp hoặc thông tin khác, vui lòng gọi cho Cal MediConnect Ombuds Program theo số 1-855-501-3077.



Mục 5: Vấn đề về các dịch vụ, vật dụng và thuốc (không phải thuốc Phần D)

• Mục 5.1: Khi nào sử dụng mục này

Mục này cho biết quý vị phải làm gì khi gặp các vấn đề về quyền lợi y tế, sức khỏe hành vi, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) của quý vị. Quý vị cũng chỉ sử dụng mục này cho các vấn đề về thuốc **không** được bảo hiểm theo Phần D, bao gồm Thuốc Medicare Phần B. Thuốc trong Danh sách Thuốc có dấu (*) **không** được bảo hiểm theo Phần D. Xem Mục 6 để biết về việc kháng cáo thuốc Phần D.

Mục này cho biết quý vị có thể làm gì khi gặp bất kỳ trường hợp nào sau đây:

1. Quý vị cho rằng chúng tôi bảo hiểm cho các dịch vụ y tế, sức khỏe hành vi tâm thần, hoặc dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) mà quý vị cần nhưng quý vị lại không được nhận.

Việc quý vị có thể làm là: Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi ra quyết định bảo hiểm. Xem Mục 5.2 tại trang 183 để tìm hiểu về việc yêu cầu ra quyết định bảo hiểm.

2. Chúng tôi không chấp thuận cho dịch vụ chăm sóc mà bác sĩ của quý vị muốn cung cấp cho quý vị, và quý vị nghĩ là phải được chấp thuận.

Việc quý vị có thể làm là: Quý vị có thể kháng cáo quyết định không chấp thuận dịch vụ chăm sóc đó của chúng tôi. Xem Mục 5.3 tại trang 186 để tìm hiểu về việc kháng cáo.

3. Quý vị đã sử dụng các dịch vụ hoặc khoản mục mà quý vị nghĩ là được chúng tôi bảo hiểm, nhưng chúng tôi lại không chịu thanh toán.

Việc quý vị có thể làm là: Quý vị có thể kháng cáo quyết định không thanh toán của chúng tôi. Xem Mục 5.3 tại trang 186 để tìm hiểu về việc kháng cáo.

4. Quý vị đã sử dụng và trả tiền cho dịch vụ y tế hoặc khoản mục mà quý vị nghĩ là được bảo hiểm, và quý vị muốn chúng tôi trả lại tiền cho quý vị về dịch vụ và khoản mục đó.

Việc quý vị có thể làm là: Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị. Xem Mục 5.5 tại trang 197 để tìm hiểu về việc yêu cầu chúng tôi trả tiền.

5. Chúng tôi giảm hoặc ngưng bảo hiểm cho quý vị một dịch vụ nào đó, nhưng quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi.

Việc quý vị có thể làm là: Quý vị có thể kháng cáo quyết định giảm hoặc ngưng dịch vụ đó của chúng tôi. Xem Mục 5.3 tại trang 186 để tìm hiểu về việc kháng cáo.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



LƯU Ý: Nếu việc bảo hiểm sẽ được ngưng thực hiện cho các dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện, chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF), các quy định đặc biệt sẽ được áp dụng. Đọc các Mục 7 hoặc 8 trên trang 213 và 221 để tìm hiểu thêm.

• Mục 5.2: Yêu cầu quyết định bảo hiểm

Làm sao để yêu cầu ra quyết định bảo hiểm để được nhận dịch vụ y tế, sức khỏe hành vi, hoặc dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (các dịch vụ MSSP, CBAS, hoặc NF)

Để yêu cầu một quyết định bảo hiểm, hãy gọi, gửi thư hoặc gửi fax cho chúng tôi hoặc đề nghị người đại diện hoặc bác sĩ của quý vị yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định.

- Quý vị có thể gọi chúng tôi theo số: 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
- Quý vị có thể gửi fax cho chúng tôi theo số: 1-888-426-5087
- Quý vị có thể viết thư cho chúng tôi theo địa chỉ: MMP Utilization Management, 12900 Park Plaza Drive, Suite 150, Mailstop: 6151, Cerritos, CA 90703-9329

Mất bao lâu để có quyết định bảo hiểm?

Sau khi quý vị hỏi và chúng tôi nhận được tất cả thông tin chúng tôi cần, thường mất 5 ngày làm việc để chúng tôi đưa ra quyết định trừ khi yêu cầu của quý vị cho thuốc theo toa Medicare Phần B. Nếu yêu cầu của quý vị cho thuốc theo toa Medicare Phần B, chúng tôi sẽ đưa ra quyết định cho quý vị không quá 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu chúng tôi không ra quyết định cho quý vị trong 14 ngày theo lịch (hoặc 72 giờ cho thuốc theo toa Medicare Phần B), quý vị có thể kháng cáo.

Đôi khi chúng tôi cũng cần phải có thêm thời gian, và chúng tôi sẽ gửi thư báo cho quý vị rằng chúng tôi cần có thêm 14 ngày theo lịch nữa. Thư này sẽ giải thích tại sao cần phải có thêm thời gian. Chúng tôi có thể mất thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị về thuốc theo toa Medicare Phần B.

Tôi có thể xin ra quyết định bảo hiểm nhanh hơn không?

Có. Nếu quý vị cần được trả lời nhanh hơn vì sức khỏe của quý vị, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi ra “quyết định bảo hiểm nhanh”. Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu này, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về quyết định của chúng tôi trong vòng 72 giờ (hoặc trong vòng 24 giờ cho thuốc theo toa Medicare Phần B).

Tuy nhiên, đôi khi chúng tôi cũng cần phải có thêm thời gian, và chúng tôi sẽ gửi thư báo cho quý vị rằng chúng tôi cần có thêm 14 ngày theo lịch nữa. Thư này sẽ giải thích tại sao cần phải có thêm thời gian. Chúng tôi có thể mất thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị về thuốc theo toa Medicare Phần B.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Thuật ngữ pháp lý “Quyết định bảo hiểm nhanh” là “xác định xúc tiến”.**Yêu cầu ra quyết định bảo hiểm nhanh:**

- Bắt đầu bằng cách gọi điện thoại hoặc fax để yêu cầu chúng tôi chi trả cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị muốn.
- Gọi cho chúng tôi theo số 1-855-817-5785, (TTY: 711) Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối hoặc fax cho chúng tôi theo số 1-888-426-5087.
- Tìm chi tiết khác về việc phải làm sao để liên hệ với chúng tôi tại Chương 2.

Quý vị cũng có thể yêu cầu nhà cung cấp hoặc đại diện của quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh cho quý vị.

Sau đây quy định về việc yêu cầu chúng tôi ra quyết định bảo hiểm nhanh:

Quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu sau đây thì mới được ra quyết định bảo hiểm nhanh:

1. Quý vị chỉ được ra quyết định bảo hiểm nhanh **khi quý vị yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc hoặc khoản mục mà quý vị chưa được nhận**. (Quý vị không được ra quyết định bảo hiểm nhanh khi yêu cầu của quý vị là về việc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc hoặc khoản mục mà quý vị đã nhận rồi).
2. Quý vị chỉ được ra quyết định bảo hiểm nhanh nếu **thời hạn thông thường là 14 ngày theo lịch (hoặc thời hạn 72 giờ cho thuốc theo toa Medicare Phần B) có thể sẽ gây hại nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị hoặc tổn hại cho chức năng cơ thể của quý vị**.
 - Nếu bác sĩ nói rằng quý vị cần được ra quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ tự động ra quyết định cho quý vị.
 - Nếu quý vị yêu cầu ra quyết định đòi thọ nhanh, mà không có sự ủng hộ của bác sĩ quý vị, chúng tôi sẽ quyết định xem quý vị có cần phải được quyết định nhanh hay không.
 - Nếu chúng tôi quyết định rằng sức khỏe của quý vị không đáp ứng các yêu cầu cho một quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thư thông báo. Thay vào đó, chúng tôi cũng sẽ sử dụng thời hạn 14 ngày tiêu chuẩn (hoặc thời hạn 72 giờ đối với thuốc theo toa Medicare Phần B).

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- Thư này sẽ cho quý vị biết rằng nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu ra quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ tự động ra quyết định nhanh cho quý vị.
- Thư này cũng sẽ cho biết quý vị phải làm sao để “khiếu nại nhanh” về quyết định của chúng tôi là sẽ ra quyết định bảo hiểm thường chứ không ra quyết định bảo hiểm nhanh theo yêu cầu của quý vị. Để tìm hiểu thêm về quy trình khiếu nại, kể cả khiếu nại nhanh, xin xem tại Mục 10 tại trang 231.

Nếu quyết định bảo hiểm là Đồng ý, thì khi nào tôi mới được nhận dịch vụ hoặc khoản mục đó?

Quý vị sẽ được chấp thuận (cho phép trước) để nhận dịch vụ hoặc khoản mục đó trong vòng 14 ngày theo lịch (với quyết định bảo hiểm thường) hoặc 72 giờ (với quyết định bảo hiểm nhanh) kể từ khi quý vị yêu cầu trừ khi yêu cầu của quý vị cho thuốc theo toa Medicare Phần B.

- Nếu yêu cầu của quý vị cho thuốc theo toa Medicare Phần B, quý vị sẽ được chấp thuận (được ủy quyền trước) để nhận thuốc trong vòng 72 giờ (đối với quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn) hoặc 24 giờ (đối với quyết định bảo hiểm nhanh).
- Nếu chúng tôi gia hạn cho thời hạn ra quyết định bảo hiểm của chúng tôi, chúng tôi sẽ chấp thuận việc bảo hiểm vào cuối thời hạn đã gia hạn đó. Chúng tôi có thể mất thêm thời gian để đưa ra quyết định của chúng tôi về thuốc theo toa Medicare Phần B.

Làm thế nào để biết nếu quyết định bảo hiểm là Không Đồng Ý?

Nếu câu trả lời là **Không đồng ý**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư cho biết các lý do **Không đồng ý**.

- Nếu chúng tôi **Không đồng ý**, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định này bằng cách kháng cáo. Kháng cáo có nghĩa là yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định từ chối bảo hiểm của chúng tôi.
- Nếu quý vị quyết định kháng cáo, thì quý vị sẽ bước vào Cấp 1 của quy trình kháng cáo (xem mục tiếp theo dưới đây để tìm hiểu thêm).



• Mục 5.3: Kháng cáo Cấp 1 với các dịch vụ, khoản mục và thuốc (không phải thuốc Phần D)

Thế nào là Kháng Cáo?

Kháng cáo là một cách chính thức yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định của mình và thay đổi nó nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã phạm sai lầm. Nếu quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hay nhà cung cấp dịch vụ nào khác không đồng ý với quyết định của chúng tôi, quý vị có thể kháng cáo.

Trong hầu hết mọi trường hợp, quý vị phải tiến hành kháng cáo từ Cấp 1. Nếu trong những trường hợp đặc biệt quý vị không muốn kháng cáo về dịch vụ Medi-Cal với chương trình trước, nếu vấn đề của quý vị là khẩn cấp hoặc có mức độ đe dọa từ trung bình đến nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị, hoặc nếu quý vị bị đau nghiêm trọng và cần quyết định ngay lập tức, quý vị có thể yêu cầu Đánh giá Y khoa Độc lập từ Sở Chăm sóc Sức khỏe có Quản lý theo số www.hmohelp.ca.gov. Xem trang 190 để tìm hiểu thêm. Nếu quý vị cần được trợ giúp trong quy trình kháng cáo, quý vị có thể gọi cho Cal MediConnect Ombuds Program theo số 1-855-501-3077. Cal MediConnect Ombuds Program không liên kết với chúng tôi hay với bất cứ công ty bảo hiểm hoặc các chương trình sức khỏe nào.

Kháng cáo Cấp 1 là gì?

Kháng cáo Cấp 1 là kháng cáo đầu tiên với chương trình của chúng tôi. Chúng tôi sẽ xem xét lại quyết định bảo hiểm của chúng tôi xem quyết định đó đúng hay sai. Người xem xét sẽ không phải là người ra quyết định bảo hiểm ban đầu. Khi xét duyệt xong, chúng tôi sẽ đưa ra quyết định bằng văn bản cho quý vị.

Nếu chúng tôi thông báo với quý vị sau khi chúng tôi xét duyệt rằng dịch vụ hoặc khoản mục đó không được bảo hiểm thì trường hợp của quý vị có thể đưa tới một Kháng cáo Cấp 2.

Sơ lược: Làm sao để Kháng cáo Cấp 1

Quý vị, bác sĩ hay người đại diện của quý vị có thể gửi văn bản yêu cầu của quý vị cho chúng tôi qua thư hoặc fax. Quý vị cũng có thể yêu cầu kháng cáo bằng cách gọi điện cho chúng tôi.

- Yêu cầu **trong vòng 60 ngày theo lịch** kể từ khi ngày trên quyết định mà quý vị đang kháng cáo. Nếu quý vị không đáp ứng được thời hạn này mà có lý do chính đáng, quý vị vẫn có thể kháng cáo (xem trang 187).
- Nếu quý vị kháng cáo vì chúng tôi đã nói với quý vị rằng dịch vụ mà quý vị đang dùng sẽ được thay đổi hoặc ngưng cung cấp, **quý vị có số ngày ít hơn để kháng cáo** nếu quý vị muốn được tiếp tục sử dụng dịch vụ đó trong khi đang kháng cáo (xem trang 190).
- Xin đọc tiếp mục này để được biết các thời hạn được áp dụng cho việc kháng cáo của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Tôi tiến hành Kháng cáo Cấp 1 như thế nào?

- Để bắt đầu kháng cáo, quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác, hoặc người đại diện của quý vị phải liên lạc với chúng tôi. Quý vị có thể gọi cho chúng tôi theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Để biết thêm chi tiết cách liên lạc với chúng tôi để kháng cáo, xem Chương 2.
- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi tiến hành “kháng cáo thường” hoặc “kháng cáo nhanh”.
- Nếu quý vị sắp yêu cầu một kháng cáo thông thường hoặc kháng cáo nhanh, hãy tiến hành kháng cáo bằng cách gửi văn bản hoặc gọi điện cho chúng tôi.
 - Quý vị có thể đơn kháng cáo đến địa chỉ sau đây:
Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan - Complaints, Appeals & Grievances,
4361 Irwin Simpson Road, Mailstop: OH0102-B325, Mason, OH 45040
 - Quý vị có thể gửi đơn trên mạng tại: duals.anthem.com
 - Quý vị cũng có thể yêu cầu tiến hành vụ kháng cáo bằng cách gọi điện thoại cho chúng tôi theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711) Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
- Chúng tôi sẽ gửi thư trong vòng 5 ngày theo lịch kể từ khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị để báo cho quý vị biết là chúng tôi đã nhận được yêu cầu đó.

Thuật ngữ pháp lý cho “kháng cáo nhanh” là “tái xét cấp tốc.”

Một ai đó có thể đưa ra kháng cáo thay tôi không?

Có. Bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác có thể tiến hành kháng cáo cho quý vị. Ngoài ra, một số người khác không phải là bác sĩ của quý vị hay nhà cung cấp khác có thể tiến hành kháng cáo thay quý vị nhưng trước hết quý vị phải điền vào mẫu Chỉ Định Người Đại Diện. Mẫu này sẽ cấp cho người khác quyền đại diện cho quý vị.

Để được nhận mẫu giấy Chỉ định Đại diện, quý vị có thể gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên để xin, hoặc truy cập <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>.

Nếu người khác ngoài quý vị, bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác của quý vị kháng cáo, chúng tôi phải nhận được giấy Chỉ định Đại diện trước khi có thể xem xét kháng cáo.

Tôi có thời gian bao lâu để tiến hành kháng cáo?

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** truy cập duals.anthem.com.



Quý vị phải yêu cầu kháng cáo **trong vòng 60 ngày** kể từ ngày ghi trên thư chúng tôi đã gửi thông báo về quyết định của chúng tôi.

Nếu quý vị bỏ lỡ mất thời hạn và có lý do chính đáng cho việc đó, chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để đưa ra khiếu nại. Các ví dụ về lý do chính đáng là: quý vị đã bị bệnh nặng, hoặc chúng tôi đã cung cấp cho quý vị thông tin sai về thời hạn gửi đơn kháng cáo.

LƯU Ý: Nếu quý vị kháng cáo vì chúng tôi đã nói với quý vị rằng dịch vụ mà quý vị đang dùng sẽ được thay đổi hoặc ngưng cung cấp, **quý vị có số ngày ít hơn để kháng cáo** nếu quý vị muốn được tiếp tục sử dụng dịch vụ đó trong khi đang kháng cáo. Xin đọc “Quyền lợi của tôi có còn được tiếp tục cung cấp không trong khi đang kháng cáo Cấp 1” tại trang 190 để tìm hiểu thêm.

Tôi có thể nhận bản sao hồ sơ lưu trữ của tôi?

Có. Yêu cầu chúng tôi cung cấp cho quý vị một bản sao miễn phí bằng cách gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711) Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

Bác sĩ của tôi có thể cung cấp cho tôi thông tin về kháng cáo của tôi không?

Được, quý vị và bác sĩ của quý vị có thể cung cấp thêm thông tin cho chúng tôi nhằm hỗ trợ kháng cáo của quý vị.

Chúng tôi sẽ ra quyết định cho vụ kháng cáo như thế nào?

Chúng tôi xem xét tất cả các thông tin về yêu cầu bảo hiểm của quý vị cho dịch vụ chăm sóc y tế. Sau đó, chúng tôi kiểm tra xem chúng tôi đã tuân thủ tất cả các quy định khi đã trả lời **Không Đồng Ý** với đề nghị của quý vị chưa. Người xem xét sẽ không phải là người ra quyết định lần đầu.

Nếu chúng tôi cần thêm thông tin, chúng tôi có thể sẽ yêu cầu quý vị hoặc bác sĩ của quý vị cung cấp thêm thông tin đó.

Khi nào tôi sẽ được biết về quyết định kháng cáo “thông thường”?

Chúng tôi phải đưa ra câu trả lời cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận được kháng cáo của quý vị (hoặc trong vòng 7 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo cho thuốc theo toa Medicare Phần B). Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định sớm hơn nếu điều kiện sức khỏe của quý vị đòi hỏi như vậy.

- Nếu không đưa ra câu trả lời về kháng cáo cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch (hoặc trong vòng 7 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo cho thuốc theo toa Medicare Phần B), chúng tôi sẽ chuyển hồ sơ của quý vị lên thủ tục kháng cáo Cấp 2 nếu vấn đề của quý vị là về việc bảo hiểm một dịch vụ hoặc khoản mục theo chương trình Medicare. Quý vị sẽ được thông báo nếu điều này xảy ra.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** truy cập duals.anthem.com.



- Nếu vấn đề của quý vị là về việc bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc khoản mục Medi-Cal, quý vị sẽ cần phải tự tiến hành phần Kháng cáo Cấp 2. Để biết thêm về quy trình Kháng cáo Cấp 2, xem Mục 5.4 tại trang 190.

Nếu câu trả lời của chúng tôi là Đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi phải chấp thuận hoặc thực hiện việc bảo hiểm đó trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị (hoặc trong vòng 7 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo cho thuốc theo toa Medicare Phần B).

Nếu câu trả lời của chúng tôi là Không đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị biết. Nếu vấn đề của quý vị là về việc bảo hiểm một dịch vụ Medicare hoặc khoản mục, thư này sẽ cho quý vị biết rằng chúng tôi đã gửi hồ sơ của quý vị đến Tổ chức Đánh giá Độc lập (Independent Review Entity) để tiến hành Kháng cáo Cấp 2. Nếu vấn đề của quý vị là về việc bảo hiểm một dịch vụ hoặc khoản mục Medi-Cal, thư này sẽ cho quý vị biết cách tự mình gửi Kháng cáo Cấp 2. Để biết thêm về quy trình Kháng cáo Cấp 2, xem Mục 5.4 tại trang 190.

Khi nào tôi mới được biết quyết định về kháng cáo “nhanh”?

Nếu quý vị yêu cầu kháng cáo nhanh, chúng tôi sẽ đưa ra câu trả lời của chúng tôi cho quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được kháng cáo của quý vị. Chúng tôi sẽ đưa ra câu trả lời sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi như vậy.

- Nếu chúng tôi không trả lời cho vụ kháng cáo của quý vị trong vòng 72 giờ, chúng tôi sẽ tự động chuyển trường hợp của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo nếu vấn đề của quý vị là về việc bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc khoản mục Medicare. Quý vị sẽ được thông báo nếu điều này xảy ra.
- Nếu vấn đề của quý vị là về việc bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc khoản mục Medi-Cal, quý vị sẽ cần phải tự tiến hành phần Kháng cáo Cấp 2. Để biết thêm về quy trình Kháng cáo Cấp 2, xem Mục 5.4 tại trang 190.

Nếu câu trả lời của chúng tôi là Đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi phải cho phép hoặc thực hiện việc bảo hiểm đó trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.

Nếu câu trả lời của chúng tôi là Không đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị biết. Nếu vấn đề của quý vị là về việc bảo hiểm một dịch vụ Medicare hoặc khoản mục, thư này sẽ cho quý vị biết rằng chúng tôi đã gửi hồ sơ của quý vị đến Tổ chức Đánh giá Độc lập (Independent Review Entity) để tiến hành Kháng cáo Cấp 2. Nếu vấn đề của quý vị là về việc bảo hiểm một dịch vụ hoặc khoản mục Medi-Cal, thư này sẽ cho quý vị biết cách tự mình gửi Kháng cáo Cấp 2. Để biết thêm về quy trình Kháng cáo Cấp 2, xem Mục 5.4 tại trang 190.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Quyền lợi của tôi có còn được tiếp tục cung cấp không trong khi đang kháng cáo Cấp 1?

Nếu chúng tôi quyết định thay đổi hoặc ngưng đài thọ cho một dịch vụ hoặc khoản mục mà trước đó đã được chấp thuận, chúng tôi sẽ gửi thông báo cho quý vị trước khi thực hiện việc đó. Nếu quý vị không đồng ý với việc đó, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo Cấp 1 và yêu cầu chúng tôi tiếp tục cung cấp phúc lợi cho dịch vụ hoặc khoản mục đó. Quý vị phải **thực hiện đề nghị đó đúng lúc hoặc trước hạn nào tới sau dưới đây** để tiếp tục các quyền lợi của mình:

- Trong vòng 10 ngày kể từ ngày theo dấu bưu điện trên thông báo quyết định của chúng tôi; hoặc
- Ngày hiệu lực dự kiến của hành động.

Nếu quý vị đáp ứng được thời hạn này, quý vị có thể sẽ tiếp tục được nhận dịch vụ hoặc khoản mục đang tranh chấp đó trong thời gian kháng cáo.

• Mục 5.4: Kháng cáo Cấp 2 với các dịch vụ, khoản mục và thuốc (không phải thuốc Phần D)

Nếu chương trình trả lời Không Đồng Ý ở Cấp 1, điều gì diễn ra tiếp theo?

Nếu chúng tôi nói không đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu trong Kháng cáo Cấp 1, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị biết. Thư này sẽ cho quý vị biết dịch vụ hoặc khoản mục đó có thường được Medicare hoặc Medi-Cal bảo hiểm hay không.

- Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc khoản mục Medicare, chúng tôi sẽ tự động chuyển trường hợp của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo ngay khi phần Kháng cáo Cấp 1 đã kết thúc.
- Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc khoản mục Medi-Cal, quý vị có thể tự tiến hành phần Kháng cáo Cấp 2. Thư này sẽ cho quý vị biết cách làm điều này như thế nào. Sau đây cũng xin nói về việc đó.

Kháng cáo Cấp 2 là gì?

Kháng cáo Cấp 2 là kháng cáo lần thứ hai, do một tổ chức độc lập không quan hệ gì với chương trình của chúng tôi thụ lý.

Vấn đề của tôi liên quan đến các dịch vụ hoặc khoản mục của Medi-Cal. Tôi có thể tiến hành Kháng Cáo Cấp 2 như thế nào?

Có hai cách kháng cáo Cấp 2 cho các dịch vụ hoặc khoản mục Medi-Cal: (1) Nộp đơn khiếu nại hoặc Đánh giá Y khoa Độc lập (IMR) hoặc (2) Phiên Điều trần của Tiểu bang.

(1) Đánh giá Y khoa Độc lập

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại hoặc yêu cầu Trung tâm Trợ giúp của California Department of Managed Health Care (DMHC) cho Đánh giá Y tế Độc lập (IMR). Bằng cách nộp đơn khiếu nại, DMHC sẽ đánh giá quyết định của quý vị và đưa ra quyết định. IMR được cung cấp cho bất kỳ dịch vụ hoặc khoản mục Medi-Cal nào có tính chất y tế. IMR là cuộc đánh giá về ca bệnh của quý vị do các bác sĩ không nằm trong chương trình của chúng tôi thực hiện hoặc là một phần của DMHC. Nếu kết quả IMR cho thấy quý vị đúng, chúng tôi phải cung cấp dịch vụ hoặc khoản mục mà quý vị yêu cầu cung cấp. Quý vị không phải trả phí cho IMR.

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại hoặc xin IMR nếu chương trình chúng tôi:

- Từ chối, thay đổi, hoặc trì hoãn một dịch vụ hoặc phương thức điều trị Medi-Cal vì chương trình thấy rằng không cần thiết về mặt y khoa.
- Không đồng ý bảo hiểm cho một liệu pháp điều trị Medi-Cal mang tính chất thí nghiệm hoặc nghiên cứu cho một bệnh trạng trầm trọng.
- Không đồng ý thanh toán cho dịch vụ cấp cứu hoặc khẩn cấp Medi-Cal mà quý vị đã nhận rồi.
- Đã không giải quyết phần Kháng cáo Cấp 1 của quý vị về một dịch vụ Medi-Cal trong vòng 30 ngày theo lịch cho trường hợp kháng cáo thường hoặc 72 giờ cho trường hợp kháng cáo nhanh.

LƯU Ý: Nếu nhà cung cấp của quý vị nộp đơn kháng cáo, nhưng chúng tôi không cần mẫu giấy Chỉ định Đại diện, quý vị sẽ cần nộp lại kháng cáo của quý vị với chúng tôi trước khi quý vị có thể nộp IMR Cấp 2 với Department of Managed Health Care.

Nếu quý vị được quyền xin cả IMR hoặc Phiên Điều trần của Tiểu bang, nhưng không được nếu quý vị đã được mở Phiên Điều trần của Tiểu bang rồi cho cùng một vấn đề.

Trong hầu hết mọi trường hợp, quý vị đều phải kháng cáo với chúng tôi trước rồi mới được yêu cầu mở cuộc IMR. Xem trang 186 để biết về quy trình kháng cáo Cấp 1 của chúng tôi. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi, quý vị có thể yêu cầu DMHC hoặc Trung tâm Trợ giúp của DMHC mở cuộc IMR.

Nếu liệu pháp điều trị của quý vị bị từ chối vì mang tính thí nghiệm hoặc nghiên cứu, quý vị không phải thực hiện quy trình kháng cáo của chúng tôi trước khi xin IMR.

Nếu vấn đề của quý vị là khẩn cấp hoặc có mức độ đe dọa từ trung bình đến nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị hoặc nếu quý vị bị đau nghiêm trọng, quý vị có thể thông báo cho DMHC biết ngay mà không phải thực hiện quy trình kháng cáo trước.

Quý vị phải **xin IMR trong vòng 6 tháng** sau khi chúng tôi gửi văn bản quyết định về việc kháng cáo của quý vị cho quý vị. DMHC có thể chấp nhận đơn của quý vị sau 6 tháng vì lý do chính đáng

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



nếu quý vị có một tình trạng y tế ngăn cản quý vị yêu cầu IMR trong vòng 6 tháng, hoặc quý vị không nhận được thông báo đầy đủ từ chúng tôi về quy trình IMR.

Để nộp đơn xin IMR:

- Điền mẫu đơn xin Đánh giá Y tế Độc lập/Khiếu nại được cung cấp trên: <https://www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx> hoặc gọi cho Trung tâm Trợ giúp DMHC theo số 1-888-466-2219. Người dùng TTY xin gọi 1-877-688-9891.
- Nếu có, quý vị hãy gửi kèm theo bản sao của các thư hay tài liệu khác về dịch vụ hoặc khoản mục mà chúng tôi đã từ chối. Việc này sẽ giúp cho quy trình IMR được nhanh hơn. Xin chỉ gửi bản sao, không gửi bản gốc. Trung tâm Trợ giúp không thể gửi trả bất kỳ tài liệu nào cho quý vị.
- Điền Mẫu Ủy quyền Trợ giúp (Authorized Assistant) nếu có người trợ giúp quý vị trong việc IMR. Quý vị có thể lấy mẫu đó tại <https://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx> hoặc gọi điện xin Trung tâm Trợ giúp của Cơ quan theo số 1-888-466-2219. Người dùng TTY xin gọi 1-877-688-9891.
- Gửi qua thư hoặc fax các giấy này cũng bắt kỳ tài liệu kèm theo nào đến địa chỉ:
Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
Fax: 1-916-255-5241

Nếu quý vị đủ điều kiện được IMR, DMHC sẽ xét duyệt vụ việc của quý vị và gửi cho quý vị một lá thư trong vòng 7 ngày theo lịch thông báo cho quý vị biết rằng quý vị đủ điều kiện nhận IMR. Sau khi nhận được đơn xin và tài liệu hỗ trợ từ chương trình của quý vị, quyết định IMR sẽ được đưa ra trong vòng 30 ngày theo lịch. Quý vị sẽ nhận được quyết định IMR trong vòng 45 ngày theo lịch kể từ khi nộp đơn đã hoàn thành.

Nếu trường hợp của quý vị cấp bách và quý vị đủ điều kiện được IMR, DMHC sẽ xét duyệt vụ việc của quý vị và gửi cho quý vị một lá thư trong vòng 2 ngày theo lịch thông báo cho quý vị biết rằng quý vị đủ điều kiện nhận IMR. Sau khi nhận được đơn xin và tài liệu hỗ trợ từ chương trình của quý vị, quyết định IMR sẽ được đưa ra trong vòng 3 ngày theo lịch. Quý vị sẽ nhận được quyết định IMR trong vòng 7 ngày theo lịch kể từ khi nộp đơn đã hoàn thành. Nếu quý vị không hài lòng với kết quả IMR, quý vị vẫn có thể yêu cầu mở Phiên Điều trần của Tiểu bang.

Nếu DMHC xác định rằng trường hợp của quý vị không đủ tiêu chuẩn để IMR, DMHC sẽ xem xét trường hợp của quý vị bằng quy trình giải quyết khiếu nại cho người tiêu dùng thông thường. Khiếu

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



nại của quý vị sẽ phải được giải quyết trong vòng 30 ngày theo lịch kể từ khi nộp đơn đã hoàn thành. Nếu khiếu nại của quý vị khẩn cấp, nó sẽ được giải quyết sớm hơn.

(2) Phiên Điều trần của Tiểu bang

Quý vị có thể yêu cầu mở Phiên Điều trần của Tiểu bang về các dịch vụ được Medi-Cal bảo hiểm. Nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác của quý vị yêu cầu cung cấp một dịch vụ hay khoản mục mà chúng tôi không chấp thuận, hoặc chúng tôi không tiếp tục thanh toán cho một dịch vụ hoặc khoản mục mà quý vị đã nhận rồi và chúng tôi đã nói không với kháng cáo Cấp 1 của quý vị, quý vị có quyền yêu cầu mở Phiên Điều trần của Tiểu bang.

Trong hầu hết mọi trường hợp, **quý vị đều có 120 ngày để yêu cầu mở Phiên Điều trần của Tiểu bang** sau khi thông báo về “Quyền được Điều trần của quý vị” (“Your Hearing Rights”) được gửi qua thư cho quý vị.

LƯU Ý: Nếu quý vị xin mở Phiên Điều trần của Tiểu bang vì chúng tôi đã nói với quý vị rằng dịch vụ mà quý vị đang dùng sẽ được thay đổi hoặc ngưng cung cấp, **quý vị có số ngày ít hơn để gửi yêu cầu của quý vị** nếu quý vị muốn được tiếp tục sử dụng dịch vụ đó trong khi chờ Phiên Điều trần của Tiểu bang. Xin đọc “Quyền lợi của tôi có còn được tiếp tục cung cấp không trong khi đang kháng cáo Cấp 2” tại trang 194 để tìm hiểu thêm.

Có hai cách để yêu cầu mở Phiên Điều trần của Tiểu bang:

1. Quý vị có thể điền mẫu “Yêu cầu mở Phiên Phân xử của Tiểu bang” tại mặt sau của thông báo hành động (notice of action). Quý vị cần cung cấp tất cả các thông tin cần thiết như tên họ, địa chỉ, số điện thoại, tên chương trình hoặc quận đã thực hiện hành động mà quý vị không chấp nhận, (các) chương trình trợ giúp liên quan, và lý do chi tiết tại sao quý vị muốn được phân xử. Sau đó, quý vị có thể gửi yêu cầu của quý vị theo một trong các cách sau đây:
 - Cho phòng phúc lợi (welfare) của quận theo địa chỉ ghi trên thông báo.
 - Cho California Department of Social Services:
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430
 - Cho State Hearings Division (Ban Điều trần của Tiểu bang) theo số fax 1-916-651-5210 hoặc 1-916-651-2789.
2. Quý vị có thể gọi California Department of Social Services theo số 1-800-952-5253. Người dùng TTY xin gọi 1-800-952-8349. Nếu quyết định xin mở Phiên Phân xử của Tiểu bang qua điện thoại, quý vị cần biết là các đường dây điện thoại thường rất bận.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Vấn đề của tôi liên quan đến các dịch vụ hoặc khoản mục của Medicare. Điều gì sẽ xảy ra ở Kháng cáo Cấp 2?

Tổ chức Đánh giá Độc lập (IRE) sẽ đánh giá cẩn thận quyết định của Cấp 1, rồi quyết định xem có phải thay đổi quyết định này hay không.

- Quý vị không cần phải yêu cầu Kháng cáo Cấp 2. Chúng tôi sẽ tự động gửi mọi quyết định từ chối (tất cả hay một phần) của chúng tôi cho IRE. Quý vị sẽ được thông báo nếu điều này xảy ra.
- IRE được Medicare tuyển dụng và không có quan hệ gì với chương trình này.
- Quý vị có thể yêu cầu cung cấp cho quý vị một bản sao bằng cách gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711) Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

IRE phải đưa ra câu trả lời về Kháng cáo Cấp 2 của quý vị cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch từ khi nhận được kháng cáo của quý vị (hoặc trong vòng 7 ngày theo lịch từ khi chúng tôi nhận được kháng cáo cho thuốc theo toa Medicare Phần B). Quy định này áp dụng nếu quý vị đã gửi kháng cáo của mình trước khi nhận được các dịch vụ và vật dụng y tế.

- Tuy nhiên, nếu IRE cần phải thu thập thêm các thông tin có lợi cho quý vị, họ có thể cần sử dụng thêm 14 ngày theo lịch nữa. Nếu IRE cần thêm thời gian để đưa ra quyết định, họ sẽ thông báo cho quý vị bằng thư. IRE không thể mất thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu kháng cáo của quý vị về thuốc theo toa Medicare Phần B.

Nếu quý vị có “kháng cáo nhanh” ở Cấp 1, quý vị sẽ tự động có một kháng cáo nhanh ở Cấp 2. IRE này phải trả lời cho quý vị trong vòng 72 giờ kể từ khi họ nhận được đơn kháng cáo của quý vị.

- Tuy nhiên, nếu IRE cần phải thu thập thêm các thông tin có lợi cho quý vị, họ có thể cần sử dụng thêm 14 ngày theo lịch nữa. Nếu IRE cần thêm thời gian để đưa ra quyết định, họ sẽ thông báo cho quý vị bằng thư. IRE không thể mất thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu kháng cáo của quý vị về theo toa Medicare Phần B.

Quyền lợi của tôi có còn được tiếp tục cung cấp không trong khi đang kháng cáo Cấp 2?

Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc khoản mục được Medicare bảo hiểm, quyền lợi dịch vụ hoặc khoản mục đó của quý vị sẽ **không** được tiếp tục cung cấp trong khi đang kháng cáo Cấp 2 với Tổ chức Đánh giá Độc lập.

Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc khoản mục được Medi-Cal bảo hiểm và quý vị yêu cầu mở Phiên Điều trần của Tiểu bang, các quyền lợi Medi-Cal cho dịch vụ hoặc khoản mục đó của quý vị có thể sẽ được tiếp tục cung cấp cho đến khi có kết quả phân xử. Quý vị phải yêu cầu mở phiên điều trần **vào hoặc trước** thời hạn nào trễ hơn sau đây thì mới được tiếp tục nhận quyền lợi:

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- Trong vòng 10 ngày kể từ ngày gửi qua thư cho quý vị thông báo của chúng tôi rằng quyết định về quyền lợi mà quý vị không muốn đó (quyết định kháng cáo Cấp 1) là đúng; hoặc
- Ngày hiệu lực dự kiến của hành động.

Nếu quý vị đáp ứng được thời hạn này, quý vị có thể sẽ tiếp tục được nhận dịch vụ hoặc khoản mục đang tranh chấp đó cho đến khi có quyết định phân xử.

Làm thế nào để biết về quyết định đó?

Nếu Kháng cáo Cấp 2 của quý vị được giải quyết bằng một cuộc Đánh giá Y tế Độc lập, Sở Chăm sóc Sức khỏe có Quản lý (Department of Managed Health Care) sẽ gửi thư cho quý vị để cho biết quyết định của các bác sĩ đã đánh giá ca bệnh của quý vị.

- Nếu quyết định Đánh giá Y tế Độc lập là **Đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi phải cung cấp dịch vụ hoặc liệu pháp điều trị đó cho quý vị.
- Nếu quyết định Đánh giá Y tế Độc lập là **Không đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, tức là họ đồng ý với quyết định của Cấp 1. Quý vị vẫn có thể yêu cầu mở Phiên Điều trần của Tiểu bang. Xem trang 193 để tìm hiểu về việc yêu cầu mở Phiên Điều trần của Tiểu bang.

Nếu Kháng cáo Cấp 2 của quý vị được giải quyết bằng Phiên Phân xử của Tiểu bang, California Department of Social Services sẽ gửi thư cho quý vị để cho biết về quyết định của họ.

- Nếu quyết định của Phiên Điều trần là **Đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi phải tuân theo quyết định đó. Chúng tôi phải thực hiện (các) hành động được nêu trong vòng 30 ngày theo lịch kể từ ngày chúng tôi nhận được bản sao của quyết định đó.
- Nếu quyết định của Phiên Điều trần là **Không đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, tức là họ đồng ý với quyết định của Cấp 1. Chúng tôi có thể ngừng mọi khoản hỗ trợ được thanh toán trong khi chờ mà quý vị đang được nhận.

Nếu Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị được chuyển lên Medicare Independent Review Entity (IRE), họ sẽ gửi thư cho quý vị giải thích về quyết định của mình.

- Nếu IRE nói **Đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu trong kháng cáo thường của quý vị, chúng tôi phải cho phép bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế đó trong vòng 72 giờ hoặc cung cấp dịch vụ hoặc khoản mục đó cho quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của IRE. Nếu quý vị kháng cáo nhanh, chúng tôi phải cho phép bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế đó hoặc cung cấp dịch vụ hoặc khoản mục đó cho quý vị trong vòng 72 giờ kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của IRE.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- Nếu IRE nói **Đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu trong kháng cáo thường của quý vị cho thuốc theo toa Medicare Phần B, chúng tôi phải ủy quyền hoặc cung cấp thuốc theo toa Medicare Phần B trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận quyết định của IRE. Nếu quý vị kháng cáo nhanh, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp thuốc theo toa Medicare Phần B trong vòng 24 giờ kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của IRE.
- Nếu IRE nói **Không đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, tức là họ đồng ý với quyết định của Cấp 1. Việc này được gọi là “duy trì quyết định.” Người ta cũng gọi là “bác kháng cáo của quý vị”.



Nếu quyết định là Không đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì tôi yêu cầu, tôi có được kháng cáo tiếp nữa không?

Nếu Kháng cáo Cấp 2 của quý vị đã được giải quyết bằng Đánh giá Y tế Độc lập, quý vị có thể yêu cầu mở Phiên Điều trần của Tiểu bang. Xem trang 193 để tìm hiểu về việc yêu cầu mở Phiên Điều trần của Tiểu bang.

Nếu Kháng cáo Cấp 2 của quý vị đã được giải quyết bằng Phiên Điều trần của Tiểu bang, quý vị có thể yêu cầu phân xử lại trong vòng 30 ngày sau khi quý vị nhận được quyết định. Quý vị có thể yêu cầu tòa án xem xét lại quyết định từ chối của Phiên Phân xử của Tiểu bang bằng cách nộp đơn yêu cầu Tòa Thượng thẩm (Superior Court) tái xét (theo Bộ luật về Thủ tục Dân sự Mục 1094.5) trong vòng một năm kể từ khi quý vị nhận được quyết định đó. Quý vị không được xin IMR nếu quý vị đã được mở Phiên Phân xử của Tiểu bang cho cùng một vấn đề rồi.

Nếu Kháng cáo Cấp 2 của quý vị đã gửi đến Medicare Independent Review Entity, quý vị có thể kháng cáo một lần nữa chỉ khi nào giá trị bằng tiền của dịch vụ hoặc khoản mục mà quý vị muốn đáp ứng một giá trị tối thiểu nhất định. Lá thư quý vị nhận được từ IRE sẽ giải thích các quyền kháng cáo bổ sung quý vị có thể có.

Xem Mục 9 tại trang 229 để biết thêm về các cấp kháng cáo nữa.

• Mục 5.5: Các vấn đề về thanh toán

Chúng tôi không cho phép nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi gửi hóa đơn cho quý vị về các dịch vụ và khoản mục được bảo hiểm. Điều này vẫn đúng khi chúng tôi trả tiền cho nhà cung cấp dịch vụ thấp mức họ tính cho dịch vụ hoặc khoản mục được bảo hiểm. Quý vị không bao giờ phải trả số tiền cân đối của bất kỳ hóa đơn nào. Số tiền duy nhất mà quý vị được yêu cầu phải trả là tiền đồng trả cho các thuốc bậc 2 trong Danh sách Thuốc Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

Nếu quý vị nhận được hóa đơn quá số tiền đồng trả của quý vị cho các dịch vụ và khoản mục được đài thọ, hãy gửi hóa đơn đó cho chúng tôi. **Quý vị không nên tự thanh toán hóa đơn.** Chúng tôi sẽ trực tiếp liên lạc với nhà cung cấp đó và xử lý vấn đề đó.

Để tìm hiểu thêm, hãy bắt đầu bằng việc đọc Chương 7: “Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho những dịch vụ hoặc thuốc được bảo hiểm.” Chương 7 mô tả những trường hợp trong đó quý vị có thể sẽ cần yêu cầu thanh toán lại hoặc thanh toán cho một hóa đơn mà quý vị đã nhận được của một nhà cung cấp dịch vụ. Nó cũng cho quý vị biết làm thế nào để gửi cho chúng tôi giấy tờ yêu cầu chúng tôi thanh toán.

Tôi có thể yêu cầu quý vị trả lại tôi phần chia sẻ chi phí của quý vị cho một dịch vụ hoặc khoản mục mà tôi đã trả không?

Xin nhớ rằng, nếu quý vị nhận được hóa đơn quá số tiền đồng trả của quý vị cho các dịch vụ và khoản mục được đài thọ, quý vị không nên tự thanh toán hóa đơn đó. Nhưng nếu quý vị đã lỡ thanh

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



toán hóa đơn đó, quý vị có thể được trả lại nếu quý vị tuân thủ các quy định về việc nhận dịch vụ và khoản mục.

Yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho quý vị, có nghĩa là quý vị yêu cầu chúng tôi ra quyết định bảo hiểm. Chúng tôi sẽ xem dịch vụ hoặc khoản mục mà quý vị đã thanh toán có phải là dịch vụ hoặc khoản mục được bảo hiểm hay không, và chúng tôi sẽ kiểm tra xem quý vị có tuân thủ tất cả các quy định về việc sử dụng bảo hiểm của quý vị hay không.

- Nếu dịch vụ hoặc khoản mục mà quý vị đã trả được bảo hiểm và quý vị đã tuân thủ tất cả các quy định, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thanh toán cho nhà cung cấp cho dịch vụ hoặc khoản mục đó trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Nhà cung cấp của quý vị sau đó sẽ gửi thanh toán cho quý vị.
- Nếu quý vị chưa thanh toán cho dịch vụ hoặc khoản mục đó, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp số tiền đó cho nhà cung cấp dịch vụ. Khi chúng tôi gửi tiền thanh toán, có nghĩa là chúng tôi **Đồng ý** với yêu cầu ra quyết định bảo hiểm của quý vị.
- Nếu dịch vụ hoặc khoản mục đó không được bảo hiểm, hoặc quý vị đã không tuân thủ tất cả các quy định, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị biết là chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ hoặc khoản mục đó, và giải thích lý do tại sao.

Nếu chúng tôi nói chúng tôi sẽ không thanh toán thì sao?

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi, **quý vị có thể kháng cáo**. Hãy thực hiện theo quy trình kháng cáo nêu tại Mục 5.3 tại trang 186. Nếu quý vị thực hiện quy trình này, xin lưu ý:

- Nếu quý vị kháng cáo để xin trả lại tiền, chúng tôi phải trả lời cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.
- Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị cho dịch vụ hoặc khoản mục mà quý vị đã nhận và tự thanh toán tiền rồi, quý vị sẽ không được yêu cầu thực hiện quy trình kháng cáo nhanh.

Nếu chúng tôi trả lời **không đồng ý** với kháng cáo của quý vị và dịch vụ hoặc khoản mục đó là thường được Medicare bảo hiểm, chúng tôi sẽ tự động chuyển trường hợp của quý vị cho Tổ chức Đánh giá Độc lập (IRE). Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng thư nếu xảy ra trường hợp này.

- Nếu IRE đảo ngược quyết định của chúng tôi và nói chúng tôi phải thanh toán cho quý vị, chúng tôi sẽ phải thanh toán khoản tiền đó cho quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ trong vòng 30 ngày theo lịch. Nếu câu trả lời đối với kháng cáo của quý vị là **Đồng Ý** ở bất kỳ giai đoạn nào trong thủ tục kháng cáo sau Cấp 2, chúng tôi phải gửi khoản tiền mà quý vị đã yêu cầu cho quý vị hoặc cho nhà cung cấp trong vòng 60 ngày theo lịch.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- Nếu IRE trả lời **Không Đồng Ý** với kháng cáo của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định của chúng tôi không phê duyệt yêu cầu của quý vị. (Việc này được gọi là “ủng hộ quyết định.” Việc này còn được gọi là “bác bỏ kháng cáo của quý vị.”) Thư mà quý vị nhận được sẽ cho biết các quyền kháng cáo thêm mà quý vị có thể có. Quý vị có thể kháng cáo lần nữa chỉ khi nào giá trị bằng tiền của dịch vụ hoặc khoản mục mà quý vị muốn đáp ứng một giá trị tối thiểu nhất định. Xem Mục 9 tại trang 229 để biết thêm về các cấp kháng cáo nữa.

Nếu chúng tôi nói **Không Đồng ý** với kháng cáo của quý vị và dịch vụ hoặc khoản mục đó là thường được Medi-Cal bảo hiểm, quý vị có thể tự nộp đơn Kháng cáo Cấp 2 (xem Mục 5.4 trang 190).



Mục 6: Thuốc Phần D

• Mục 6.1: Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề khi lấy thuốc Phần D hoặc quý vị muốn chúng tôi hoàn lại tiền cho một loại thuốc Phần D

Với tư cách là hội viên chương trình của chúng tôi, các quyền lợi mà quý vị được hưởng có bao gồm bảo hiểm nhiều loại thuốc theo toa. Hầu hết các thuốc này đều là “thuốc Phần D”. Có một số ít thuốc mà Medicare Phần D không bảo hiểm nhưng Medi-Cal có thể sẽ bảo hiểm. **Mục này chỉ áp dụng đối với các kháng cáo thuốc Phần D.**

Danh sách Thuốc có một số thuốc được đánh dấu hoa thị (*). Những loại thuốc này **không** phải là thuốc Phần D. Kháng cáo hoặc quyết định bảo hiểm cho thuốc có dấu hoa thị (*) được thực hiện theo quy trình tại Mục 5 tại trang 182.

Tôi có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc tiến hành kháng cáo về thuốc theo toa Phần D?

Có. Dưới đây là các ví dụ về quyết định bảo hiểm quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện cho thuốc Phần D của quý vị:

- Quý vị yêu cầu chúng tôi thực hiện một trường hợp ngoại lệ như:
 - Yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho một loại thuốc Phần D không nằm trong Danh sách Thuốc của chương trình
 - Yêu cầu chúng tôi loại bỏ một hạn chế về bảo hiểm của chương trình cho một loại thuốc (ví dụ như giới hạn về số lượng thuốc mà quý vị có thể được nhận)
- Quý vị hỏi chúng tôi xem một loại thuốc có được bảo hiểm cho quý vị hay không (ví dụ như, khi thuốc của quý vị nằm trong Danh sách Thuốc của chương trình nhưng chúng tôi yêu cầu quý vị phải xin chúng tôi chấp thuận trước thì chúng tôi mới bảo hiểm nó cho quý vị).

LƯU Ý: Nếu nhà thuốc của quý vị nói với quý vị rằng họ không thể bán thuốc theo toa cho quý vị được, quý vị sẽ được nhận thông báo cho biết cách liên hệ với chúng tôi để yêu cầu ra quyết định bảo hiểm.

- Quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán cho một loại thuốc theo toa mà quý vị đã mua rồi. Đây là việc yêu cầu ra quyết định bảo hiểm về thanh toán.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Thuật ngữ pháp lý cho quyết định bảo hiểm về thuốc Phần D của quý vị là “xác định bảo hiểm.”

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã ra, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi. Mục này sẽ hướng dẫn cho quý vị phải làm sao để yêu cầu ra quyết định bảo hiểm **và** làm sao để nộp đơn kháng cáo.

Bảng sau đây sẽ giúp cho quý vị biết được mục nào có thông tin về trường hợp của quý vị:

Quý vị đang ở trong tình huống nào trong các tình huống này?			
Quý vị đang cần một loại thuốc không nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi hoặc muốn chúng tôi loại bỏ một quy định hay hạn chế cho một loại thuốc mà chúng tôi bảo hiểm? Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi tạo một ngoại lệ. (Đây là một loại quyết định bảo hiểm). Hãy bắt đầu bằng Mục 6.2 tại trang 202. Xem thêm các Mục 6.3 và 6.4 trên các trang 203 và 204.	Quý vị muốn chúng tôi đài thọ cho một loại thuốc nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi và tin rằng quý vị tuân thủ mọi quy định hoặc hạn chế của chương trình (như xin chấp thuận trước chẳng hạn) cho thuốc mà quý vị cần? Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi một quyết định bảo hiểm. Chuyển thẳng đến Mục 6.4 tại trang 204.	Quý vị muốn yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho quý vị cho một loại thuốc mà quý vị đã nhận và trả tiền rồi? Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị. (Đây là một loại quyết định bảo hiểm). Chuyển thẳng đến Mục 6.4 tại trang 204.	Chúng tôi đã nói với quý vị rằng chúng tôi sẽ không bảo hiểm hoặc thanh toán cho một loại thuốc theo cách mà quý vị muốn nó sẽ được bảo hiểm hoặc thanh toán? Quý vị có thể tiến hành kháng cáo. (Điều này có nghĩa là quý vị đang yêu cầu chúng tôi xem xét lại.) Chuyển thẳng đến Mục 6.5 tại trang 208.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



• Mục 6.2: Thế nào là một trường hợp ngoại lệ?

Ngoại lệ là việc cho phép được bảo hiểm cho một loại thuốc thường không nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi hoặc sử dụng thuốc đó mà không phải tuân theo các quy định hoặc giới hạn nào đó. Nếu một loại thuốc không nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi, hoặc không được bảo hiểm theo cách mà quý vị muốn, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cho quý vị hưởng “ngoại lệ”.

Khi quý vị xin hưởng ngoại lệ, bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị sẽ cần phải giải thích lý do về mặt y tế vì sao quý vị cần được hưởng ngoại lệ.

Dưới đây là ví dụ về một số loại miễn trừ mà quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện:

1. Bảo hiểm cho một loại thuốc Phần D không nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi.
 - Nếu chúng tôi đồng ý tạo một ngoại lệ và bảo hiểm cho một loại thuốc không nằm trong Danh sách Thuốc, quý vị sẽ phải trả khoản chia sẻ chi phí áp dụng cho các thuốc ở bậc 2.
 - Quý vị không được xin hưởng ngoại lệ cho số tiền đồng trả hoặc đồng bảo hiểm mà chúng tôi yêu cầu quý vị thanh toán cho thuốc đó.
2. Gỡ bỏ giới hạn bảo hiểm của chúng tôi. Những quy định hoặc giới hạn bổ sung áp dụng cho một số loại thuốc nhất định trong Danh sách Thuốc (để biết thêm thông tin, hãy tới Chương 5).
 - Các quy định và hạn chế bổ sung về bảo hiểm cho một số thuốc nào đó gồm có:
 - Được yêu cầu sử dụng phiên bản thuốc gốc thay vì thuốc chính hiệu.
 - Phải được chương trình chấp thuận trước thì chúng tôi mới bảo hiểm thuốc đó cho quý vị. (Đôi lúc còn được gọi là “cho phép trước.”)
 - Phải thử dùng một loại thuốc khác trước thì chúng tôi mới đồng ý đài thọ cho thuốc mà quý vị xin. (Đôi lúc còn được gọi là “trị liệu từng bước.”)
 - Giới hạn về số lượng. Đối với một số loại thuốc, chúng tôi sẽ giới hạn số lượng thuốc mà quý vị sẽ được nhận.
 - Nếu chúng tôi đồng ý cho hưởng ngoại lệ là loại bỏ một hạn chế cho quý vị, quý vị vẫn phải yêu cầu hưởng ngoại lệ cho số tiền đồng trả mà chúng tôi yêu cầu quý vị thanh toán cho loại thuốc đó.

Thuật ngữ pháp lý về việc yêu cầu gỡ bỏ một giới hạn bảo hiểm cho một loại thuốc đôi khi được gọi là yêu cầu một “**ngoại lệ về danh mục thuốc.**”

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



• **Mục 6.3: Điều quan trọng cần biết về yêu cầu ngoại lệ**

Bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị phải cho chúng tôi biết các lý do về mặt y tế

Bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị phải cung cấp giấy xác nhận nêu rõ cho chúng tôi các lý do về mặt y tế cho việc yêu cầu hưởng ngoại lệ của quý vị. Quyết định của chúng tôi về ngoại lệ sẽ nhanh hơn nếu quý vị gửi kèm theo thông tin của bác sĩ hoặc người kê toa khác khi quý vị yêu cầu hưởng ngoại lệ.

Danh sách Thuốc của chúng tôi thường có nhiều loại thuốc trị cùng một loại bệnh cụ thể. Các thuốc này được gọi là “thuốc thay thế”. Nếu thuốc thay thế có hiệu quả tương đương như thuốc quý vị xin, và không gây thêm các tác dụng phụ hoặc vấn đề sức khỏe khác, chúng tôi thường không chấp thuận cho yêu cầu hưởng ngoại lệ của quý vị.

Chúng tôi sẽ trả lời Đồng ý hoặc Không Đồng ý cho yêu cầu hưởng ngoại lệ của quý vị

- Nếu chúng tôi trả lời **Đồng ý** đối với yêu cầu của quý vị cho một ngoại lệ, thông thường ngoại lệ đó sẽ kéo dài cho đến khi kết thúc năm dương lịch. Ngoại lệ này sẽ vẫn được duy trì nếu bác sĩ của quý vị vẫn tiếp tục kê thuốc đó cho quý vị và thuốc đó vẫn tiếp tục an toàn và có hiệu quả điều trị bệnh của quý vị.
- Nếu chúng tôi nói **Không đồng ý** với yêu cầu hưởng ngoại lệ của quý vị, quý vị có thể yêu cầu xem xét lại quyết định của chúng tôi bằng cách kháng cáo. Mục 6.5 tại trang 208 cho biết phải làm sao để kháng cáo khi chúng tôi nói **Không đồng ý**.

Mục kế tiếp sẽ cho quý vị biết phải làm sao để yêu cầu ra quyết định bảo hiểm, bao gồm cả ngoại lệ.

• **Mục 6.4: Phải làm sao để yêu cầu ra quyết định bảo hiểm cho thuốc Phần D hoặc thanh toán lại cho một loại thuốc Phần D, kể cả xin được hưởng ngoại lệ**

Những gì cần làm

- Yêu cầu loại quyết định bảo hiểm quý vị muốn. Gọi điện, viết thư hoặc gửi fax cho chúng tôi để tiến hành yêu cầu đó. Quý vị, người đại diện của quý vị, hoặc bác sĩ của quý vị (hoặc bác sĩ kê đơn khác) có thể làm việc này. Quý vị có thể gọi cho chúng tôi theo số 1-833-370-7466 (TTY: 711) 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần.
- Quý vị hay bác sĩ của quý vị (hoặc người kê toa khác) hay một người nào khác hành động thay cho quý vị có thể yêu cầu ra quyết định bảo hiểm. Quý vị cũng có thể có luật sư làm người đại diện cho quý vị.
- Đọc Mục 4 tại trang 178 để biết phải làm sao để cho phép người khác làm đại diện cho quý vị.
- Quý vị không cần phải cấp giấy phép cho bác sĩ hoặc người kê toa khác để thay mặt quý vị yêu cầu chúng tôi ra quyết định bảo hiểm.
- Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi hoàn trả khoản tiền thuốc, hãy đọc Chương 7 trong cẩm nang này. Chương 7 mô tả những lần khi quý vị có thể cần phải yêu cầu bồi hoàn. Trong đó cũng cho biết cách gửi chúng tôi các giấy tờ yêu cầu hoàn trả cho quý vị khoản đóng góp chi phí của chúng tôi cho một loại thuốc quý vị đã thanh toán.
- Nếu quý vị yêu cầu hưởng ngoại lệ, hãy cung cấp “giấy xác nhận ủng hộ”. Bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác phải cho chúng tôi biết các lý do y tế đối với trường hợp ngoại lệ về thuốc. Chúng tôi gọi đây là “tường trình hỗ trợ.”

Sơ lược: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm về thuốc hoặc thanh toán

Gọi điện, viết thư, hoặc fax cho chúng tôi để yêu cầu, hoặc nhờ đại diện hay bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị yêu cầu. Chúng tôi sẽ trả lời cho quý vị theo quyết định bảo hiểm thường trong vòng 72 giờ. Chúng tôi sẽ trả lời cho quý vị về việc thanh toán lại cho quý vị cho loại thuốc Phần D mà quý vị đã thanh toán rồi trong vòng 14 ngày theo lịch.

- Nếu quý vị yêu cầu hưởng ngoại lệ, xin gửi kèm theo giấy xác nhận của bác sĩ hoặc người kê toa ủng hộ cho yêu cầu của quý vị.
- Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác có thể yêu cầu một quyết định nhanh. (Quyết định nhanh thường có trong vòng 24 giờ.)
- Đọc mục này để biết quý vị có đủ điều kiện để được quyết định nhanh hay không! Đọc mục này cũng biết được các thông tin về thời hạn ra quyết định.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- Bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác có thể gửi fax hoặc gửi thư bản tường trình này cho chúng tôi. Bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị cũng có thể nói với chúng tôi qua điện thoại, rồi gửi giấy xác nhận qua fax hoặc thư sau.

Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi, hãy yêu cầu chúng tôi ra “quyết định bảo hiểm nhanh”

Chúng tôi sẽ sử dụng “thời hạn thông thường” trừ khi chúng tôi đã đồng ý áp dụng “thời hạn nhanh.”

- **Quyết định bảo hiểm thường** nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 72 giờ kể từ khi chúng tôi nhận được giấy xác nhận của bác sĩ quý vị.
- **Quyết định bảo hiểm nhanh** nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 24 giờ kể từ khi chúng tôi nhận được giấy xác nhận của bác sĩ quý vị.

Thuật ngữ pháp lý cho “quyết định bảo hiểm nhanh” là “xác định bảo hiểm cấp tốc.”

Quý vị chỉ được ra quyết định bảo hiểm nhanh khi quý vị yêu cầu chúng tôi quyết định cho một loại thuốc mà quý vị chưa được nhận. (Quý vị sẽ không được quyết định nhanh nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho quý vị cho một loại thuốc mà quý vị đã mua rồi).

Quý vị chỉ được ra quyết định bảo hiểm nhanh nếu việc sử dụng thời hạn thông thường có thể sẽ gây hại nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị hoặc tổn hại cho chức năng cơ thể của quý vị.

Nếu bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác nói với chúng tôi rằng sức khỏe của quý vị cần một “quyết định bảo hiểm nhanh”, chúng tôi sẽ tự động đồng ý trao cho quý vị một quyết định bảo hiểm nhanh, và sẽ có thư thông báo cho quý vị về điều đó.

- Nếu quý vị tự mình yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh (không có hỗ trợ của bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác) thì chúng tôi sẽ quyết định xem quý vị có được quyết định bảo hiểm nhanh hay không.
- Nếu chúng tôi xác định được rằng bệnh trạng của quý vị không đáp ứng được các yêu cầu để được ra quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn thường.
 - Chúng tôi sẽ gửi thư báo cho quý vị về việc đó. Thư này sẽ cho quý vị biết cách tiến hành khiếu nại về quyết định của chúng tôi khi cấp cho quý vị quyết định thông thường.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- Quý vị có thể “khiếu nại nhanh” để được nhận quyết định cho khiếu nại của quý vị trong 24 giờ. Để tìm hiểu thêm về quy trình khiếu nại, kể cả khiếu nại nhanh, xin xem tại Mục 10 tại trang 231.

Thời hạn của “quyết định bảo hiểm nhanh”

- Nếu chúng tôi sử dụng thời hạn nhanh, chúng tôi sẽ trả lời cho quý vị trong vòng 24 giờ. Điều này nghĩa là trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Hoặc, nếu quý vị yêu cầu hưởng ngoại lệ, thì đó là 24 giờ kể từ khi chúng tôi nhận được giấy xác nhận của bác sĩ hay người kê toa khác ủng hộ cho yêu cầu của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu phải như vậy.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng được thời hạn này, chúng tôi sẽ chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo. Ở Cấp 2, một Tổ chức Đánh giá Độc lập (Independent Review Entity) sẽ xem xét lại yêu cầu của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là Đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi phải bảo hiểm cho quý vị trong 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc giấy xác nhận của bác sĩ hay người kê toa khác của quý vị ủng hộ cho yêu cầu của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là Không đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi thư giải thích cho quý vị biết tại sao chúng tôi **Không đồng ý**. Bức thư cũng sẽ giải thích cách quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Thời hạn cho “quyết định bảo hiểm thông thường” về loại thuốc quý vị vẫn chưa nhận

- Nếu chúng tôi sử dụng các thời hạn thường, chúng tôi phải trả lời cho quý vị trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Hoặc, nếu quý vị yêu cầu hưởng ngoại lệ, thì đó là sau khi chúng tôi nhận được giấy xác nhận của bác sĩ hay người kê toa khác ủng hộ cho yêu cầu của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu phải như vậy.
- Nếu chúng tôi không tuân thủ thời hạn này, chúng tôi sẽ chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo. Ở Cấp 2, một Tổ chức Đánh giá Độc lập (Independent Review Entity) sẽ xem xét lại yêu cầu của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là Đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi phải chấp thuận hoặc bảo hiểm trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc, nếu quý vị yêu cầu hưởng ngoại lệ, thì là giấy xác nhận ủng hộ của bác sĩ hay người kê toa khác của quý vị.



- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là Không đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi thư giải thích cho quý vị biết tại sao chúng tôi **Không đồng ý**. Bức thư cũng sẽ giải thích cách quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Thời hạn của “quyết định đài thọ thường” cho việc thanh toán cho một loại thuốc mà quý vị đã mua rồi

- Chúng tôi phải đưa ra câu trả lời cho quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng được thời hạn này, chúng tôi sẽ chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo. Ở Cấp 2, một Tổ chức Đánh giá Độc lập (Independent Review Entity) sẽ xem xét lại yêu cầu của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là Đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ thanh toán cho quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là Không đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi thư giải thích cho quý vị biết tại sao chúng tôi **Không đồng ý**. Bức thư cũng sẽ giải thích cách quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.



• Mục 6.5: Kháng cáo Cấp 1 về thuốc Phần D

- Để tiến hành kháng cáo, quý vị, bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị, hay đại diện của quý vị phải liên hệ với chúng tôi.
- Nếu sắp yêu cầu một kháng cáo thông thường, quý vị có thể tiến hành kháng cáo bằng cách gửi một yêu cầu bằng văn bản. Quý vị cũng có thể yêu cầu tiến hành vụ kháng cáo bằng cách gọi điện thoại cho chúng tôi theo số 1-833-370-7466 (TTY: 711) 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần.
- Nếu muốn một kháng cáo nhanh, quý vị có thể kháng cáo bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi.
- Tiến hành kháng cáo **trong vòng 60 ngày theo lịch** kể từ ngày ghi trên thông báo chúng tôi đã gửi quý vị cho biết quyết định của chúng tôi. Chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để tiến hành kháng cáo nếu quý vị có lý do hợp lý cho việc trễ hạn của mình. Ví dụ như, lý do chính đáng để bị lỡ hạn là quý vị bị ốm nặng không liên hệ được với chúng tôi hay chúng tôi đã cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ về thời hạn yêu cầu tiến hành kháng cáo.
- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp một bản sao các thông tin về kháng cáo của quý vị. Để xin bản sao, gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-370-7466 (TTY: 711) 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần.

Sơ lược: Làm sao để Kháng cáo Cấp 1

Quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa, hoặc người đại diện của quý vị có thể đưa đề nghị của quý vị vào văn bản và gửi thư hoặc gửi bản fax cho chúng tôi. Quý vị cũng có thể yêu cầu kháng cáo bằng cách gọi điện cho chúng tôi.

- Yêu cầu **trong vòng 60 ngày theo lịch** kể từ khi ngày trên quyết định mà quý vị đang kháng cáo. Nếu quý vị không đáp ứng được thời hạn này nhưng có lý do chính đáng, quý vị vẫn có thể kháng cáo.
- Quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa, hoặc người đại diện của quý vị có thể gọi cho chúng tôi để yêu cầu kháng cáo nhanh.
- Đọc mục này để biết quý vị có đủ điều kiện để được quyết định nhanh hay không! Đọc mục này cũng biết được các thông tin về thời hạn ra quyết định.

Thuật ngữ pháp lý về việc kháng cáo Chương trình về một quyết định bảo hiểm thuốc Phần D là “**tái xác định**” của Chương trình.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Nếu muốn, quý vị và bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác của quý vị có thể cung cấp cho chúng tôi thông tin bổ sung hỗ trợ kháng cáo của quý vị.

Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi, hãy yêu cầu chúng tôi tiến hành “kháng cáo nhanh”

- Nếu quý vị kháng cáo một quyết định của chương trình chúng tôi cho một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được, quý vị và bác sĩ hay người kê toa khác của quý vị sẽ cần xác định xem quý vị có cần “kháng cáo nhanh” hay không?
- Các yêu cầu để được “kháng cáo nhanh” cũng tương tự như các yêu cầu để được “quyết định bảo hiểm nhanh” trong Mục 6.4 tại trang 204.

Thuật ngữ pháp lý cho “kháng cáo nhanh” là “tái xác định cấp tốc.”

Chương trình chúng tôi sẽ xem xét kháng cáo của quý vị và cho biết quyết định của chúng tôi.

- Chúng tôi sẽ xem xét cẩn thận một lần nữa tất cả mọi thông tin về yêu cầu bảo hiểm của quý vị. Chúng tôi sẽ kiểm tra xem chúng tôi có tuân thủ tất cả mọi quy định không khi nói **Không đồng ý** với yêu cầu của quý vị. Chúng tôi có thể liên lạc với quý vị hoặc với bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê đơn khác để có thêm thông tin. Người xem xét sẽ không phải là người ra quyết định bảo hiểm ban đầu.

Thời hạn của “kháng cáo nhanh”

- Nếu chúng tôi sử dụng thời hạn nhanh, chúng tôi sẽ trả lời cho quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị, hoặc sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi phải làm thế.
- Nếu chúng tôi không trả lời cho quý vị trong vòng 72 giờ, chúng tôi sẽ chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo. Ở Cấp 2, một Independent Review Entity sẽ xem xét kháng cáo của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là Đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ bảo hiểm trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là Không đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi thư giải thích cho quý vị biết tại sao chúng tôi **Không đồng ý**.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Thời hạn của “kháng cáo thường”

- Nếu chúng tôi sử dụng thời hạn thường, chúng tôi sẽ trả lời cho quý vị trong vòng 7 ngày theo lịch sau khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị, hoặc sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi phải làm thế, trừ nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho quý vị cho một loại thuốc mà quý vị đã mua rồi. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho loại thuốc quý vị đã mua rồi, chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị. Nếu quý vị cho rằng tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi phải làm thế, hãy yêu cầu “kháng cáo nhanh”.
- Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định cho quý vị trong vòng 7 ngày theo lịch, hoặc 14 ngày nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho loại thuốc quý vị đã mua, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình khiếu nại. Ở Cấp 2, một Independent Review Entity sẽ xem xét kháng cáo của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là Đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu:
 - Nếu chúng tôi chấp thuận cho yêu cầu bảo hiểm, chúng tôi phải nhanh chóng bảo hiểm cho quý vị cho kịp với yêu cầu của sức khỏe quý vị, nhưng không quá 7 ngày theo lịch sau khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị, hoặc 14 ngày nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho loại thuốc quý vị đã mua.
 - Nếu chúng tôi chấp thuận một yêu cầu hoàn tiền cho một loại thuốc quý vị đã mua, chúng tôi sẽ gửi thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu kháng cáo của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là Không đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi thư giải thích cho quý vị biết tại sao chúng tôi **Không đồng ý** và cho biết phải làm sao để kháng cáo quyết định của chúng tôi.

• Mục 6.6: Kháng cáo Cấp 2 về thuốc Phần D

Nếu chúng tôi trả lời là **Không đồng ý** với một phần hoặc tất cả nội dung kháng cáo của quý vị, quý vị có thể xác định xem có thể chấp nhận được quyết định này hay không hoặc tiếp tục kháng cáo. Nếu quý vị quyết định Kháng cáo lên Cấp 2, Tổ chức Đánh giá Độc lập (IRE) sẽ xem xét lại quyết định của chúng tôi.

- Nếu quý vị muốn IRE xem xét trường hợp của quý vị, quý vị phải kháng cáo bằng văn bản. Lá thư mà chúng tôi gửi quyết định của chúng tôi ở Kháng Cáo Cấp 1 sẽ giải thích cách thức yêu cầu Kháng Cáo Cấp 2.
- Khi quý vị kháng cáo với IRE, chúng tôi sẽ chuyển hồ sơ trường hợp của quý vị cho họ. Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp cho quý vị một bản sao hồ sơ trường hợp của quý vị bằng cách gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên Nhà thuốc theo số 1-833-370-7466, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần.
- Quý vị có quyền cung cấp cho IRE thông tin khác để ủng hộ cho kháng cáo của quý vị.
- IRE là một tổ chức độc lập do Medicare tuyển dụng. Nó không được kết nối với chương trình này và không phải là một cơ quan của chính phủ.
- Người đánh giá của IRE sẽ xem xét cẩn thận tất cả mọi thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị. Tổ chức này sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải thích về quyết định của họ.

Sơ lược: Cách tiến hành Kháng Cáo Cấp 2

Nếu quý vị muốn Tổ chức Đánh giá Độc lập xem xét trường hợp của quý vị, quý vị phải kháng cáo bằng văn bản.

- Yêu cầu **trong vòng 60 ngày theo lịch** kể từ khi ngày trên quyết định mà quý vị đang kháng cáo. Nếu quý vị không đáp ứng được thời hạn này nhưng có lý do chính đáng, quý vị vẫn có thể kháng cáo.
- Quý vị, bác sĩ hoặc người kê toa khác hay đại diện của quý vị có thể yêu cầu Kháng cáo Cấp 2.
- Đọc mục này để biết quý vị có đủ điều kiện để được quyết định nhanh hay không! Đọc mục này cũng biết được các thông tin về thời hạn ra quyết định.

Việc kháng cáo với IRE về thuốc Phần D được gọi bằng thuật ngữ pháp lý là “tái xét”.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Thời hạn của “kháng cáo nhanh” ở Cấp 2

- Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi, hãy yêu cầu Tổ chức Đánh giá Độc lập (IRE) tiến hành “kháng cáo nhanh”.
- Nếu IRE đồng ý cho quý vị “kháng cáo nhanh”, họ phải trả lời cho Kháng cáo Cấp 2 của quý vị trong vòng 72 giờ kể từ khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.
- Nếu IRE trả lời **Đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi phải cho phép hoặc bảo hiểm thuốc đó cho quý vị trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được quyết định của họ.

Thời hạn của “kháng cáo thường” ở Cấp 2

- Nếu quý vị kháng cáo thường ở Cấp 2, Tổ chức Đánh giá Độc lập (IRE) phải trả lời cho Kháng cáo Cấp 2 của quý vị trong vòng 7 ngày theo lịch kể từ khi họ nhận được đơn kháng cáo của quý vị, hoặc 14 ngày nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho loại thuốc quý vị đã mua.
- Nếu IRE trả lời **Đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi phải cho phép hoặc bảo hiểm thuốc đó cho quý vị trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được quyết định của họ.
- Nếu Tổ chức Đánh giá Độc lập (Independent Review Entity, IRE) chấp thuận yêu cầu thanh toán lại cho quý vị cho một loại thuốc mà quý vị đã mua rồi, chúng tôi sẽ thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được quyết định của họ.

Chuyện gì nếu Independent Review Entity Không Đồng Ý với Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị?

Không đồng ý có nghĩa là Tổ chức Đánh giá độc lập (Independent Review Entity, IRE) đồng ý với quyết định của chúng tôi là không chấp thuận cho yêu cầu của quý vị. Việc này được gọi là “duy trì quyết định.” Người ta cũng gọi là “bác kháng cáo của quý vị”.

Nếu quý vị muốn kháng cáo lên Cấp 3 của quy trình kháng cáo, thì giá trị tính bằng đô la của thuốc của quý vị phải đạt một mức tối thiểu nào đó. Nếu giá trị tính bằng đô la nhỏ hơn mức tối thiểu, quý vị hoàn toàn không được kháng cáo thêm. Nếu giá trị tính bằng đô la đủ cao, quý vị có thể kháng cáo lên Cấp 3. Lá thư mà IRE gửi cho quý vị sẽ cho biết giá trị tính bằng đô la cần thiết để được kháng cáo tiếp.



Mục 7: Yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho thời gian nội trú bệnh viện lâu hơn

Khi nhập viện, quý vị có quyền được nhận tất cả các dịch vụ của bệnh viện mà chúng tôi bảo hiểm cần thiết để chẩn đoán và điều trị cho bệnh tật hoặc tổn thương của quý vị.

Trong thời gian nằm viện được đài thọ, bác sĩ của quý vị và nhân viên bệnh viện sẽ làm việc với quý vị để chuẩn bị cho ngày ra viện của quý vị. Họ cũng sẽ giúp sắp xếp bất cứ dịch vụ chăm sóc nào quý vị có thể cần đến sau khi rời đi.

- Ngày quý vị rời khỏi bệnh viện được gọi là “ngày xuất viện”.
- Bác sĩ của quý vị hoặc nhân viên bệnh viện sẽ thông báo cho quý vị ngày xuất viện của quý vị.

Nếu quý vị nghĩ rằng mình đang được yêu cầu xuất viện quá sớm, quý vị có thể yêu cầu ở lại bệnh viện lâu hơn. Mục này cho quý vị biết cách đưa ra yêu cầu.

• Mục 7.1: Tìm hiểu về các quyền Medicare của quý vị

Trong vòng hai ngày sau khi quý vị được nhập viện, một nhân viên phụ trách hoặc y tá sẽ cung cấp cho quý vị một thông báo được gọi là Thông báo Quan trọng từ Medicare về Quyền của quý vị. Nếu quý vị không nhận được thông báo này, hãy yêu cầu nhân viên bệnh viện cung cấp. Nếu quý vị cần trợ giúp, vui lòng gọi Ban Dịch vụ Hội viên theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Cuộc gọi được miễn phí.

Đọc thông báo này cẩn thận rồi hỏi bất kỳ điều gì mà quý vị không hiểu. “Thông báo Quan trọng” này cho quý vị biết các quyền của quý vị với tư cách là bệnh nhân của bệnh viện, các quyền đó gồm có:

- Được nhận các dịch vụ được Medicare bảo hiểm trong khi nằm viện và sau khi xuất viện. Quý vị có quyền được biết các dịch vụ này là gì, bên nào sẽ thanh toán chúng và quý vị có thể nhận được các dịch vụ này ở đâu.
- Được tham gia vào bất cứ quyết định nào về thời gian nằm viện của quý vị.
- Được biết nơi để báo cáo bất kỳ lo ngại nào của quý vị về chất lượng chăm sóc của bệnh viện quý vị.
- Được kháng cáo nếu quý vị nghĩ rằng quý vị bị buộc phải xuất viện quá sớm.

Quý vị nên ký vào văn bản thông báo Medicare này để cho biết quý vị đã nhận được và hiểu các quyền của quý vị. Ký thông báo này **không** có nghĩa là quý vị đồng ý với ngày xuất viện mà quý vị đã được bác sĩ hoặc nhân viên bệnh viện cho biết.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Giữ lại các bản sao của bản thông báo đã ký tên, như vậy quý vị sẽ có được thông tin về dịch vụ đó khi quý vị cần đến.

- Để tìm bản sao của thông báo trước này, quý vị có thể gọi Ban Dịch vụ Hội viên theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711) Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Quý vị cũng có thể gọi 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Cuộc gọi được miễn phí.
- Quý vị cũng có thể xem thông báo trên mạng tại <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.
- Nếu quý vị cần trợ giúp xin gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên hoặc Medicare theo các số nói trên.

• Mục 7.2: Kháng cáo Cấp 1 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Nếu quý vị muốn chúng tôi bảo hiểm cho các dịch vụ nội trú bệnh viện của quý vị được lâu hơn, quý vị phải nộp đơn kháng cáo. Quality Improvement Organization sẽ tiến hành xét duyệt Kháng Cáo Cấp 1 để xem ngày xuất viện dự kiến của quý vị có phù hợp về mặt y khoa đối với quý vị hay không. Tại California, Quality Improvement Organization được gọi là Livanta.

Để tiến hành kháng cáo thay đổi ngày xuất viện của quý vị, gọi Livanta theo số: 1-877-588-1123.

Hãy gọi ngay!

Xin gọi Quality Improvement Organization **trước khi** quý vị xuất viện và không trễ hơn ngày dự kiến xuất viện của quý vị. “Thông báo Quan trọng của Medicare về các Quyền của Quý vị” có chỉ dẫn cách liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng.

- **Nếu quý vị gọi trước khi rời bệnh viện**, quý vị được phép ở lại sau ngày xuất viện theo kế hoạch mà không phải trả tiền cho việc này trong thời gian quý vị chờ nhận quyết định của Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) cho kháng cáo của quý vị.
- **Nếu quý vị không gọi để kháng cáo**, và quyết định ở lại bệnh viện đến sau ngày xuất viện theo kế hoạch, quý vị có thể sẽ phải thanh toán tất cả mọi chi phí cho dịch

Sơ lược: Cách tiến hành Kháng Cáo Cấp 1 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Gọi Quality Improvement Organization tại tiểu bang của quý vị theo số 1-877-588-1123 và yêu cầu “xét duyệt nhanh”.

Xin gọi trước khi quý vị xuất viện và trước ngày dự kiến xuất viện của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



vụ chăm sóc của bệnh viện mà quý vị nhận sau ngày xuất viện theo kế hoạch.

- **Nếu quý vị đã bỏ lỡ thời hạn** để liên hệ với Quality Improvement Organization về khiếu nại của mình, quý vị có thể đưa khiếu nại của mình trực tiếp đến chương trình của chúng tôi để thay thế. Để được biết chi tiết, xin xem Mục 7.4 trang 218.
- Vì nằm viện được cả Medicare và Medi-Cal bảo hiểm, nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) không thụ lý yêu cầu của quý vị được tiếp tục nằm viện, hoặc quý vị tin rằng tình huống của quý vị là khẩn cấp, liên quan đến đe dọa trực tiếp và nghiêm trọng đến sức khỏe, hoặc quý vị đang bị đau nặng, quý vị cũng có thể nộp đơn kháng cáo hoặc yêu cầu California Department of Managed Health Care (DMHC) cho Đánh giá Y tế Độc lập. Vui lòng Mục 5.4 tại trang 190 để biết cách nộp đơn khiếu nại hoặc xin DMHC cho Đánh giá Y tế Độc lập.

Chúng tôi muốn đảm bảo quý vị hiểu rõ những gì quý vị cần làm và đâu là các thời hạn.

- **Yêu cầu giúp đỡ nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp vào bất cứ lúc nào, xin gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Quý vị cũng có thể ghọi cho Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) theo số 1-800-434-0222. Hoặc quý vị có thể gọi Cal MediConnect Ombuds Program theo số 1-855-501-3077.

Quality Improvement Organization là gì?

Đây là một nhóm các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ liên bang tài trợ. Các chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi. Họ được Medicare trả thù lao để kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc cho những ai tham gia chương trình Medicare.

Yêu cầu “xét duyệt nhanh”

Quý vị phải yêu cầu Quality Improvement Organization “**xét duyệt nhanh**” về việc xuất viện của quý vị. Yêu cầu “xem xét nhanh” nghĩa là quý vị yêu cầu tổ chức này sử dụng thời hạn nhanh cho cuộc kháng cáo chứ không sử dụng thời hạn thường.

Thuật ngữ pháp lý cho “xét duyệt nhanh” là “xem xét tức thời.”

Cuộc xem xét nhanh sẽ diễn ra như thế nào??

- Người xem xét của Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ hỏi quý vị hoặc đại diện của quý vị tại sao quý vị lại cho rằng phải bảo hiểm tiếp sau ngày xuất viện theo kế hoạch.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Quý vị không cần phải chuẩn bị bất cứ điều gì bằng văn bản, nhưng quý vị có thể làm như vậy nếu muốn.

- Người xem xét sẽ xem xét hồ sơ y tế của quý vị, nói chuyện với bác sĩ của quý vị, và xem xét tất cả các thông tin liên quan đến thời gian nằm viện của quý vị.
- Trước buổi trưa ngày hôm sau khi người xét duyệt thông báo cho chúng tôi về kháng cáo của quý vị, quý vị sẽ nhận được một thư thông báo ngày xuất viện dự kiến của quý vị. Lá thư này giải thích lý do tại sao bác sĩ của quý vị, bệnh viện và chúng tôi cho rằng quý vị xuất viện vào ngày đó là phù hợp.

Thuật ngữ pháp lý cho phần giải thích bằng văn bản này được gọi là “**Thông báo Chi tiết việc Xuất viện.**” Quý vị có thể xin một mẫu để xem bằng cách gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên theo số **1-855-817-5785 (TTY: 711) Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.** Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Cuộc gọi được miễn phí. Hoặc quý vị cũng có thể xem mẫu thông báo này trên mạng tại <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>

Điều gì xảy ra nếu câu trả lời là Đồng ý?

- Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng nói **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị, chúng tôi phải tiếp tục bảo hiểm cho các dịch vụ bệnh viện của quý vị cho đến khi nào dịch vụ đó còn cần thiết về mặt y tế.

Nếu câu trả lời là Không đồng ý thì sao?

- Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng nói **Không Đồng ý** với khiếu nại của quý vị, họ sẽ nói rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là phù hợp về mặt y tế. Nếu việc này diễn ra, thì bảo hiểm của chúng tôi cho các dịch vụ nội trú tại bệnh viện của quý vị sẽ kết thúc vào trưa của ngày sau khi Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) trả lời cho quý vị.
- Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) nói **Không Đồng ý** mà quý vị vẫn quyết định ở lại bệnh viện, quý vị có thể sẽ phải thanh toán cho thời gian tiếp tục ở lại bệnh viện đó. Chi phí của dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị có thể phải thanh toán được tính bắt đầu từ buổi trưa của ngày sau khi Tổ chức Cải thiện Chất lượng trả lời cho quý vị.
- Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) bác kháng cáo của quý vị, và quý vị ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị, quý vị có thể Kháng cáo Cấp 2 như mô tả tại mục tiếp theo.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



• Mục 7.3: Kháng cáo Cấp 2 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng đã bác kháng cáo của quý vị, và quý vị ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị, quý vị có thể Kháng cáo Cấp 2. Quý vị sẽ cần liên hệ lại với Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) để yêu cầu xem xét lại lần nữa.

Yêu cầu xét duyệt Cấp 2 **trong vòng 60 ngày** sau ngày Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) trả lời **Không Đồng ý** với Kháng cáo Cấp 1 của quý vị. Quý vị chỉ được yêu cầu mở cuộc xem xét này nếu quý vị còn ở trong bệnh viện sau ngày mà bảo hiểm cho việc chăm sóc của quý vị đã kết thúc.

Tại California, Quality Improvement Organization được gọi là Livanta. Quý vị có thể liên hệ Livanta theo số: 1-877-588-1123.

- Người xem xét của Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) sẽ xem xét cẩn thận một lần nữa tất cả mọi thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị.
- Trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu của quý vị để xét duyệt lần hai, người xét duyệt của Quality Improvement Organization sẽ đưa ra quyết định.

Sơ lược: Cách tiến hành Kháng Cáo Cấp 2 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Gọi cho Tổ chức Cải thiện Chất lượng tại tiểu bang của quý vị theo số 1-877-588-1123 và yêu cầu việc xét duyệt khác.

Nếu câu trả lời là Đồng ý thì sao?

- Chúng tôi phải thanh toán lại cho quý vị phần chia sẻ của chúng tôi trong chi phí cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị đã được nhận kể từ trưa của ngày sau ngày của quyết định cho kháng cáo đầu tiên của quý vị. Chúng tôi phải tiếp tục bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện của quý vị cho đến khi nào dịch vụ đó còn cần thiết về mặt y tế.
- Quý vị phải tiếp tục thanh toán phần chia sẻ chi phí của quý vị và các giới hạn về bảo hiểm sẽ được áp dụng.

Điều gì sẽ xảy ra nếu câu trả lời là Không Đồng Ý?

Điều đó nghĩa là Quality Improvement Organization đồng ý với quyết định Cấp 1 và sẽ không thay đổi quyết định đó. Lá thư quý vị nhận được sẽ cho biết những gì quý vị có thể làm nếu muốn tiếp tục thủ tục kháng cáo.

Nếu Quality Improvement Organization bác bỏ Kháng cáo Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí cho việc ở lại của mình sau ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại hoặc yêu cầu DMHC cho Đánh giá Y tế Độc lập để tiếp tục được ở lại bệnh viện Vui lòng Mục 5.4 tại trang 190 để biết cách nộp đơn khiếu nại hoặc xin DMHC cho Đánh giá Y tế Độc lập.

• **Mục 7.4: Điều gì sẽ xảy ra nếu tôi bỏ lỡ thời hạn kháng cáo?**

Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn kháng cáo, có một cách khác để làm tiến hành Kháng Cáo Cấp 1 và Cấp 2, được gọi là Kháng Cáo Thay Thế. Nhưng hai cấp độ kháng cáo đầu tiên này có sự khác biệt.

Kháng Cáo Thay Thế Cấp 1 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Nếu quý vị lỡ thời hạn liên hệ với Quality Improvement Organization, quý vị có thể đưa ra khiếu nại cho chúng tôi, yêu cầu được “xem xét nhanh.” Một xét duyệt nhanh là một kháng cáo sử dụng các thời hạn nhanh thay vì thời hạn thông thường.

- Trong quá trình xét duyệt này, chúng tôi sẽ xem xét tất cả thông tin về thời gian nằm viện của quý vị. Chúng tôi kiểm tra để tìm hiểu xem quyết định về thời điểm quý vị nên ra viện có công bằng và đã tuân thủ tất cả các quy định chưa.
- Chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn nhanh thay vì thời hạn thường để trả lời cho việc xem xét này. Tức là chúng tôi sẽ ra quyết định cho quý vị trong vòng 72 giờ kể từ khi quý vị yêu cầu “xem xét nhanh”.

Sơ lược: Làm sao để Kháng cáo Thay thế Cấp 1

Gọi số Dịch vụ Hội viên của chúng tôi và yêu cầu “xem xét nhanh” cho ngày xuất viện của quý vị.

Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định cho quý vị trong vòng 72 tiếng.

- **Nếu chúng tôi trả lời Đồng Ý với xét duyệt nhanh của quý vị**, điều đó có nghĩa là chúng tôi đồng ý rằng quý vị vẫn cần được ở trong bệnh viện sau ngày xuất viện. Chúng tôi sẽ tiếp tục bảo hiểm cho các dịch vụ của bệnh viện cho đến khi nào dịch vụ đó còn cần thiết về mặt y tế.
- Điều đó cũng có nghĩa là chúng tôi đồng ý thanh toán lại cho quý vị phần chia sẻ của chúng tôi trong chi phí chăm sóc mà quý vị đã nhận kể từ ngày mà chúng tôi đã nói rằng việc đài thọ cho quý vị sẽ kết thúc.
- **Nếu chúng tôi trả lời Không Đồng Ý với xét duyệt nhanh của quý vị**, chúng tôi đang nói rằng ngày xuất viện dự kiến của quý vị là phù hợp về mặt y khoa. Bảo hiểm của chúng tôi cho các dịch vụ bệnh viện nội trú sẽ kết thúc kể từ ngày chúng tôi đã thông báo rằng việc bảo hiểm sẽ kết thúc.
 - Nếu quý vị ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch, **quý vị có thể sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí** của dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau ngày xuất viện theo kế hoạch.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- Để bảo đảm chúng tôi tuân thủ tất cả các quy định khi nói **Không đồng ý** với kháng cáo nhanh của quý vị, chúng tôi sẽ chuyển vụ kháng cáo của quý vị cho Tổ chức Đánh giá Độc lập. Khi chúng tôi thực hiện việc đó, có nghĩa là trường hợp của quý vị được tự động chuyển lên Cấp 2 của thủ tục kháng cáo.

Thuật ngữ pháp lý cho “xét duyệt nhanh” là “kháng cáo cấp tốc.”

Kháng Cáo Thay Thế Cấp 2 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Chúng tôi sẽ gửi thông tin phục vụ cho việc Kháng cáo cấp 2 của quý vị cho Tổ chức Đánh Giá Độc lập (IRE) trong vòng 24 giờ kể từ khi chúng tôi ra quyết định Cấp 1 cho quý vị. Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn này hoặc các thời hạn khác, quý vị có thể gửi khiếu nại. Mục 10 tại trang 231 cho biết phải làm sao để khiếu nại.

Trong quá trình Kháng cáo Cấp 2, IRE sẽ xem xét lại quyết định của chúng tôi khi nói **Không đồng ý** với yêu cầu trong “xem xét nhanh” của quý vị. Tổ chức này quyết định xem quyết định mà chúng tôi đã đưa ra có nên thay đổi hay không.

- IRE sẽ thực hiện “xem xét nhanh” cho kháng cáo của quý vị. Tổ chức xét duyệt thường sẽ đưa ra câu trả lời cho quý vị trong vòng 72 tiếng.
- IRE là một tổ chức độc lập do Medicare tuyển dụng. Tổ chức này không liên kết với chương trình của chúng tôi và không phải là một cơ quan chính phủ.

Sơ lược: Cách tiến hành Kháng Cáo Thay Thế Cấp 2

Quý vị không phải làm bất cứ điều gì. Chương trình sẽ tự động gửi kháng cáo của quý vị lên Independent Review Entity.

- Người đánh giá của IRE sẽ xem xét cẩn thận tất cả mọi thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị về việc xuất viện.
- Nếu IRE nói **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị, chúng tôi phải thanh toán lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị đã nhận kể từ ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị. Chúng tôi cũng phải tiếp tục bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện của quý vị cho đến khi nào dịch vụ đó còn cần thiết về mặt y tế.
- Nếu IRE này nói **Không đồng ý** với kháng cáo của quý vị, tức là họ đồng ý với chúng tôi rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là phù hợp về mặt y tế.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- Thư của IRE gửi cho quý vị sẽ cho quý vị biết quý vị có thể làm gì nếu muốn tiếp tục quy trình xem xét. Thông tin đó sẽ cho quý vị biết chi tiết về cách thức tiếp tục thực hiện Kháng Cáo Cấp 3, mà sẽ được giải quyết bởi một thẩm phán.

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC cho Đánh giá Y tế Độc lập để tiếp tục được ở lại bệnh viện Vui lòng Mục 5.4 tại trang 190 để biết cách nộp đơn khiếu nại hoặc xin DMHC cho Đánh giá Y tế Độc lập. Quý vị có thể xin Đánh giá Y tế Độc lập ngoài hoặc thay cho việc Kháng cáo Cấp 3.



Mục 8: Cần làm gì nếu quý vị nghĩ rằng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc tại Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) kết thúc quá sớm

Mục này chỉ cho biết về các loại dịch vụ chăm sóc sau đây:

- Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia.
- Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn tại một cơ sở điều dưỡng chuyên môn.
- Chăm sóc phục hồi chức năng của quý vị theo hình thức ngoại trú tại Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF) được Medicare chấp thuận. Thông thường, điều này có nghĩa là quý vị đang nhận được dịch vụ điều trị đối với căn bệnh hoặc gặp tai nạn hoặc quý vị đang phục hồi sau đại phẫu.
 - Với bất kỳ loại chăm sóc nào trong ba loại chăm sóc đó, quý vị có quyền được tiếp tục nhận dịch vụ được bảo hiểm cho đến khi nào bác sĩ còn bảo là cần thiết.
 - Khi chúng tôi quyết định ngưng bảo hiểm cho bất kỳ dịch vụ nào trong các dịch vụ này, chúng tôi phải báo cho quý vị trước khi kết thúc dịch vụ của quý vị. Khi chương trình bảo hiểm của quý vị về dịch vụ chăm sóc đó kết thúc, chúng tôi sẽ dừng trả tiền cho dịch vụ chăm sóc của quý vị.

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi kết thúc bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị quá sớm, **quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi**. Mục này cho quý vị biết làm thế nào để yêu cầu kháng cáo.

• Mục 8.1: Chúng tôi sẽ báo cho quý vị biết trước khi kết thúc bảo hiểm của quý vị

Quý vị sẽ được thông báo ít nhất là hai ngày trước khi chúng tôi ngưng thanh toán cho việc chăm sóc của quý vị. Thông báo này được gọi là “Thông báo Quyết định Không bảo hiểm của Medicare”.

- Văn bản thông báo này sẽ cho quý vị biết ngày chúng tôi dừng cung cấp dịch vụ chăm sóc của quý vị.
- Giấy thông báo cũng hướng dẫn cho quý vị cách kháng cáo quyết định này.

Quý vị hoặc đại diện của quý vị sẽ phải ký giấy thông báo để thể hiện rằng mình đã nhận được. Ký tên vào đó **không** có nghĩa là quý vị đồng ý với chương trình về thời điểm dừng nhận dịch vụ chăm sóc đó.

Khi chương trình bảo hiểm của quý vị kết thúc, chúng tôi sẽ dừng trả tiền.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



• Mục 8.2: Kháng cáo Cấp 1 để tiếp tục dịch vụ chăm sóc của quý vị

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi kết thúc bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị quá sớm, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi. Mục này cho quý vị biết làm thế nào để yêu cầu kháng cáo.

Trước quý vị khi tiến hành kháng cáo, chúng tôi muốn bảo đảm quý vị biết được những việc cần làm và các thời hạn.

- **Đáp ứng các thời hạn.** Các thời hạn rất quan trọng. Đảm bảo rằng quý vị hiểu và tuân thủ các thời hạn được áp dụng cho những việc mà quý vị phải làm. Cũng có những thời hạn chương trình của chúng tôi phải tuân theo. (Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi không đáp ứng các thời hạn, quý vị có thể gửi khiếu nại. Mục 10 tại trang 231 cho biết phải làm sao để khiếu nại.)
- **Yêu cầu giúp đỡ nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp vào bất cứ lúc nào, xin gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Hoặc gọi cho Chương trình Trợ giúp về Bảo hiểm Y tế (Health Insurance Assistance Program) của Tiểu bang theo số 1-800-434-0222.

Trong quá trình Kháng cáo Cấp 1, một Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ xem xét kháng cáo của quý vị rồi quyết định xem có thay đổi quyết định của chúng tôi hay không. Tại California, Quality Improvement Organization được gọi là Livanta. Quý vị có thể liên hệ Livanta theo số: 1-877-588-1123. Thông tin về cách kháng cáo với Tổ chức Cải thiện Chất lượng cũng có nêu trong Thông báo Quyết định Không Bảo hiểm của Medicare. Đây là thông báo mà quý vị đã nhận khi được cho biết rằng chúng tôi sẽ ngưng bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị.

Quality Improvement Organization là gì?

Đây là một nhóm các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ liên bang tài trợ. Các chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi. Họ được Medicare trả thù lao để kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc cho những ai tham gia chương trình Medicare.

Sơ lược: Cách tiến hành Kháng Cáo Cấp 1 để yêu cầu Chương trình tiếp tục dịch vụ chăm sóc của quý vị

Gọi Tổ chức Cải thiện Chất lượng tại tiểu bang của quý vị theo số 1-877-588-1123 và yêu cầu “xét duyệt nhanh”.

Xin gọi trước khi quý vị rời khỏi tổ chức hoặc cơ sở đang cung cấp dịch vụ chăm sóc và trước ngày xuất viện dự kiến của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Quý vị nên yêu cầu gì?

Yêu cầu họ một “kháng cáo làm nhanh.” Đây là cuộc xem xét độc lập để xem việc chúng tôi kết thúc bảo hiểm cho dịch vụ của quý vị có phù hợp về mặt y tế không.

Thời hạn liên hệ với tổ chức này của quý vị là gì?

- Quý vị phải liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng không sau buổi trưa của ngày sau khi quý vị nhận được giấy thông báo cho biết khi nào chúng tôi sẽ ngưng bảo hiểm cho dịch vụ của quý vị.
- Nếu quý vị để bỏ lỡ thời hạn liên lạc Quality Improvement Organization về khiếu nại của quý vị, thay vào đó quý vị có thể trực tiếp đưa ra khiếu nại của quý vị tới chúng tôi. Để biết chi tiết về cách kháng cáo khác này của quý vị, xem Mục 8.4 tại trang 226.
- Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) không thụ lý yêu cầu của quý vị được tiếp tục bảo hiểm dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc quý vị tin rằng tình huống của quý vị là khẩn cấp, hoặc liên quan đến đe dọa trực tiếp và nghiêm trọng đến sức khỏe, hoặc nếu quý vị đang bị đau nặng, quý vị cũng có thể nộp đơn kháng cáo hoặc yêu cầu California Department of Managed Health Care (DMHC) cho Đánh giá Y tế Độc lập. Vui lòng Mục 5.4 tại trang 190 để biết cách nộp đơn khiếu nại hoặc xin DMHC cho Đánh giá Y tế Độc lập.

Thuật ngữ pháp lý cho văn bản thông báo này là “**Thông báo Không Bảo hiểm Medicare.**” Để xem bản mẫu, xin gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711) Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Cuộc gọi được miễn phí. Hoặc xem bản sao trên mạng tại <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>.

Điều gì sẽ diễn ra trong quá trình xét duyệt của Quality Improvement Organization?

- Người xem xét của Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) sẽ hỏi quý vị hoặc đại diện của quý vị tại sao quý vị lại cho rằng cần phải tiếp tục bảo hiểm cho các dịch vụ đó. Quý vị không cần phải chuẩn bị bất cứ điều gì bằng văn bản, nhưng quý vị có thể làm như vậy nếu muốn.
- Khi quý vị kháng cáo, chương trình phải gửi thư giải thích cho quý vị và Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) tại sao cần kết thúc các dịch vụ của quý vị.
- Người xét duyệt cũng sẽ xem các hồ sơ y tế của quý vị, nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xem xét các thông tin mà chương trình chúng tôi đã cung cấp cho họ.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- Trong vòng trọn một ngày sau khi người xem xét đã có đủ mọi thông tin mà họ cần, họ sẽ cho quý vị biết quyết định của họ. Quý vị sẽ nhận được thư giải thích quyết định đó.

Thuật ngữ pháp lý cho thư giải thích lý do chấm dứt các dịch vụ của quý vị là **“Bản Giải thích Chi tiết việc không Bảo hiểm.”**

Nếu người xem xét trả lời là Đồng ý thì sao?

- Nếu người xem xét trả lời là **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị, chúng tôi phải tiếp tục cung cấp các dịch vụ được bảo hiểm của quý vị cho đến khi nào dịch vụ đó còn cần thiết về mặt y tế.

Nếu người xem xét trả lời là Không đồng ý thì sao?

- Nếu người xem xét trả lời là **Không đồng ý** với kháng cáo của quý vị, thì việc bảo hiểm cho quý vị sẽ kết thúc vào ngày mà chúng tôi đã cho quý vị biết. Chúng tôi sẽ ngưng thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho việc chăm sóc này.
- Nếu quý vị tiếp tục nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc tại Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF) sau ngày kết thúc việc bảo hiểm cho quý vị, quý vị sẽ phải tự thanh toán toàn bộ chi phí của việc chăm sóc đó.

• Mục 8.3: Kháng cáo Cấp 2 để tiếp tục dịch vụ chăm sóc của quý vị

Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) nói **Không đồng ý** với kháng cáo **và** quý vị quyết định tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau khi việc bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc đó của quý vị đã kết thúc, quý vị có thể Kháng cáo Cấp 2.

Trong Kháng cáo Cấp 2, Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) sẽ xem xét lại quyết định của họ tại Cấp 1. Nếu họ nói họ đồng ý với quyết định Cấp 1, quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí chăm sóc sức khỏe tại nhà, dịch vụ chăm sóc của cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) của quý vị sau ngày mà chúng tôi thông báo rằng việc bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Tại California, Quality Improvement Organization được gọi là Livanta. Quý vị có thể liên hệ Livanta theo số: 1-877-588-1123. Yêu cầu xét duyệt Cấp 2 **trong vòng 60 ngày** sau ngày Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) trả lời **Không Đồng ý** với Kháng cáo Cấp 1 của quý vị. Quý vị chỉ được yêu cầu mở cuộc xem xét này nếu quý vị tiếp tục nhận chăm sóc sau ngày mà bảo hiểm cho việc chăm sóc của quý vị đã kết thúc.

- Người xem xét của Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) sẽ xem xét cẩn thận một lần nữa tất cả mọi thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị.
- Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) sẽ ra quyết định của họ trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ khi nhận được yêu cầu kháng cáo của quý vị.

Nếu tổ chức xem xét trả lời là **Đồng ý** thì sao?

- Chúng tôi phải thanh toán lại cho quý vị phần chia sẻ của chúng tôi trong chi phí chăm sóc mà quý vị đã nhận kể từ ngày chúng tôi nói rằng việc bảo hiểm cho quý vị sẽ kết thúc. Chúng tôi phải tiếp tục bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc đó cho đến khi nào dịch vụ đó còn cần thiết về mặt y tế.

Nếu tổ chức xem xét trả lời là **Không Đồng ý** thì sao?

- Điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định của họ cho Kháng cáo Cấp 1 và sẽ không thay đổi quyết định đó.
- Thư quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết quý vị phải làm gì nếu muốn tiếp tục quy trình xem xét. Thông tin đó sẽ cho quý vị biết chi tiết về cách thức tiếp tục thực hiện Kháng Cáo Cấp 3, mà sẽ được giải quyết bởi một thẩm phán.
- Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC cho Đánh giá Y tế Độc lập để tiếp tục được bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Vui lòng Mục 5.4 tại trang 190 để biết cách xin DMHC cho Đánh giá Y tế Độc lập. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC Đánh giá Y tế Độc lập ngoài hoặc thay cho việc Kháng cáo Cấp 3.

Sơ lược: Làm sao để Kháng cáo Cấp 2 để yêu cầu Chương trình bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị lâu hơn

Gọi cho Tổ chức Cải thiện Chất lượng tại tiểu bang của quý vị theo số 1-877-588-1123 và yêu cầu việc xét duyệt khác.

Xin gọi trước khi quý vị rời khỏi tổ chức hoặc cơ sở đang cung cấp dịch vụ chăm sóc và trước ngày xuất viện dự kiến của quý vị.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.

• **Mục 8.4: Chuyện gì nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn tiến hành Kháng Cáo Cấp 1?**

Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn kháng cáo, có một cách khác để làm tiến hành Kháng Cáo Cấp 1 và Cấp 2, được gọi là Kháng Cáo Thay Thế. Nhưng hai cấp độ kháng cáo đầu tiên này có sự khác biệt.

Kháng Cáo Thay Thế Cấp 1 để tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc của quý vị lâu hơn

Nếu quý vị lỡ thời hạn liên hệ với Quality Improvement Organization, quý vị có thể đưa ra khiếu nại cho chúng tôi, yêu cầu được “xem xét nhanh.” Một xét duyệt nhanh là một kháng cáo sử dụng các thời hạn nhanh thay vì thời hạn thông thường.

- Trong cuộc xem xét này, chúng tôi sẽ xem xét tất cả các thông tin về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hay Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF) của quý vị. Chúng tôi kiểm tra để tìm hiểu xem quyết định về thời điểm các dịch vụ của quý vị cần chấm dứt có công bằng và đã tuân thủ tất cả các quy định chưa.
- Chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn nhanh thay vì thời hạn thường để trả lời cho việc xem xét này. Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định cho quý vị trong vòng 72 tiếng sau khi quý vị yêu cầu một “xét duyệt nhanh”.
- **Nếu chúng tôi nói Đồng ý** với yêu cầu của quý vị trong xem xét nhanh, có nghĩa là chúng tôi đồng ý sẽ tiếp tục bảo hiểm cho các dịch vụ của quý vị cho đến khi nào các dịch vụ đó còn cần thiết.
- Điều đó cũng có nghĩa là chúng tôi đồng ý thanh toán lại cho quý vị phần chia sẻ của chúng tôi trong chi phí chăm sóc mà quý vị đã nhận kể từ ngày mà chúng tôi đã nói rằng việc đòi thọ cho quý vị sẽ kết thúc.
- **Nếu chúng tôi trả lời Không Đồng Ý** với xét duyệt nhanh của quý vị, chúng tôi đang nói rằng việc dừng dịch vụ của quý vị là phù hợp về mặt y khoa. Bảo hiểm của chúng tôi kết thúc kể từ ngày chúng tôi đã thông báo rằng việc bảo hiểm sẽ kết thúc.

Sơ lược: Làm sao để Kháng cáo Thay thế Cấp 1

Gọi số Dịch vụ Hội viên của chúng tôi và yêu cầu “xem xét nhanh”.

Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định cho quý vị trong vòng 72 tiếng.

Nếu quý vị tiếp tục nhận các dịch vụ sau ngày chúng tôi đã thông báo dừng các dịch vụ đó, thì **quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí** cho các dịch vụ đó.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Để bảo đảm chúng tôi tuân thủ tất cả các quy định khi nói **Không đồng ý** với kháng cáo nhanh của quý vị, chúng tôi sẽ chuyển vụ kháng cáo của quý vị cho “Tổ chức Đánh giá Độc lập.” Khi chúng tôi thực hiện việc đó, có nghĩa là trường hợp của quý vị được tự động chuyển lên Cấp 2 của thủ tục kháng cáo.

Thuật ngữ pháp lý cho “xét duyệt nhanh” là “kháng cáo cấp tốc.”

Kháng Cáo Thay Thế Cấp 2 để tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc của quý vị lâu hơn

Chúng tôi sẽ gửi thông tin phục vụ cho việc Kháng cáo cấp 2 của quý vị cho Tổ chức Đánh Giá Độc lập (IRE) trong vòng 24 giờ kể từ khi chúng tôi ra quyết định Cấp 1 cho quý vị. Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn này hoặc các thời hạn khác, quý vị có thể gửi khiếu nại. Mục 10 tại trang 231 cho biết phải làm sao để khiếu nại.

Trong quá trình Kháng cáo Cấp 2, IRE sẽ xem xét lại quyết định của chúng tôi khi nói **Không đồng ý** với yêu cầu trong “xem xét nhanh” của quý vị. Tổ chức này quyết định xem quyết định mà chúng tôi đã đưa ra có nên thay đổi hay không.

- IRE sẽ thực hiện “xem xét nhanh” cho kháng cáo của quý vị. Tổ chức xét duyệt thường sẽ đưa ra câu trả lời cho quý vị trong vòng 72 tiếng.
- IRE là một tổ chức độc lập do Medicare tuyển dụng. Tổ chức này không có quan hệ gì với chương trình chúng tôi và không phải là cơ quan của chính phủ.
- Người đánh giá của IRE sẽ xem xét cẩn thận tất cả mọi thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị.
- **Nếu IRE nói Đồng ý** với kháng cáo của quý vị, chúng tôi phải thanh toán lại cho quý vị phần chia sẻ của chúng tôi trong chi phí chăm sóc. Chúng tôi cũng phải tiếp tục bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị cho đến khi nào dịch vụ đó còn cần thiết về mặt y tế.
- **Nếu IRE nói Không đồng ý** với kháng cáo của quý vị, tức là họ đồng ý với chúng tôi rằng việc ngưng bảo hiểm cho dịch vụ của quý vị là phù hợp về mặt y tế.

Sơ lược: Làm sao để Kháng cáo Cấp 2 để yêu cầu Chương trình tiếp tục bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị

Quý vị không phải làm bất cứ điều gì. Chương trình sẽ tự động gửi kháng cáo của quý vị lên Independent Review Entity.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Thư của IRE gửi cho quý vị sẽ cho quý vị biết quý vị có thể làm gì nếu muốn tiếp tục quy trình xem xét. Thư cũng sẽ nêu chi tiết về cách phải làm sao để Kháng cáo lên Cấp 3, kháng cáo này sẽ do một thẩm phán phân xử.

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC cho Đánh giá Y tế Độc lập để tiếp tục được bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Vui lòng Mục 5.4 tại trang 190 để biết cách xin DMHC cho Đánh giá Y tế Độc lập. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại và yêu cầu Đánh giá Y tế Độc lập ngoài hoặc thay cho việc Kháng cáo Cấp 3.



Mục 9: Tiến hành kháng cáo của quý vị sau Cấp 2

• Mục 9.1: Các bước tiếp theo đối với các dịch vụ và khoản mục Medicare

Nếu quý vị đã tiến hành Kháng Cáo Cấp 1 và Kháng Cáo Cấp 2 đối với các dịch vụ hoặc khoản mục Medicare, và cả hai kháng cáo của quý vị đều đã bị bác bỏ, thì quý vị có thể có quyền đối với các cấp độ kháng cáo bổ sung. Thư của Tổ chức Đánh giá Độc lập gửi cho quý vị sẽ cho quý vị biết quý vị phải làm gì nếu muốn tiếp tục quy trình kháng cáo.

Cấp 3 của quy trình kháng cáo là một Phiên Điều trần của Thẩm phán Luật Hành chính (Administrative Law Judge -ALJ). Người ra quyết định về kháng cáo Cấp 3 là ALJ hoặc quan tòa. Nếu quý vị muốn ALJ hoặc quan tòa xem xét trường hợp của quý vị, thì giá trị tính bằng đô la của khoản mục hoặc dịch vụ y tế mà quý vị yêu cầu cung cấp sẽ phải đạt một mức tối thiểu nào đó. Nếu giá trị đô la thấp hơn mức tối thiểu, quý vị không thể khiếu nại lên mức cao hơn. Nếu giá trị tính bằng đô la đủ cao, quý vị có thể yêu cầu một ALJ hoặc quan tòa phân xử cho kháng cáo của quý vị.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của ALJ hoặc quan tòa, quý vị có thể đến gặp Hội đồng Kháng cáo Medicare (Medicare Appeals Council). Sau đó, quý vị có thể có quyền yêu cầu tòa án liên bang xem xét kháng cáo của quý vị.

Nếu quý vị cần được trợ giúp ở bất kỳ giai đoạn nào của quy trình kháng cáo, quý vị có thể liên hệ với Cal MediConnect Ombuds Program theo số 1-855-501-3077.

• Mục 9.2: Các bước tiếp theo đối với các dịch vụ và khoản mục Medi-Cal

Quý vị cũng có thêm quyền kháng cáo nếu kháng cáo của quý vị là về các dịch vụ hoặc khoản mục có thể được Medi-Cal bảo hiểm. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định Phân xử của Tiểu bang và muốn một thẩm phán khác xem xét lại, quý vị có thể yêu cầu phân xử lại và/hoặc yêu cầu tòa án xem xét lại.

Để xin phân xử lại, hãy gửi văn bản yêu cầu (thư) của quý vị đến địa chỉ:

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

Thư này phải được gửi trong vòng 30 ngày kể từ khi quý vị nhận được quyết định của quý vị. Thời hạn này có thể được gia hạn đến 180 ngày nếu quý vị có lý do chính đáng cho việc bị chậm trễ.

Trong yêu cầu phân xử lại của quý vị, ghi rõ ngày quý vị nhận được quyết định của quý vị và tại sao lại nên phân xử lại cho quý vị. Nếu quý vị muốn trưng thêm chứng cứ, hãy mô tả chứng cứ trưng thêm đó và giải thích tại sao trước đây quý vị đã không trưng chứng cứ đó ra và tại sao phải thay đổi khi có chứng cứ đó. Quý vị có thể liên hệ với các dịch vụ pháp lý để xin hỗ trợ.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Để xin tòa án xem xét lại, quý vị phải nộp đơn lên Tòa Thượng thẩm (Superior Court) (theo Bộ luật về Thủ tục Dân sự Mục 1094.5) trong vòng một năm kể từ khi nhận được quyết định của quý vị. Quý vị phải nộp đơn lên Tòa Thượng thẩm của quận có tên nêu trong quyết định của quý vị. Quý vị có thể nộp đơn này mà không cần phải xin phân xử lại. Việc nộp đơn không phải chịu lệ phí. Quý vị có thể sẽ được miễn các lệ phí hoặc chi phí hợp lý nào đó cho luật sư đại diện nếu Tòa án ra quyết định cuối cùng ủng hộ cho quý vị.

Nếu quý vị đã được phân xử lại và không đồng ý với quyết định của cuộc phân xử lại, quý vị có thể xin tòa án phân xử nhưng không được xin phân xử lại nữa.



Mục 10: Cách tiến hành khiếu nại

Nên khiếu nại những loại vấn đề nào?

Quy trình khiếu nại chỉ được dùng cho một số loại vấn đề nào đó mà thôi, ví dụ như những vấn đề liên quan đến chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi, và dịch vụ khách hàng. Dưới đây là các ví dụ về các dạng vấn đề được giải quyết theo thủ tục khiếu nại.

Khiếu nại về chất lượng

- Quý vị không hài lòng với chất lượng dịch vụ chăm sóc, ví dụ như dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được trong bệnh viện.

Khiếu nại về quyền riêng tư

- Quý vị cho rằng ai đó đã không tôn trọng quyền riêng tư của quý vị, hoặc đã chia sẻ thông tin mật của quý vị.

Khiếu nại về dịch vụ khách hàng yếu kém

- Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nhân viên đã cư xử thô lỗ hoặc không tôn trọng quý vị.
- Nhân viên của Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan xử tệ với quý vị.
- Nếu quý vị nghĩ rằng mình bị đẩy ra khỏi chương trình.

Khiếu nại về khả năng tiếp cận

- Quý vị không thể tiếp cận vật lý với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các cơ sở tại phòng khám bác sĩ hoặc của nhà cung cấp.
- Nhà cung cấp dịch vụ của quý vị không cung cấp phương tiện hỗ trợ hợp lý mà quý vị cần như thông dịch viên Ngôn ngữ Ký hiệu chẳng hạn.

Khiếu nại về thời gian chờ đợi

- Quý vị gặp rắc rối với việc nhận lịch hẹn hoặc chờ quá lâu để có lịch hẹn đó.
- Quý vị đã bị bác sĩ, dược sĩ, hoặc nhân viên y tế khác hay Ban Dịch vụ Hội viên hoặc nhân viên khác của chương trình bắt chờ đợi quá lâu.

Khiếu nại về tình trạng kém vệ sinh

- Quý vị cho rằng phòng khám, bệnh viện hoặc văn phòng bác sĩ kém vệ sinh.

Sơ lược: Cách tiến hành khiếu nại

Quý vị có thể khiếu nại nội bộ với Chương trình của chúng tôi và/hoặc khiếu nại ra bên ngoài với một tổ chức không có quan hệ gì với chúng tôi.

Để khiếu nại nội bộ, gọi Ban Dịch vụ Hội viên hoặc gửi thư cho chúng tôi.

Có nhiều tổ chức khác nhau giải quyết các khiếu nại bên ngoài. Để tìm hiểu thêm, xin xem Mục 10.2 trang 234.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Khiếu nại về việc tiếp cận sử dụng ngôn ngữ

- Bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ của quý vị không cung cấp một thông dịch viên trong cuộc hẹn với quý vị.

Khiếu nại về việc trao đổi thông tin từ chúng tôi

- Quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã không thông báo hoặc gửi thư báo mà lẽ ra quý vị phải nhận được.
- Quý vị nghĩ rằng văn bản thông tin chúng tôi đã gửi quý vị quá khó hiểu.

Khiếu nại về tính kịp thời của các hành động liên quan đến các quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo

- Quý vị tin rằng chúng tôi không đáp ứng các thời hạn của chúng tôi trong việc đưa ra một quyết định bảo hiểm hoặc trả lời kháng cáo của quý vị.
- Quý vị tin rằng sau khi nhận được một quyết định bảo hiểm hoặc quyết định kháng cáo theo yêu cầu của quý vị, chúng tôi không đáp ứng các thời hạn cho việc chấp thuận hoặc cung cấp cho quý vị dịch vụ đó hoặc trả lại tiền cho quý vị đối với một số dịch vụ y tế nhất định.
- Quý vị tin rằng chúng tôi đã không chuyển trường hợp của quý vị cho Tổ chức Đánh giá Độc lập (Independent Review Entity) đúng thời hạn.

Thuật ngữ pháp lý cho một “khiếu nại” là “than phiền.”

Thuật ngữ pháp lý cho việc “tiến hành khiếu nại” là “nộp than phiền.”

Có các loại khiếu nại khác nhau không?

Có. Quý vị có thể khiếu nại nội bộ và/hoặc khiếu nại ra bên ngoài. Khiếu nại nội bộ là khiếu nại với chương trình chúng tôi và chương trình chúng tôi sẽ xem xét. Khiếu nại ra bên ngoài là khiếu nại với một tổ chức không quan hệ với chương trình chúng tôi và họ sẽ xem xét. Nếu quý vị cần được trợ giúp để khiếu nại nội bộ và/hoặc ra bên ngoài, quý vị có thể gọi cho Cal MediConnect Ombuds Program theo số 1-855-501-3077.

- **Mục 10.1: Khiếu nại nội bộ**

Để khiếu nại nội bộ, xin gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Quý vị có thể khiếu nại vào bất cứ lúc nào nếu việc đó

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



không phải là về thuốc Phần D. Nếu vụ khiếu nại là về thuốc Phần D, quý vị phải nộp đơn **trong vòng 60 ngày theo lịch** kể từ ngày quý vị gặp vấn đề mà quý vị muốn khiếu nại.

- Nếu có bất cứ việc gì khác mà quý vị cần phải làm, Ban Dịch vụ Hội viên sẽ cho quý vị biết.
- Quý vị cũng có thể gửi thư về khiếu nại của mình và gửi cho chúng tôi. Nếu quý vị cung cấp phản nài của quý vị bằng văn bản, chúng tôi sẽ phản hồi phản nài của quý vị bằng văn bản.
- Các khiếu nại liên quan tới Medicare Phần D phải được tiến hành trong vòng 60 ngày theo lịch sau ngày quý vị có vấn đề muốn khiếu nại.
- Không có giới hạn nộp đơn khiếu nại liên quan đến Medicare Phần C hoặc về chất lượng chăm sóc.

Thuật ngữ pháp lý cho “khiếu nại nhanh” là “than phiền cấp tốc.”

Nếu có thể, chúng tôi sẽ trả lời cho quý vị ngay lập tức. Nếu quý vị gọi cho chúng tôi để khiếu nại, chúng tôi có thể đưa ra câu trả lời trên cuộc gọi điện thoại đó. Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi phải trả lời nhanh, chúng tôi sẽ làm điều đó.

- Chúng tôi trả lời cho hầu hết mọi trường hợp khiếu nại trong vòng 30 ngày theo lịch. Nếu chúng tôi không ra quyết định trong vòng 30 ngày theo lịch vì chúng tôi cần có thêm thông tin, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi cũng cập nhật cho quý vị về tình trạng và thời gian dự kiến quý vị sẽ nhận được câu trả lời.
- Nếu quý vị khiếu nại vì chúng tôi đã từ chối yêu cầu ra “quyết định bảo hiểm nhanh” hay “kháng cáo nhanh”, chúng tôi sẽ tự động giải quyết theo cách “khiếu nại nhanh” và trả lời khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ.
- Nếu quý vị khiếu nại vì chúng tôi đã vượt quá thời hạn ra quyết định bảo hiểm, chúng tôi sẽ tự động giải quyết theo cách “khiếu nại nhanh” và trả lời khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ.

Nếu chúng tôi không đồng ý với một số hoặc toàn bộ khiếu nại của quý vị, chúng tôi sẽ cho quý vị biết và nói rõ lý do của chúng tôi. Chúng tôi sẽ trả lời chúng tôi có đồng ý với khiếu nại của quý vị hay không.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



• Mục 10.2: Khiếu nại ra bên ngoài

Quý vị có thể cho Medicare biết về khiếu nại của mình

Quý vị có thể gửi khiếu nại của quý vị cho Medicare. Mẫu Khiếu nại với Medicare có cung cấp tại: <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>.

Medicare tiếp nhận những khiếu nại của quý vị một cách nghiêm túc và sẽ sử dụng thông tin này để giúp quý vị cải thiện chất lượng chương trình Medicare.

Nếu quý vị nhận được phản hồi khác hoặc có mối quan ngại hoặc nếu quý vị cảm thấy chương trình chưa giải quyết được các vấn đề của quý vị, vui lòng gọi đến 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048. Cuộc gọi được miễn phí.

Quý vị có thể cho Medi-Cal biết về khiếu nại của mình

Cal MediConnect Ombuds Program cũng hỗ trợ giải quyết vấn đề từ một vị trí trung lập để bảo đảm hội viên của chúng tôi được nhận tất cả các dịch vụ được bảo hiểm mà chúng tôi phải cung cấp. Cal MediConnect Ombuds Program không liên kết với chúng tôi hay với bất cứ công ty bảo hiểm hoặc chương trình sức khỏe nào.

Số điện thoại của Cal MediConnect Ombuds Program là 1-855-501-3077. Các dịch vụ đều được miễn phí.

Quý vị có thể cho California Department of Managed Health Care biết về khiếu nại của mình

California Department of Managed Health Care (DMHC) chịu trách nhiệm quy định cho các chương trình sức khỏe. Quý vị có thể gọi cho Trung tâm Trợ giúp của DMHC để xin trợ giúp khiếu nại về dịch vụ Medi-Cal. Quý vị có thể liên lạc với DMHC nếu quý vị cần trợ giúp về đơn khiếu nại về một vấn đề khẩn cấp hoặc một vấn đề liên quan đến đe dọa trực tiếp và nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị, nếu quý vị bị đau nặng, nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chương trình về đơn khiếu nại của quý vị, hoặc nếu chương trình của chúng tôi đã không giải quyết khiếu nại của quý vị sau 30 ngày theo lịch.

Sau đây là hai cách để xin Trung tâm Trợ giúp này trợ giúp:

- Gọi 1-888-466-2219. Người khiếm thính, nặng tai, hoặc khiếm ngôn có thể sử dụng số TTY miễn phí, 1-877-688-9891. Cuộc gọi được miễn phí.
- Vào trang mạng của Department of Managed Health Care (<http://www.hmohelp.ca.gov>).

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Phòng Quyền Dân sự

Quý vị có thể khiếu nại với Phòng Dân quyền (Office for Civil Rights) của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh (Department of Health and Human Services) nếu quý vị cho rằng mình đã không được đối xử

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



công bằng. Ví dụ, quý vị có thể khiếu nại về khả năng tiếp cận của người khuyết tật hoặc hỗ trợ ngôn ngữ. Số điện thoại của Phòng Quyền Dân sự là 1-800-368-1019. Người dùng TTY xin gọi 1-800-537-7697. Quý vị cũng có thể truy cập <https://www.hhs.gov/ocr/index.html> để biết thêm thông tin.

Quý vị cũng có thể gọi cho Phòng Quyền Dân sự tại địa phương theo số:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Customer Response Center: 1-800-368-1019
Fax: 1-202-619-3818
TTY: 1-800-537-7697
Email: ocrmail@hhs.gov

Quý vị cũng có thể có quyền theo Đạo luật về Những người Mỹ bị khuyết tật, tất cả các luật khác được áp dụng đối với các tổ chức nhận ngân sách Liên bang và bất kỳ luật và quy định nào khác được áp dụng vì bất kỳ lý do nào khác. Quý vị có thể liên lạc Cal MediConnect Ombuds Program để được hỗ trợ. Số điện thoại là 1-855-501-3077.

Quý vị có thể khiếu nại với Quality Improvement Organization

Khi quý vị khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc, quý vị sẽ có hai lựa chọn:

- Nếu muốn, quý vị có thể khiếu nại về chất lượng chăm sóc trực tiếp với Tổ chức Cải thiện Chất lượng (mà không khiếu nại với chúng tôi).
- Hoặc quý vị có thể khiếu nại với chúng tôi và cả với Tổ chức Cải thiện Chất lượng. Nếu quý vị đưa ra phản nàn đến tổ chức này, chúng tôi sẽ làm việc với họ để giải quyết phản nàn của quý vị.

Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) là một nhóm các bác sĩ hành nghề và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ Liên bang trả lương để thực hiện việc kiểm tra và cải tiến dịch vụ chăm sóc bệnh nhân của chương trình Medicare. Để tìm hiểu thêm về Tổ chức Cải thiện Chất lượng, xem Chương 2.

Tại California, Quality Improvement Organization được gọi là Livanta. Số điện thoại của Livanta là 1-877-588-1123.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Chương 10: Kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong Cal MediConnect Plan của chúng tôi

Giới thiệu

Chương này nói về những cách mà quý vị có thể dùng để kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong Cal MediConnect Plan của chúng tôi và các lựa chọn về bảo hiểm y tế của quý vị sau khi quý vị rời khỏi chương trình. Nếu quý vị rời khỏi chương trình chúng tôi, quý vị sẽ vẫn còn nằm trong các chương trình Medicare và Medi-Cal khi nào quý vị vẫn còn đủ tiêu chuẩn. Các thuật ngữ chính và định nghĩa theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ tay Hội viên*.

Mục lục

A. Khi nào quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong Cal MediConnect Plan của chúng tôi.....	237
B. Cách kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong Cal MediConnect Plan của chúng tôi.....	238
C. Cách tham gia vào một Cal MediConnect Plan khác	238
D. Cách nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal riêng biệt	238
D1. Cách nhận dịch vụ Medicare của quý vị.....	239
D2. Cách nhận dịch vụ Medi-Cal của quý vị.....	241
E. Tiếp tục nhận dịch vụ y tế và các thuốc của quý vị thông qua chương trình của chúng tôi cho đến khi tư cách hội viên của quý vị kết thúc	242
F. Các tình huống khác khi tư cách hội viên của quý vị trong Cal MediConnect Plan của chúng tôi kết thúc	242
G. Quy chế không được yêu cầu quý vị rời khỏi Cal MediConnect Plan của chúng tôi vì bất cứ lý do nào liên quan đến sức khỏe của quý vị	244
H. Quý vị có quyền khiếu nại khi chúng tôi kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình chúng tôi.....	244
I. Cách tìm hiểu thêm thông tin về việc kết thúc tư cách hội viên chương trình của quý vị	244

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



A. Khi nào quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong Cal MediConnect Plan của chúng tôi

Quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) bất kỳ lúc nào trong năm bằng cách ghi danh vào một Medicare Advantage Plan khác, ghi danh vào một Cal MediConnect Plan khác, hoặc chuyển sang Original Medicare.

Tư cách hội viên của quý vị sẽ kết thúc vào ngày cuối cùng của tháng mà chúng tôi nhận được yêu cầu thay đổi chương trình của quý vị. Ví dụ, nếu chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị vào ngày 18 tháng 1, bảo hiểm của quý vị với chương trình chúng tôi sẽ kết thúc vào ngày 31 tháng 1. Bảo hiểm mới của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng kế tiếp (ngày 1 tháng 2 trong ví dụ này).

Khi quý vị kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ tiếp tục được ghi danh trong Anthem Blue Cross để nhận các dịch vụ Medi-Cal của quý vị, nếu quý vị không chọn một Cal MediConnect Plan khác hay một chương trình khác chỉ có Medi-Cal. Quý vị cũng có thể sử dụng các quyền chọn ghi danh Medicare của quý vị khi quý vị kết thúc tư cách hội viên chương trình chúng tôi. Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị có thể nhận thông tin về quý vị:

- Các tùy chọn Medicare trong bảng tại trang 239
- Các dịch vụ Medi-Cal tại trang 241

Quý vị có thể nhận thêm thông tin về cách kết thúc tư cách hội viên của quý vị bằng cách gọi:

- Ban Dịch vụ Hội viên theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
- Health Care Options theo số 1-844-580-7272, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 đến 6:00 chiều. Người dùng TTY xin gọi 1-800-430-7077.
- Chương trình Trợ giúp Bảo hiểm Sức khỏe Tiểu bang (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (Health Insurance Counseling & Advocacy Program - HICAP) của California Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều theo số 1-800-434-0222. Để biết thêm chi tiết hoặc để tìm một văn phòng HICAP tại địa phương của quý vị, vui lòng vào trang <http://www.aginq.ca.gov/HICAP/>.
- Cal MediConnect Ombuds Program theo số 1-855-501-3077, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 9:00 sáng đến 5:00 chiều. Người dùng TTY xin gọi 1-855-847-7914.
- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



LƯU Ý: Nếu quý vị trong chương trình quản lý thuốc, quý vị không thể tham gia thay đổi các chương trình. Xem Chương 5 để biết thông tin về các chương trình quản lý thuốc.

B. Cách kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong Cal MediConnect Plan của chúng tôi

Nếu quý vị quyết định chấm dứt tư cách hội viên của mình, hãy báo cho Medi-Cal hoặc Medicare rằng quý vị muốn rời khỏi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan:

- Gọi Health Care Options theo số 1-844-580-7272, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 đến 6:00 chiều. Người dùng TTY xin gọi 1-800-430-7077; HOẶC
- Gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY (người gặp khó khăn về nghe hoặc nói) xin gọi 1-877-486-2048. Khi quý vị gọi đến 1-800-MEDICARE, quý vị cũng có thể ghi danh vào một chương trình sức khỏe hoặc thuốc theo toa Medicare khác. Các thông tin khác về việc nhận được các dịch vụ Medicare khi quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi có trong bảng biểu tại trang 239.

C. Cách tham gia vào một Cal MediConnect Plan khác

Nếu quý vị muốn tiếp tục hưởng tất cả các quyền lợi Medicare và Medi-Cal trong một chương trình duy nhất, quý vị có thể tham gia vào một Cal MediConnect Plan khác.

Để ghi danh vào một Cal MediConnect Plan khác:

- Gọi Health Care Options theo số 1-844-580-7272, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 6:00 chiều. Người dùng TTY xin gọi 1-800-430-7077. Cho họ biết quý vị muốn rời khỏi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan và tham gia vào một Cal MediConnect Plan khác. Nếu quý vị không chắc chắn mình muốn tham gia chương trình nào, họ có thể cho quý vị biết về các chương trình khác trong khu vực của quý vị.

Việc bảo hiểm của quý vị theo chương trình Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sẽ chấm dứt vào ngày cuối cùng của tháng mà chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

D. Cách nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal riêng biệt

Nếu quý vị không muốn ghi danh vào một Cal MediConnect Plan khác sau khi ra khỏi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, quý vị có thể trở về với cách nhận dịch vụ Medicare và Medi-Cal riêng biệt với nhau.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



D1. Cách nhận dịch vụ Medicare của quý vị

Quý vị sẽ có lựa chọn về cách thức nhận các quyền lợi Medicare của mình.

Quý vị có ba tùy chọn để nhận được các dịch vụ Medicare của mình. Bằng việc chọn một trong ba cách này, quý vị sẽ tự động kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong Cal MediConnect Plan của chúng tôi.

1. Quý vị có thể thay đổi sang: Một chương trình sức khỏe Medicare, như chương trình Medicare Advantage hoặc, các Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người Cao niên (Programs of All-inclusive Care for the Elderly - PACE) nếu quý vị đáp ứng các yêu cầu về tiêu chuẩn và sống trong khu vực cung cấp dịch vụ	Sau đây là những việc cần làm: Gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Cuộc gọi được miễn phí. Để hỏi thăm về PACE, xin gọi 1-855-921-PACE (7223). Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc muốn biết thêm thông tin: Gọi Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP) của California theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều. Để biết thêm chi tiết hoặc để tìm một văn phòng HICAP tại địa phương của quý vị, vui lòng vào trang http://www.aginq.ca.gov/HICAP/. Quý vị sẽ được tự động hủy ghi danh khỏi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan khi bảo hiểm của chương trình mới của quý vị bắt đầu.
--	--

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



2. Quý vị có thể thay đổi sang: Original Medicare có chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt	Sau đây là những việc cần làm: Gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Cuộc gọi được miễn phí. Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc muốn biết thêm thông tin: Gọi Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP) của California theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều. Để biết thêm chi tiết hoặc để tìm một văn phòng HICAP tại địa phương của quý vị, vui lòng vào trang visit http://www.aging.ca.gov/HICAP/. Quý vị sẽ tự động được rút tên khỏi chương trình Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu.
--	--



3. Quý vị có thể thay đổi sang:

Original Medicare không có chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt

LƯU Ý: Nếu quý vị chuyển đổi sang chương trình Original Medicare và không ghi danh vào một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt, Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình cung cấp thuốc, trừ khi quý vị thông báo cho Medicare rằng quý vị không muốn tham gia.

Quý vị chỉ nên bỏ bảo hiểm thuốc theo toa nếu quý vị có bảo hiểm thuốc từ một nguồn khác, như chủ lao động hoặc công đoàn. Nếu quý vị thắc mắc không biết mình có cần bảo hiểm thuốc hay không, xin gọi cho Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng 5:00 chiều. Để tìm hiểu thêm hoặc để tìm văn phòng HICAP tại địa phương của quý vị, vui lòng truy cập <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>.

Sau đây là những việc cần làm:

Gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Cuộc gọi được miễn phí.

Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc muốn biết thêm thông tin:

- Gọi Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP) của California theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều. Để biết thêm chi tiết hoặc để tìm một văn phòng HICAP tại địa phương của quý vị, vui lòng vào trang <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>.

Quý vị sẽ tự động được rút tên khỏi chương trình Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu.

D2. Cách nhận dịch vụ Medi-Cal của quý vị

Nếu quý vị ra khỏi Cal MediConnect Plan của chúng tôi, quý vị sẽ tiếp tục nhận các dịch vụ Medi-Cal qua Anthem Blue Cross trừ khi quý vị chọn một chương trình khác để nhận các dịch vụ Medi-Cal của quý vị.

Các dịch vụ Medi-Cal của quý vị gồm có hầu hết các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn và chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Nếu quý vị muốn chọn một chương trình khác để nhận các dịch vụ của Medi-Cal, quý vị cần báo cho Health Care Options biết khi quý vị yêu cầu kết thúc tư cách hội viên của quý vị với Cal MediConnect Plan của chúng tôi.

- Gọi Health Care Options theo số 1-844-580-7272, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 6:00 chiều. Người dùng TTY xin gọi 1-800-430-7077. Cho họ biết quý vị muốn rời khỏi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan và tham gia vào một Medi-Cal plan khác. Nếu quý vị không chắc chắn mình muốn tham gia chương trình nào, họ có thể cho quý vị biết về các chương trình khác trong khu vực của quý vị.

Khi quý vị chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong Cal MediConnect Plan của chúng tôi, quý vị sẽ được nhận một Thẻ Hội viên mới, một Sổ tay Hội viên mới, và một Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc mới từ bảo hiểm Medi-Cal của quý vị.

E. Tiếp tục nhận dịch vụ y tế và các thuốc của quý vị thông qua chương trình của chúng tôi cho đến khi tư cách hội viên của quý vị kết thúc

Nếu quý vị rời khỏi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, thì có thể sẽ phải mất thời gian trước khi tư cách hội viên của quý vị kết thúc và chương trình bảo hiểm Medicare và Medi-Cal mới của quý vị bắt đầu. Xem trang 237 để biết thêm thông tin. Trong thời gian này, quý vị sẽ vẫn tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc và thuốc men qua chương trình của chúng tôi.

- **Quý vị nên sử dụng các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi để mua thuốc toa của quý vị.** Thông thường, thuốc theo toa của quý vị chỉ được bảo hiểm khi mua tại nhà thuốc trong mạng lưới kể cả khi sử dụng dịch vụ đặt mua qua bưu điện của chúng tôi.
- Nếu quý vị nhập viện vào ngày mà tư cách hội viên của quý vị kết thúc, việc nội trú tại bệnh viện của quý vị thường sẽ được Cal MediConnect Plan của chúng tôi bảo hiểm cho đến khi quý vị xuất viện. Quy chế này cũng được áp dụng ngay cả khi bảo hiểm y tế mới của quý vị bắt đầu trước khi quý vị xuất viện.

F. Các tình huống khác khi tư cách hội viên của quý vị trong Cal MediConnect Plan của chúng tôi kết thúc

Đó là các trường hợp khi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình:

- Nếu có khoảng thời gian tạm ngưng trong bảo hiểm Medicare Phần A và Phần B của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- Nếu quý vị không còn đủ điều kiện đối với chương trình Medi-Cal. Chương trình của chúng tôi dành cho những người hội đủ điều kiện đối với cả hai chương trình Medicare và Medi-Cal. Nếu quý vị không còn đủ điều kiện cho Medicare Phần A và B và toàn bộ quyền lợi Medi-Cal, quý vị có các tùy chọn khác về chăm sóc của quý vị. Vui lòng xem Chương 10, Mục D.
- Khi quý vị dọn nhà ra khỏi khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi.
- Nếu quý vị di chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi trong hơn sáu tháng.
 - Khi quý vị chuyển nhà hoặc đi xa, quý vị nên gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên để được biết nơi quý vị chuyển đến hoặc đi đến có nằm trong khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi hay không.
- Khi quý vị vào trại giam hoặc nhà tù vì phạm tội hình sự.
- Khi quý vị nói dối hoặc che giấu thông tin về bảo hiểm khác mà quý vị có cho thuốc toa.
- Nếu quý vị không phải là công dân Hoa Kỳ hoặc không sống hợp pháp ở Hoa Kỳ.

Quý vị phải là công dân Hoa Kỳ hoặc được phép sống hợp pháp ở Hoa Kỳ thì mới được làm hội viên của chương trình chúng tôi. Centers for Medicare & Medicaid Services sẽ thông báo cho chúng tôi biết nếu quý vị không hội đủ tiêu chuẩn để làm hội viên vì lý do này. Chúng tôi phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị nếu quý vị không thỏa mãn yêu cầu này.

Nếu quý vị không còn đủ tiêu chuẩn hưởng Medi-Cal hoặc hoàn cảnh của quý vị đã thay đổi khiến quý vị không còn đủ tiêu chuẩn tham gia Cal MediConnect nữa, thì quý vị có thể được tiếp tục nhận các quyền lợi từ Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan thêm hai tháng nữa. Thời gian này sẽ cho phép quý vị sửa đổi thông tin của mình nếu quý vị nghĩ rằng mình vẫn hội đủ tiêu chuẩn. Quý vị sẽ được nhận thư của chúng tôi cho biết sự thay đổi về tiêu chuẩn tham gia của quý vị kèm theo hướng dẫn về cách sửa lại thông tin về tiêu chuẩn tham gia của quý vị.

- Để tiếp tục được làm hội viên của Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, quý vị phải trở về tình trạng đủ điều kiện tham gia trước ngày cuối cùng của thời hạn hai tháng đó.
- Nếu đến ngày cuối cùng của thời hạn hai tháng mà quý vị vẫn không đủ điều kiện để tham gia, quý vị sẽ bị loại ra khỏi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.

Chúng tôi có thể rút tên quý vị ra khỏi chương trình vì các lý do sau chỉ khi nào chúng tôi được cho phép từ Medicare và Medi-Cal trước đó:

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- Nếu quý vị cố tình cung cấp thông tin sai sự thực khi ghi danh vào chương trình chúng tôi và thông tin đó ảnh hưởng đến tiêu chuẩn tham gia của quý vị vào chương trình của chúng tôi.
- Nếu quý vị tiếp tục hành xử theo cách không hợp tác và gây khó khăn cho chúng tôi trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị hoặc cho các hội viên khác của chương trình.
- Nếu quý vị cho người khác sử dụng Thẻ Hội Viên của quý vị để được chăm sóc y tế.
 - Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị bởi lý do này, Medicare có thể sẽ đưa trường hợp của quý vị vào điều tra bởi Tổng Thanh Tra.

G. Quý chế không được yêu cầu quý vị rời khỏi Cal MediConnect Plan của chúng tôi vì bất cứ lý do nào liên quan đến sức khỏe của quý vị

Nếu quý vị cảm thấy quý vị bị yêu cầu rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do có liên quan đến sức khỏe của quý vị, quý vị nên gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Cuộc gọi được miễn phí.

Quý vị cũng nên **gọi Cal MediConnect Ombuds Program** theo số 1-855-501-3077, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 9:00 sáng đến 5:00 chiều. Người dùng TTY xin gọi 1-855-847-7914.

H. Quý vị có quyền khiếu nại khi chúng tôi kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình chúng tôi

Nếu chúng tôi kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong Cal MediConnect Plan của chúng tôi, chúng tôi sẽ phải cho quý vị biết lý do của chúng tôi bằng văn bản về việc kết thúc tư cách hội viên của quý vị. Chúng tôi cũng phải cho biết quý vị có thể phải làm sao để than phiền hoặc khiếu nại về quyết định của chúng tôi kết thúc tư cách hội viên của quý vị. Quý vị cũng có thể xem Chương 9 để biết thông tin về cách khiếu nại.

I. Cách tìm hiểu thêm thông tin về việc kết thúc tư cách hội viên chương trình của quý vị

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc muốn tìm hiểu thêm về việc khi nào chúng tôi có thể kết thúc tư cách hội viên của quý vị, quý vị có thể:

- Gọi Ban Dịch vụ Hội viên theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



- Gọi Health Care Options theo số 1-844-580-7272, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 đến 6:00 chiều. Người dùng TTY xin gọi 1-800-430-7077.
- Gọi Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP) của California theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều. Để biết thêm chi tiết hoặc để tìm một văn phòng HICAP tại địa phương của quý vị, vui lòng vào trang <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>.
- Gọi Cal MediConnect Ombuds Program theo số 1-855-501-3077, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 9:00 sáng đến 5:00 chiều. Người dùng TTY xin gọi 1-855-847-7914.
- Gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Cuộc gọi được miễn phí.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.

Chương 11: Thông báo pháp lý

Giới thiệu

Chương này bao gồm các thông báo pháp lý áp dụng đối với tư cách hội viên của quý vị trong Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Các thuật ngữ chính và định nghĩa theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ tay Hội viên*.

Mục lục

A. Thông báo về pháp luật.....	247
B. Thông báo về việc không phân biệt đối xử	247
C. Thông báo về Medicare là người thanh toán thứ hai và Medi-Cal là người thanh toán cuối cùng	248



A. Thông báo về pháp luật

Có nhiều luật được áp dụng cho Sổ tay Hội viên này. Các luật này có thể ảnh hưởng đến các quyền và trách nhiệm của quý vị ngay cả khi các luật không được nêu ra ở đây hoặc được giải thích trong sổ tay này. Các luật chính áp dụng cho cẩm nang này là các luật liên bang về các chương trình Medicare và Medi-Cal. Các luật liên bang và tiểu bang khác có thể cũng được áp dụng.

B. Thông báo về việc không phân biệt đối xử

Mọi công ty hoặc cơ quan làm việc với Medicare và Medi-Cal đều phải tuân thủ luật bảo vệ quý vị khỏi bị phân biệt đối xử hoặc đối xử bất công. Chúng tôi không phân biệt đối xử hoặc đối xử với quý vị khác vì tuổi tác, tiểu sử khiêu nại, màu da, sắc tộc, bằng chứng về khả năng có thể bảo hiểm, giới tính, thông tin di truyền, vị trí địa lý trong khu vực dịch vụ, tình trạng sức khỏe, bệnh sử, tình trạng khuyết tật thể xác hoặc tâm thần, nguồn gốc quốc gia, chủng tộc, tôn giáo hoặc giới tính của quý vị. Quý vị cũng không thể đối xử khác đi dựa trên xu hướng tình dục, tình trạng hôn nhân, mang thai và tình trạng cựu chiến binh được bảo hiểm. Tất cả các tổ chức như chương trình của chúng tôi đều phải tuân theo các luật liên bang chống phân biệt đối xử, bao gồm Chương VI của Đạo luật về Quyền Công dân năm 1964, Đạo luật về Phục hồi Chức năng năm 1973, Đạo luật về Phân biệt Tuổi tác năm 1975, Đạo luật về Những người Mỹ bị khuyết tật, tất cả các luật khác được áp dụng đối với các tổ chức nhận ngân sách Liên bang và bất kỳ luật và quy định nào khác được áp dụng vì bất kỳ lý do nào khác.

Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin hoặc lo ngại về tình trạng phân biệt đối xử hoặc đối xử bất công:

- Gọi Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY có thể gọi 1-800-537-7697. Quý vị cũng có thể truy cập <http://www.hhs.gov/ocr> để biết thêm thông tin.
- Gọi cho Văn phòng Dân quyền tại địa phương.

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Customer Response Center: 1-800-368-1019
Fax: 1-202-619-3818
TTY: 1-800-537-7697
Email: ocrmail@hhs.gov

Nếu quý vị bị khuyết tật và cần được sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nhà cung cấp, xin gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên. Nếu quý vị muốn khiếu nại, như khi gặp khó khăn trong việc xin xe lăn, Ban Dịch vụ Hội viên có thể giúp quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



C. Thông báo về Medicare là người thanh toán thứ hai và Medi-Cal là người thanh toán cuối cùng

Có những trường hợp người khác phải trả tiền trước tiên cho các dịch vụ mà chúng tôi cung cấp cho quý vị. Ví dụ, nếu quý vị bị tai nạn xe hơi hoặc nếu quý vị bị thương tại sở làm, công ty bảo hiểm hoặc chương trình Bồi thường cho Công nhân (Workers Compensation) phải là người thanh toán trước tiên.

Chúng tôi có quyền và trách nhiệm thu nợ cho các dịch vụ Medicare được bảo hiểm mà Medicare không phải là người thanh toán thứ nhất.

Cal MediConnect program thực hiện theo các luật và quy định của Tiểu bang và Liên bang về trách nhiệm thanh toán theo luật của bên ba cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho hội viên. Chúng tôi sẽ thực hiện tất cả các biện pháp hợp lý để bảo đảm chương trình Medi-Cal chỉ là người thanh toán cuối cùng.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Chương 12: Định nghĩa các từ ngữ quan trọng

Giới thiệu

Chương này bao gồm các thuật ngữ chính được sử dụng xuyên suốt *Sổ tay Hội viên* cùng với các định nghĩa của chúng. Các thuật ngữ được liệt kê theo thứ tự abc. Nếu quý vị không thể tìm thấy thuật ngữ quý vị đang tìm kiếm hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin ngoài định nghĩa, liên lạc với Ban Dịch vụ Hội viên.

Bậc chia sẻ chi phí: Là một nhóm thuốc có cùng số tiền đồng trả. Mọi thuốc trong *Danh sách Thuốc được Bảo hiểm* (còn được gọi là Danh sách Thuốc) thuộc một trong bốn (4) bậc chia sẻ chi phí. Nói chung, bậc chi phí càng cao, thì chi phí thuốc của quý vị càng cao.

Bác sĩ chuyên khoa: Bác sĩ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho một bệnh hoặc bộ phận cơ thể cụ thể.

Bậc thuốc: Các nhóm thuốc có trong Danh sách Thuốc của chúng tôi. Thuốc gốc, chính hiệu hoặc thuốc không cần toa (OTC) là ví dụ về bậc thuốc. Mỗi loại thuốc nằm trong Danh sách Thuốc thuộc một trong bốn (4) bậc.

Ban Dịch vụ Hội viên (Member Services): Là một ban của chương trình chúng tôi chịu trách nhiệm giải đáp thắc mắc cho quý vị về tư cách hội viên, quyền lợi, việc than phiền, và kháng cáo của quý vị. Xem Chương 2 để biết thông tin về cách liên lạc với Ban Dịch vụ Hội viên.

Bệnh nhân Nội trú (Inpatient): Một thuật ngữ được sử dụng khi quý vị được nhập viện chính thức để nhận các dịch vụ y tế chuyên môn. Nếu quý vị không chính thức được nhập viện, quý vị có thể vẫn được xem xét là bệnh nhân ngoại trú thay vì là một bệnh nhân nội trú ngay cả khi quý vị lưu lại qua đêm.

Bộ phận giả và Dụng cụ Chỉnh hình: Đây là những thiết bị y tế theo yêu cầu của bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Các mục được bảo hiểm sẽ bao gồm, nhưng không giới hạn ở, cánh tay, lưng, và nẹp cổ; chi giả; mắt giả; và các thiết bị cần thiết để thay thế một bộ phận hoặc chức năng cơ thể bên trong, bao gồm các đồ chứa chất thải và liệu pháp dinh dưỡng qua đường ruột và đường tiêm.

Các dịch vụ phục hồi chức năng: Điều trị quý vị nhận được để giúp quý vị phục hồi sau cơn bệnh, tai nạn hoặc phẫu thuật quan trọng. Xem Chương 4 để biết thêm về các dịch vụ phục hồi.

Các dịch vụ và hỗ trợ dài kỳ (LTSS): Các dịch vụ và hỗ trợ dài kỳ là các dịch vụ giúp cải thiện tình trạng bệnh lý dài hạn. Hầu hết các dịch vụ này giúp quý vị vẫn ở tại nhà của mình, do đó quý vị không phải đi tới nhà điều dưỡng hay bệnh viện. LTSS gồm có Chương trình Dịch vụ Người Cao niên Đa Mục đích (Multi-Purpose Senior Services Program - MSSP), Dịch vụ dành cho Người

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** truy cập duals.anthem.com.



lớn tại Cộng đồng (Community Based Adult Services - CBAS), và Dịch vụ của Cơ sở Điều dưỡng (Nursing Facilities - NF) /Cơ sở Chăm sóc Bán Cấp (Sub-Acute Care Facilities - SCF).

Các Medi-Cal Plan: Là các chương trình chỉ cung cấp quyền lợi Medi-Cal mà thôi, như dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, thiết bị y tế, và vận chuyển. các quyền lợi Medicare được cung cấp riêng.

Cal MediConnect: Là chương trình cung cấp cả quyền lợi Medicare và Medi-Cal của quý vị trong cùng một chương trình sức khỏe. Quý vị chỉ dùng một Thẻ Hội Viên duy nhất cho tất cả quyền lợi của mình.

Cần thiết về mặt y khoa: Một số các dịch vụ liệt kê trong Bảng Quyền lợi Y tế được bảo hiểm chỉ khi bác sỹ của quý vị hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới khác được phê duyệt trước (đôi khi được gọi là “ủy quyền trước”) từ chúng tôi. Các dịch vụ được bảo hiểm cần phê duyệt trước được đánh dấu trong Bảng Quyền lợi Y tế. Khi chúng tôi đưa ra quyết định của mình, chúng tôi dựa vào hai điều. Đầu tiên đây là các quy định của Medicare. Thứ hai là các tiêu chuẩn hành nghề y tế thường được chấp thuận. Các tiêu chuẩn này được chứng thực và chấp nhận bởi những người thực hiện và nghiên cứu thuốc. Chúng tôi cũng cần đảm bảo quý vị được chăm sóc với chi phí hiệu quả nhất. Điều này có nghĩa là không tốn tiền nhiều hơn một tùy chọn khác cũng sẽ hoạt động tốt. Nhưng chúng tôi cũng cần nó phù hợp với quý vị. Và quý vị nhận được nó ở đúng nơi và đúng số lần. Cuối cùng, chúng tôi không thể chấp thuận một dịch vụ chỉ vì nó thuận tiện hơn so với một tùy chọn khác. Quý vị phải được sự chấp thuận của chúng tôi trước khi nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp không nằm trong chương trình của chúng tôi trừ khi đó là Chăm sóc khẩn cấp, Chăm sóc cấp cứu hoặc Thăm tách thận bên ngoài khu vực dịch vụ. Để tìm một nhà cung cấp trong chương trình của chúng tôi, tìm kiếm Danh bạ Nhà cung cấp và Nhà thuốc trên mạng hoặc gọi Ban Dịch vụ Hội viên. Nếu quý vị được giới thiệu hoặc cảm thấy quý vị cần sử dụng một nhà cung cấp không nằm trong chương trình của chúng tôi, quý vị phải gọi cho chúng tôi để được chấp thuận trước khi quý vị được chăm sóc.

Cấp cứu: Trường hợp cấp cứu y tế là khi quý vị hoặc bất kỳ người nào khác có hiểu biết trung bình về sức khỏe và y khoa, tin rằng quý vị có các triệu chứng y tế cần được chăm sóc y tế ngay lập tức nhằm ngăn ngừa tử vong, mất một bộ phận cơ thể hoặc mất chức năng của bộ phận cơ thể. Các triệu chứng y khoa đó có thể là một tổn thương nghiêm trọng hoặc rất đau đớn.

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS): Cơ quan liên bang phụ trách Medicare. Chương 2 sẽ giải thích cách liên lạc với CMS.

Chăm sóc cấp cứu: Các dịch vụ được đài thọ do nhà cung cấp dịch vụ được đào tạo để cung cấp các dịch vụ cấp cứu và cần dùng để điều trị một tình trạng cấp cứu y tế hoặc sức khỏe hành vi tâm thần.

Chăm sóc cuối đời: Là chương trình chăm sóc và hỗ trợ để giúp cho người có tiên lượng tử vong được sống cho thoải mái. Mắc bệnh giai đoạn cuối nghĩa là quý vị mắc một căn bệnh đã phát ở giai đoạn cuối và dự kiến sẽ sống chưa đầy sáu tháng nữa.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** truy cập duals.anthem.com.



- Một người ghi danh mắc bệnh giai đoạn cuối có quyền lựa chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời.
- Một đội ngũ được các chuyên gia và nhân viên chăm sóc được đào tạo đặc biệt cung cấp toàn bộ dịch vụ chăm sóc cho một người, bao gồm các nhu cầu về thể chất, tình cảm, xã hội và tinh thần.
- Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan phải cung cấp cho quý vị một danh sách các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời tại khu vực địa lý của quý vị.

Chăm sóc khẩn cấp: Là dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận khi bị bệnh, tổn thương, hay tình trạng đột ngột không phải là cấp cứu nhưng cần được chăm sóc ngay. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc khẩn thiết từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới khi không sử dụng được nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc quý vị không thể nhận được các dịch vụ đó.

Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF): Là các dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn và phục hồi chức năng được cung cấp liên tục, hàng ngày, tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Các ví dụ về dịch vụ chăm sóc của cơ sở điều dưỡng chuyên môn bao gồm liệu pháp vật lý hoặc tiêm tĩnh truyền mạch (IV) thực hiện bởi y tá đã đăng ký hành nghề hoặc bác sĩ.

Chi phí tự chi trả: Yêu cầu hội viên phụ trả chi phí bằng cách trả một phần cho dịch vụ hoặc thuốc men mà họ nhận được gọi là yêu cầu trả chi phí “tự chi trả”. Xem định nghĩa về “chia sẻ chi phí” ở phần trên.

Chờ được trả trợ cấp: Quý vị có thể được tiếp tục nhận quyền lợi của mình trong khi chờ quyết định cho Kháng cáo Cấp 1 hoặc Phiên Điều trần của Tiểu bang (Xem Chương 9, để tìm hiểu thêm). Khoản bảo hiểm tiếp tục này được gọi là “khoản hỗ trợ được trả trong khi chờ đợi.”

Cho phép trước: Quý vị phải nhận được sự cho phép của Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan trước khi quý vị có thể nhận được một dịch vụ hoặc thuốc cụ thể hoặc đến gặp một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan có thể không bảo hiểm cho dịch vụ hoặc thuốc nếu quý vị không nhận được sự phê duyệt.

Một số dịch vụ y tế trong mạng lưới chỉ được bảo hiểm khi bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác trong mạng lưới được chương trình của chúng tôi cho phép trước.

- Các dịch vụ được bảo hiểm cần sự cho phép trước của chương trình được đánh dấu trong Bảng Quyền lợi trong Chương 4.

Một số loại thuốc chỉ được bảo hiểm khi quý vị được chúng tôi cho phép trước.

- Thuốc được bảo hiểm phải xin phép trước của chương trình được đánh dấu trong *Danh sách Thuốc được Bảo hiểm*.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** truy cập duals.anthem.com.



Chương trình chăm sóc sức khỏe: Một tổ chức cung cấp các bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc, nhà cung cấp các dịch vụ dài hạn và các nhà cung cấp khác. Tổ chức này cũng có những người quản lý trường hợp giúp quý vị quản lý tất cả các nhà cung cấp và dịch vụ của mình. Họ sẽ cùng nhau phối hợp để cung cấp dịch vụ chăm sóc quý vị cần.

Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người Cao niên (All-Inclusive Care for the Elderly - PACE): Là Chương trình bảo hiểm kết hợp các quyền lợi Medicare và Medi-Cal cho người từ 55 tuổi trở lên cần nhận được một mức độ chăm sóc cao hơn để được sống tại nhà.

Chương trình Dịch vụ Người Cao niên Đa Mục đích (Multipurpose Senior Services Program, MSSP): Là Chương trình cung cấp các Dịch vụ tại Nhà và Cộng đồng (Home and Community--Based Services - HCBS) cho người đủ tiêu chuẩn hưởng Medi-Cal từ 65 tuổi trở lên bị khuyết tật để khỏi phải đưa vào cơ sở điều dưỡng.

Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (Health Insurance Counseling & Advocacy Program - HICAP): Chương trình cung cấp thông tin và dịch vụ tư vấn khách quan và miễn phí về Medicare. Chương 2 giải thích cách liên lạc với HICAP.

Cơ sở điều dưỡng chuyên môn (Skilled Nursing Facility, SNF): Một cơ sở điều dưỡng có nhân viên và thiết bị cung cấp các dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn, trong hầu hết các trường hợp, các dịch vụ phục hồi chuyên môn và các dịch vụ sức khỏe liên quan khác.

Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF): Cơ sở chủ yếu cung cấp các dịch vụ phục hồi chức năng sau ốm đau, tai nạn hoặc phẫu thuật quan trọng. Cơ sở này cung cấp nhiều loại hình dịch vụ, bao gồm liệu pháp vật lý, các dịch vụ xã hội hoặc tâm lý, liệu pháp hô hấp, liệu pháp chức năng, liệu pháp âm ngữ và các dịch vụ đánh giá môi trường tại nhà.

Công việc hàng ngày (Activities of daily living - ADL): Những điều mà mọi người thực hiện thường ngày, ví dụ như ăn uống, sử dụng nhà vệ sinh, mặc quần áo, tắm rửa hoặc đánh răng.

Đánh giá nguy cơ cho sức khỏe: Xem lại bệnh sử y khoa của bệnh nhân và tình trạng hiện tại. Đánh giá được sử dụng để tìm ra sức khỏe của bệnh nhân và nó có thể thay đổi như thế nào trong tương lai.

Đánh giá Y tế Độc lập (Independent Medical Review - IMR): Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu cung cấp dịch vụ y tế hoặc liệu pháp điều trị của quý vị, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo với chúng tôi. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi và vấn đề của quý vị là về một dịch vụ Medi-Cal, bao gồm vật tư DME và thuốc, quý vị có thể yêu cầu California Department of Managed Health Care làm Đánh giá Y tế Độc lập. IMR là cuộc đánh giá ca bệnh của quý vị do các bác sĩ không nằm trong chương trình của chúng tôi thực hiện. Nếu kết quả IMR cho thấy quý vị đúng, chúng tôi phải cung cấp dịch vụ hoặc phương pháp điều trị mà quý vị yêu cầu cung cấp. Quý vị không phải trả phí cho IMR.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** truy cập duals.anthem.com.



Danh sách Thuốc được Bảo hiểm (Danh sách Thuốc): Danh sách thuốc theo toa và thuốc không cần toa (OTC) được chương trình bảo hiểm. Chương trình chọn thuốc để đưa vào danh mục này với sự trợ giúp của các bác sĩ và dược sĩ. Danh sách Thuốc cho quý vị biết về quy định nào mà quý vị cần phải tuân thủ để mua thuốc hay không. Danh sách Thuốc đôi khi cũng được gọi là “danh mục thuốc”.

Đào tạo về năng lực văn hóa: Đào tạo cung cấp hướng dẫn bổ sung cho các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe của chúng tôi giúp họ hiểu rõ hơn về nền tảng, giá trị và niềm tin của quý vị để thích nghi với các dịch vụ nhằm đáp ứng nhu cầu về xã hội, văn hóa và ngôn ngữ của quý vị.

Department of Health Care Services (DHCS): Sở của Tiểu bang California quản trị Chương trình Medicaid (gọi là Medi-Cal ở California), thường được gọi là “Tiểu bang” trong sổ tay này.

Dịch vụ dành cho Người lớn tại Cộng đồng (CBAS) Chương trình dịch vụ tại cơ sở, ngoại trú cung cấp các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn, dịch vụ xã hội, các liệu pháp điều trị, chăm sóc cá nhân, đào tạo và hỗ trợ cho gia đình/người chăm sóc, các dịch vụ dinh dưỡng, vận chuyển, và dịch vụ khác cho Người Ghi danh đủ tiêu chuẩn được áp dụng.

Dịch vụ được bảo hiểm: Thuật ngữ chung chúng tôi sử dụng để chỉ tất cả dịch vụ chăm sóc sức khỏe, các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, nguồn tiếp liệu, thuốc kê toa bác sĩ và thuốc mua không cần toa bác sĩ, thiết bị và các dịch vụ khác được chương trình của chúng tôi bảo hiểm.

Dịch vụ được Medicare bảo hiểm: Là các dịch vụ được bảo hiểm theo Medicare Phần A và Phần B. Tất cả các chương trình sức khỏe Medicare, kể cả chương trình chúng tôi, đều phải bảo hiểm cho tất cả các dịch vụ được bảo hiểm theo Medicare Phần A và Phần B.

Dịch vụ Tùy chọn cho Kế hoạch Chăm sóc (Care Plan Optional Services, CPO Services): Các dịch vụ bổ sung có thể tùy chọn theo ý muốn trong Kế hoạch Chăm sóc Riêng (Individualized Care Plan, ICP) của quý vị. Các dịch vụ này không được dự định để thay thế cho các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn mà quý vị được phép nhận theo Medi-Cal.

Đội ngũ Chăm sóc Liên ngành (ICT), hay còn gọi là Đội ngũ Chăm sóc (Care team): Đội ngũ chăm sóc có thể bao gồm các bác sĩ, điều dưỡng, tư vấn viên, hoặc chuyên viên y tế khác giúp quý vị nhận được sự chăm sóc mà quý vị cần. Đội ngũ chăm sóc của quý vị cũng sẽ giúp quý vị lập kế hoạch chăm sóc.

Đội ngũ chăm sóc: Xem “Đội ngũ Chăm sóc Liên ngành.”

Đóng Góp Chi Phí: Là các số tiền mà quý vị phải trả khi nhận một số thuốc theo toa nào đó. Tiền đồng trả là một trong các loại tiền chia sẻ chi phí.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** truy cập duals.anthem.com.



Ghi hóa đơn phần chênh lệch: Là tình huống mà trong đó nhà cung cấp (như bác sĩ hoặc bệnh viện chẳng hạn) xuất hóa đơn cho một người cao hơn mức chi phí của chương trình cho các dịch vụ đó. Là hội viên của Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, quý vị chỉ phải trả khoản chia sẻ chi phí của chương trình khi quý vị nhận được các dịch vụ được chương trình của chúng tôi bảo hiểm. Chúng tôi không cho phép nhà cung cấp “ghi hóa đơn phần chênh lệch” cho quý vị. Gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên nếu quý vị nhận được bất kỳ hóa đơn nào mà quý vị không hiểu.

Giai đoạn bảo hiểm ban đầu: Giai đoạn trước khi toàn bộ chi phí thuốc Phần D của quý vị đạt \$6,350.00. Khoản này bao gồm số tiền quý vị đã trả, những khoản chương trình của chúng tôi đã trả thay mặt quý vị và trợ cấp cho người có thu nhập thấp. Quý vị bắt đầu giai đoạn này khi quý vị mua thuốc theo đơn lần đầu tiên trong năm. Trong giai đoạn này, chương trình sẽ trả một phần chi phí thuốc của quý vị, và quý vị trả phần chia sẻ chi phí của quý vị.

Giai đoạn bảo hiểm tai họa: Là giai đoạn trong quyền lợi thuốc Phần D, khi đó chương trình sẽ thanh toán toàn bộ chi phí thuốc của quý vị cho đến khi kết thúc năm. Quý vị sẽ bắt đầu giai đoạn này khi quý vị đạt đến giới hạn \$6,350.00 cho thuốc theo toa của quý vị.

Giấy giới thiệu: Giấy giới thiệu có nghĩa là nhà cung cấp chăm sóc chính (PCP) của quý vị phải cho phép quý vị đến gặp một người khác không phải là PCP của quý vị. Nếu quý vị không được chấp thuận, Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan có thể không bảo hiểm cho các dịch vụ này. Quý vị không cần giấy giới thiệu để thăm khám một số bác sĩ chuyên khoa, như bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ. Quý vị có thể tìm thêm thông tin về giấy giới thiệu tại Chương 3 và về dịch vụ yêu cầu giấy giới thiệu tại Chương 4.

Giới hạn số lượng: Giới hạn về số lượng thuốc quý vị có thể có. Giới hạn này có thể dựa trên lượng thuốc mà chúng tôi bảo hiểm cho mỗi toa thuốc.

Gửi hóa đơn không đúng/không phù hợp Là tình huống mà trong đó nhà cung cấp dịch vụ (như bác sĩ hoặc bệnh viện chẳng hạn) xuất hóa đơn cho quý vị cao hơn mức chia sẻ chi phí của chương trình cho dịch vụ. Hãy xuất trình Thẻ ID Hội viên Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan khi quý vị nhận bất kỳ dịch vụ hoặc mua thuốc theo toa nào. Gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên nếu quý vị nhận được bất kỳ hóa đơn nào mà quý vị không hiểu.

Là hội viên của Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, quý vị chỉ phải trả khoản chia sẻ chi phí của chương trình khi quý vị nhận được các dịch vụ được chương trình của chúng tôi bảo hiểm. Chúng tôi không cho phép nhà cung cấp dịch vụ xuất hóa đơn cho quý vị cao hơn mức này.

Hiệu thuốc ngoài mạng lưới: Hiệu thuốc không đồng ý làm việc với chương trình chúng tôi để điều phối hoặc cung cấp các thuốc được bảo hiểm cho hội viên chương trình của chúng tôi. Hầu hết các thuốc quý vị mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới đều không được chương trình chúng tôi bảo hiểm trừ khi những điều kiện nào đó được áp dụng.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** truy cập duals.anthem.com.



Hội viên (hội viên chương trình của chúng tôi, hoặc hội viên chương trình): Một người tham gia vào chương trình Medicare và Medi-Cal có đủ điều kiện để hưởng các dịch vụ được bảo hiểm, đã ghi danh vào chương trình của chúng tôi và việc ghi danh này đã được Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) và tiểu bang xác nhận.

Kế hoạch Chăm sóc Riêng (Individualized Care Plan, còn gọi là ICP hay Care Plan): Là kế hoạch cho biết những dịch vụ nào quý vị sẽ cần dùng và quý vị sẽ dùng những dịch vụ đó như thế nào. Kế hoạch của quý vị có thể sẽ bao gồm các dịch vụ y tế, dịch vụ sức khỏe hành vi, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn.

Kế hoạch Chăm sóc: Xem “Kế hoạch Chăm sóc Riêng”.

Kháng cáo: Cách để quý vị chính thức phản đối hành động của chúng tôi khi quý vị cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định bảo hiểm bằng cách nộp đơn kháng cáo. Chương 9 sẽ giải thích về các kháng cáo, bao gồm cách tiến hành kháng cáo.

Khiếu nại: Tuyên bố bằng văn bản hoặc lời nói cho biết quý vị gặp vấn đề hoặc có quan ngại về các dịch vụ hoặc chăm sóc được bảo hiểm của quý vị. Trong đó bao gồm các quan ngại về chất lượng dịch vụ, chất lượng chăm sóc của quý vị, các nhà cung cấp hoặc nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. Tên chính thức cho “đưa ra phản nàn” là “nộp đơn than phiền”

Khu vực dịch vụ: Khu vực địa lý nơi chương trình chăm sóc sức khỏe chấp nhận các hội viên nếu chương trình giới hạn tư cách hội viên dựa trên nơi mà họ sống. Đối với các chương trình có hạn chế những bác sĩ và bệnh viện nào quý vị có thể sử dụng, thông thường đó cũng là vùng mà quý vị có thể nhận được các dịch vụ định kỳ (không phải cấp cứu). Chỉ những người sống tại khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi mới có thể nhận Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.

Mạng lưới: Một nhóm bác sĩ, bác sĩ chuyên khoa, nhà thuốc, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Nhóm này được gọi là “mạng lưới.”

Medi-Cal: Đây là tên gọi của chương trình Medicaid tại California. Medi-Cal do tiểu bang điều hành và do chính quyền tiểu bang và liên bang chi trả.

- Chương trình này giúp cho người có thu nhập và nguồn hỗ trợ hạn chế thanh toán các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn và chi phí y tế.
- Chương trình này bảo hiểm cho các dịch vụ và một số thuốc bổ sung mà không được Medicare bảo hiểm.
- Các chương trình Medicaid thay đổi tùy theo từng tiểu bang, nhưng hầu hết các chi phí chăm sóc y tế được bảo hiểm nếu quý vị đủ điều kiện cho cả Medicare và Medicaid.
- Xem Chương 2 để biết thông tin về cách liên lạc với Medi-Cal.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** truy cập duals.anthem.com.



Medi-Cal Cần thiết về mặt y tế: hoặc “sự cần thiết về mặt y khoa” có nghĩa là các hình thức dịch vụ phù hợp và cần thiết để bảo vệ tính mạng, để giữ cho bệnh nhân tránh bị ốm nặng hoặc bị khuyết tật; hoặc để giảm các cơn đau nặng. Nó phù hợp với các tiêu chuẩn thường được chấp thuận về thực hành y tế được hỗ trợ bởi bằng chứng khoa học đáng tin cậy và tài liệu bình duyệt chuyên ngành.

Medicare: Chương trình bảo hiểm y tế của liên bang dành cho những người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi nhưng bị khuyết tật nhất định và người mắc bệnh thận giai đoạn cuối (thường là người suy thận vĩnh viễn cần thẩm tách hoặc cấy ghép thận). Người có Medicare có thể được bảo hiểm sức khỏe Medicare qua chương trình Original Medicare hoặc một chương trình chăm sóc sức khỏe có quản lý (xem “Chương trình Sức khỏe”).

Medicare Advantage Plan: chương trình Medicare, còn được gọi là “Medicare Phần C” hoặc “MA Plan” cung cấp các Chương trình thông qua các công ty tư nhân. Medicare thanh toán cho các công ty này để bảo hiểm các quyền lợi Medicare.

Medicare Phần A: Là chương trình Medicare bảo hiểm cho hầu hết các dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế tại bệnh viện, cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chăm sóc tại nhà và chăm sóc giai đoạn cuối đời.

Medicare Phần B: Là chương trình Medicare bảo hiểm cho các dịch vụ (như xét nghiệm, phẫu thuật, và thăm khám tại bác sĩ) và vật dụng (như xe lăn và khung đi bộ (walker)) cần thiết về mặt y tế để điều trị cho một bệnh hoặc tình trạng. Chương trình Medicare Phần B cũng bảo hiểm nhiều dịch vụ phòng ngừa và tầm soát.

Medicare Phần C: Là Chương trình Medicare cho phép các công ty bảo hiểm y tế tư nhân cung cấp quyền lợi Medicare thông qua một Medicare Advantage Plan.

Medicare Phần D: Chương trình quyền lợi thuốc theo toa của Medicare. (Chúng tôi gọi ngắn gọn chương trình này là “Phần D”.) Phần D sẽ bảo hiểm các loại thuốc theo toa, vắc-xin và một số đồ tiếp liệu khác cho bệnh nhân ngoại trú không được chương trình Medicare Phần A hoặc Phần B hoặc Medi-Cal bảo hiểm. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan bao gồm Medicare Phần D.

Mô hình chăm sóc: Điều phối và lộ trình các hoạt động chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân được cung cấp thông qua nhóm chăm sóc bao gồm bệnh nhân và tất cả những người liên quan trong chăm sóc bệnh nhân.

Mức chia sẻ chi phí theo ngày: Là mức có thể được áp dụng khi bác sĩ của quý vị kê cho quý vị một lượng thuốc ít hơn lượng cấp cho cả tháng của những thuốc nào đó và quý vị phải trả tiền đồng trả. Mức chia sẻ chi phí theo ngày là số tiền đồng trả chia cho số ngày thuốc được cấp của một tháng.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** truy cập duals.anthem.com.



Ví dụ như sau: Giả sử tiền đồng trả cho thuốc của quý vị cho nguồn cấp cho cả tháng (cấp để dùng cho 30 ngày) là \$1.30.. Điều này có nghĩa là số tiền quý vị trả cho thuốc của quý vị cao hơn \$0.04 một chút một ngày. Nếu quý vị nhận được lượng cấp của 7 ngày, thì tiền thanh toán của quý vị sẽ là \$0.04 mỗi ngày nhân cho 7 ngày, ra tổng số là \$0.30.

Ngoại lệ: Sự cho phép nhận khoản bảo hiểm cho một loại thuốc mà thông thường không được bảo hiểm hoặc sử dụng thuốc mà không phải chịu một số quy tắc và giới hạn.

Người ghi danh Medicare-Medi-Cal (Có bảo hiểm của cả hai chương trình): Là người đủ điều kiện hưởng cả bảo hiểm Medicare và Medi-Cal. Người ghi danh chương trình Medicare-Medi-Cal còn được gọi là một “cá nhân hội đủ điều kiện kép.”

Người quản lý hồ sơ: Một đầu mối chính làm việc với quý vị, với chương trình chăm sóc sức khỏe và với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc để đảm bảo quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết.

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP): Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính là bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác mà quý vị đến khám trước tiên cho hầu hết các vấn đề về sức khỏe. Họ sẽ đảm bảo rằng quý vị được hưởng sự chăm sóc cần thiết để luôn khỏe mạnh.

- Người đó cũng có thể nói với các bác sĩ và các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe khác về việc chăm sóc quý vị và giới thiệu quý vị với họ.
- Trong nhiều chương trình sức khỏe Medicare, quý vị phải đến khám với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính trước rồi mới được khám với bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác.
- Xem Chương 3 để biết thêm thông tin về việc nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính.

Nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới: “Nhà cung cấp” là thuật ngữ chung chúng tôi sử dụng để chỉ các bác sĩ, y tá và những người khác cung cấp các dịch vụ và chăm sóc cho quý vị. Thuật ngữ này cũng nói đến các bệnh viện, cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà, các phòng khám, và những nơi khác cung cấp cho quý vị các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thiết bị y tế, và các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn.

- Họ đều được cấp phép hoặc được Medicare và tiểu bang công nhận cho phép cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
- Chúng tôi gọi họ là “nhà cung cấp trong mạng lưới” khi họ đồng ý cộng tác với chương trình sức khỏe, chấp nhận tiền thanh toán của chúng tôi và không bắt hội viên chúng tôi phải trả thêm tiền cho họ.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** truy cập duals.anthem.com.



- Trong thời gian làm hội viên của chương trình chúng tôi, quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp trong mạng để nhận các dịch vụ được bảo hiểm. Nhà cung cấp trong mạng lưới cũng được gọi là "nhà cung cấp dịch vụ của chương trình".

Nhà cung cấp ngoài mạng lưới hoặc Cơ sở ngoài mạng lưới: Là nhà cung cấp hoặc cơ sở không do chương trình chúng tôi tuyển dụng, sở hữu hoặc điều hành và không được hợp đồng để cung cấp các dịch vụ được bảo hiểm cho hội viên của chương trình chúng tôi. Chương 3 giải thích về các nhà cung cấp hoặc cơ sở ngoài mạng lưới.

Nhà điều dưỡng hoặc dưỡng đường: Cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người không thể nhận chăm sóc tại nhà nhưng không cần nhập viện.

Nhà thuốc trong mạng lưới: Là nhà thuốc (hiệu thuốc) đã đồng ý cung cấp thuốc toa cho hội viên chương trình của chúng tôi. Chúng tôi gọi họ là "nhà thuốc trong mạng lưới" vì họ đã đồng ý cộng tác với chương trình chúng tôi. Trong hầu hết các trường hợp, thuốc theo toa của quý vị chỉ được bảo hiểm nếu chúng được mua tại một nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.

Nhân viên hỗ trợ chăm sóc sức khỏe gia đình: Người cung cấp các dịch vụ không cần kỹ năng của y tá hoặc nhà trị liệu được cấp phép, chẳng hạn như giúp chăm sóc cá nhân (như tắm rửa, đi vệ sinh, mặc quần áo hoặc thực hiện các bài tập được chỉ định). Một nhân viên hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tại gia thường không có bằng y tá hoặc không thể trị liệu được.

Original Medicare (Medicare truyền thống hoặc dịch vụ thu phí Medicare): Original Medicare được chính phủ cung cấp. Theo Original Medicare, các dịch vụ Medicare được bảo hiểm bằng cách thanh toán cho các bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác các khoản tiền do Quốc Hội quy định.

- Quý vị có thể khám bệnh với bất kỳ bác sĩ, bệnh viện, hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác có nhận Medicare. Original Medicare có hai phần: Phần A (bảo hiểm bệnh viện) và Phần B (bảo hiểm y tế).
- Original Medicare hiện có sẵn ở mọi nơi tại Hoa Kỳ.
- Nếu không muốn tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị có thể chọn Original Medicare.

Phần A: Xem "Medicare Phần A."

Phần B: Xem "Medicare Phần B."

Phần C: Xem "Medicare Phần C."

Phần Chia sẻ Chi phí: Là phần chi phí chăm sóc sức khỏe của quý vị mà quý vị có thể sẽ phải trả vào mỗi tháng trước khi các quyền lợi Cal MediConnect trở nên có hiệu lực. Mức chia sẻ chi phí của quý vị sẽ thay đổi tùy theo thu nhập và các nguồn hỗ trợ của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** truy cập duals.anthem.com.



Phần D: Xem “Medicare Phần D.”

Phiên Điều trần của Tiểu bang: Nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác yêu cầu cung cấp một dịch vụ Medi-Cal mà chúng tôi không chấp thuận, hoặc chúng tôi không tiếp tục thanh toán cho một dịch vụ Medi-Cal mà quý vị đã nhận rồi, quý vị có thể yêu cầu mở Phiên Điều trần của Tiểu bang. Nếu Phiên Điều trần của Tiểu bang quyết định là quý vị đúng, chúng tôi phải cung cấp cho quý vị dịch vụ mà quý vị đã yêu cầu.

Quality improvement organization (QIO): Nhóm gồm các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác giúp cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc cho những người có Medicare. Họ được chính phủ liên bang trả lương để thực hiện việc kiểm tra và cải tiến dịch vụ chăm sóc cho bệnh nhân. Xem Chương 2 để biết thêm thông tin về cách liên lạc với QIO cho tiểu bang của quý vị.

Quyết định bảo hiểm: Quyết định về các quyền lợi mà chúng tôi bảo hiểm. Trong đó bao gồm các quyết định về những loại thuốc và dịch vụ được bảo hiểm hoặc số tiền mà chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sức khỏe của quý vị. Chương 9 giải thích cách thức yêu cầu chúng tôi có quyết định bảo hiểm.

Rút tên: Quy trình chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi. Việc hủy ghi danh có thể là tự nguyện (lựa chọn của chính quý vị) hoặc không tự nguyện (không phải lựa chọn của chính quý vị).

Sở Quản lý Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe (Department of Managed Health

Care - DMHC): Sở của Tiểu bang California chịu trách nhiệm giám sát các chương trình sức khỏe. DMHC giúp mọi người trong chương trình Cal MediConnect kháng cáo và khiếu nại về các dịch vụ Medi-Cal. DMHC cũng thực hiện việc Đánh giá Y tế Độc lập (IMR).

Sổ tay Hội viên và Thông Tin Tiết lộ: Tài liệu này, cùng với đơn ghi danh của quý vị và bất kỳ tài liệu đính kèm, hoặc phụ lục, giải thích việc bảo hiểm cho quý vị, những việc mà chúng tôi phải làm, các quyền của quý vị, và những việc quý vị phải làm với tư cách là hội viên của chương trình chúng tôi.

Sức khỏe Hành vi: Là thuật ngữ toàn diện chỉ sức khỏe tâm thần và các rối loạn sử dụng được chất.

Than phiền: Một loại khiếu nại quý vị đưa ra về chúng tôi hoặc một trong những nhà cung cấp hoặc nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. Hành động này bao gồm khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc của quý vị, hoặc chất lượng dịch vụ do chương trình sức khỏe của quý vị cung cấp.

Thanh tra (Ombudsman): Văn phòng tại tiểu bang của quý vị hoạt động như một người biện hộ thay cho quý vị. Họ có thể trả lời các câu hỏi nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại và có thể giúp quý vị hiểu phải làm gì. Các dịch vụ của thanh tra là miễn phí. Quý vị có thể tìm thêm thông tin về Cal MediConnect Ombuds Program tại Chương 2 và 9 của sổ tay này.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** truy cập duals.anthem.com.



Thiết bị y tế lâu bền (DME): Các vật dụng nào đó mà bác sĩ yêu cầu cung cấp cho quý vị để sử dụng tại nhà riêng: Ví dụ về các vật dụng này là xe lăn, nạng chống, bộ nệm điện, vật dụng cho bệnh tiểu đường, giường bệnh do một nhà cung cấp đặt hàng để sử dụng tại nhà, bơm truyền tĩnh mạch, thiết bị tạo giọng nói, thiết bị ôxy và vật dụng, máy xông khí và khung tập đi.

Thông tin sức khỏe cá nhân (còn được gọi là Thông tin sức khỏe được bảo vệ) (PHI): Thông tin về quý vị và chương trình sức khỏe của quý vị, như tên, địa chỉ, số an sinh xã hội, các lần thăm khám bác sĩ và tiền sử bệnh. Xem Thông báo Thực hiện Quyền riêng tư của Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan để biết thêm thông tin về cách Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan bảo vệ, sử dụng, và tiết lộ PHI của quý vị, cũng như các quyền của quý vị đối với PHI của quý vị.

Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (SSI): Là tiền trợ cấp hàng tháng của Sở An sinh Xã hội cung cấp cho những người có thu nhập và nguồn hỗ trợ hạn chế bị khuyết tật, mù, hoặc từ 65 tuổi trở lên. Trợ cấp SSI không phải là trợ cấp An sinh Xã hội.

Thuốc chính hiệu: Là thuốc theo toa được sản xuất và bán bởi chính công ty đã sản xuất ra thuốc đó đầu tiên. Thuốc chính hiệu có cùng thành phần như các phiên bản gốc của thuốc đó. Thuốc gốc thường được sản xuất và bán bởi các công ty thuốc khác.

Thuốc được bảo hiểm: Là thuật ngữ chúng tôi dùng để nói đến tất cả các loại thuốc theo toa và thuốc không cần toa (OTC) được chương trình của chúng tôi bảo hiểm.

Thuốc không cần toa (OTC): Thuốc không cần toa là bất kỳ thuốc hoặc loại thuốc nào một người có thể mua mà không cần đơn thuốc từ chuyên gia chăm sóc sức khỏe.

Thuốc Medicare Phần D: Là các thuốc được bảo hiểm theo Medicare Phần D. Quốc hội đã loại bỏ cụ thể một số loại thuốc nhất định ra khỏi phạm vi bảo hiểm của thuốc Phần D. Medi-Cal có thể bảo hiểm cho một số thuốc này.

Thuốc Phần D: Xem “Thuốc Medicare Phần D.”

Thuốc thế phẩm: Thuốc kê toa bác sĩ được chính phủ liên bang phê duyệt để sử dụng thay thế thuốc biệt dược. Một thuốc thế phẩm cũng có những thành phần tương tự như loại thuốc biệt dược. Thuốc này thường rẻ hơn và có hiệu quả tương đương với thuốc chính hiệu.

Tiền đồng trả: Là số tiền cố định mà quý vị phải trả dưới hình thức chia sẻ chi phí mỗi lần quý vị nhận các thuốc theo toa. Ví dụ, quý vị có thể trả \$2 hoặc \$5 cho một dịch vụ hoặc thuốc theo toa.

Trị liệu từng bước: Một quy tắc bảo hiểm yêu cầu quý vị thử một loại thuốc khác trước tiên trước khi chúng tôi bảo hiểm loại thuốc mà quý vị đang yêu cầu.

Trợ Cấp thu nhập thấp (LIS): Xem “Trợ giúp Thêm”.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** truy cập duals.anthem.com.



Trợ Giúp Bổ Sung: Chương trình Medicare giúp những người có thu nhập và các nguồn lực hạn chế giảm các chi phí thuốc theo toa Medicare Phần D, chẳng hạn như tiền bảo hiểm, các khoản khấu trừ và tiền đồng trả. Trợ cấp Đặc biệt còn được gọi là “Trợ cấp Thu nhập Thấp” hoặc “LIS” (Low-Income Subsidy).

Trung tâm phẫu thuật ngoại trú: Cơ sở cung cấp dịch vụ phẫu thuật ngoại trú cho bệnh nhân không cần chăm sóc tại bệnh viện và dự kiến không cần trên 24 giờ chăm sóc.

Ví dụ như sau: Giả sử tiền đồng trả cho thuốc của quý vị cho nguồn cấp cho cả tháng (cấp để dùng cho 30 ngày) là \$1.30. Điều này có nghĩa là số tiền quý vị trả cho thuốc của quý vị cao hơn \$0.04 một chút một ngày. Nếu quý vị nhận được lượng cấp của 7 ngày, thì tiền thanh toán của quý vị sẽ là \$0.04 mỗi ngày nhân cho 7 ngày, ra tổng số là \$0.30.

Xác định của tổ chức: Chương trình ra quyết định của tổ chức khi chương trình hoặc một trong các nhà cung cấp của chương trình, ra quyết định về việc dịch vụ có được bảo hiểm hay không hoặc quý vị sẽ phải chi trả bao nhiêu cho các dịch vụ được bảo hiểm. Xác định của tổ chức được gọi là “quyết định trả bảo hiểm” trong sổ tay này. Chương 9 giải thích cách thức yêu cầu chúng tôi có quyết định bảo hiểm.



Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan Ban Dịch vụ Hội viên (Member Services)

GỌI	1-855-817-5785 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối Ban Dịch vụ Hội viên cũng có sẵn dịch vụ phiên dịch ngôn ngữ miễn phí cho người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối
VIẾT THƯ	Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan MMP Member Services 12900 Park Plaza Drive, Suite 150, Mailstop 6150 Cerritos, CA 90703-9329
TRANG WEB	duals.anthem.com

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan theo số 1-855-817-5785 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy cập duals.anthem.com.



Quý vị có thắc mắc?

Gọi cho chúng tôi theo số **1-855-817-5785** (TTY: **711**),
Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
Cuộc gọi được miễn phí. Hoặc truy cập **duals.anthem.com**.



Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) là một chương trình sức khỏe có hợp đồng với cả Medicare lẫn Medi-Cal để cung cấp các quyền lợi của cả hai chương trình cho người ghi danh. Anthem Blue Cross là tên thương mại của Blue Cross of California. Anthem Blue Cross và Blue Cross of California Partnership Plan, Inc. là các tổ chức được cấp phép độc lập của Blue Cross Association. ANTHEM là thương hiệu đã đăng ký của Anthem Insurance Companies, Inc.