



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 Thành viên

Ngày 1 tháng 1 năm 2022 – Ngày 31 tháng 12 năm 2022

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

Giới thiệu Sổ tay Thành viên

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 2022. 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 kê 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 viện dưỡng lão hoặc bệnh viện. Các thuật ngữ chính và định nghĩa theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ tay Thành viên*.

Đây là một tài liệu pháp lý quan trọng. Hãy cất giữ nó ở nơi an toàn.

Cal MediConnect Plan được cung cấp bởi Anthem Blue Cross. Khi *Sổ tay Thành 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

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

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 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 trực tuyến tại duals.anthem.com.



Mục lục

Chương 1: Bắt đầu với vai trò thành 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 các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ được đài thọ khác của quý vị.....	36
Chương 4: Bảng Quyền lợi	60
Chương 5: Nhận thuốc kê toa cho bệnh nhân ngoại trú thông qua chương trình.....	108
Chương 6: Những gì quý vị trả cho các thuốc kê toa Medicare và Medi-Cal của quý vị.....	128
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 đài thọ	139
Chương 8: Quyền và trách nhiệm của quý vị	145
Chương 9: Phải làm sao khi quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)	164
Chương 10: Kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi.....	219
Chương 11: Thông báo pháp lý.....	229
Chương 12: Định nghĩa các từ ngữ quan trọng.....	232



Tuyên bố miễn trách nhiệm

- ❖ Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) là chương trình bảo hiểm y tế 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 mại dành cho Blue Cross of California. Anthem Blue Cross và Blue Cross of California Partnership Plan, Inc. là các bên được cấp phép độc lập của Blue Cross Association. ANTHEM thương hiệu đã đăng ký của Anthem Insurance Companies, Inc.
- ❖ 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 Giá phải chăng (ACA). Truy cập trang web Sở Thuế Vụ (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.
- ❖ IngenioRx, Inc. là một công ty độc lập cung cấp các dịch vụ quản lý quyền lợi nhà thuốc thay mặt cho chương trình bảo hiểm y tế của quý vị.



Chương 1: Bắt đầu với vai trò thành viên

Giới thiệu

Chương này bao gồm thông tin về Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, một chương trình bảo hiểm y tế đài thọ tất cả dịch vụ Medicare và Medi-Cal của quý vị, bao gồm tư cách thành 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 Thành viên*.

Mục lục

A. Chào mừng 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 điều kiện gì thì mới được làm thành viên của chương trình	9
F. Điều gì sẽ xảy ra khi quý vị mới tham gia một chương trình bảo hiểm y tế	9
G. Nhóm 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 Thành viên</i>	12
J. Thông tin khác quý vị sẽ nhận được từ chúng tôi	12
J1. Thẻ ID Thành 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 Đài thọ</i>	14
J4. <i>Giải thích Quyền lợi</i>	14

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 thành viên của quý vị cập nhật	15
K1. Quyền riêng tư về thông tin sức khỏe cá nhân (PHI)	15



A. Chào mừng 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 này cũng có các người quản lý hồ sơ và nhóm 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 thành 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 y tế của liên bang dành cho:

- Người từ 65 tuổi trở lên,
- Một số người 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 đài thọ cho các dịch vụ và thuốc theo toa bổ sung mà không được Medicare đài thọ.

Mỗi tiểu bang quyết định:

- cái gì được coi là thu nhập và nguồn lực,
- ai đủ điều kiện,
- dịch vụ nào được đài thọ, **và**
- chi phí cho các dịch vụ nào.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 tiểu bang có thể quyết định cách thức vận hành chương trình của mình, miễn là họ tuân thủ các quy tắc 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 điều kiện hội đủ 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 đài thọ của mình từ Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, bao gồm các loại thuốc kê toa. **Quý vị không phải trả thêm tiền để được tham gia chương trình bảo hiểm y tế 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 bảo hiểm y tế cho **tất cả** nhu cầu bảo hiểm sức khỏe của quý vị.
- Quý vị sẽ có một nhóm chăm sóc sức khỏe do chính quý vị góp phần chọn lựa. Nhóm chăm sóc sức khỏe này có thể bao gồm bản thân quý vị, người chăm sóc của quý vị, các bác sĩ, y tá, cố vấn, hoặc các nhân viên y tế khác.
- Quý vị được quyền tiếp cận với một người quản lý hồ sơ. Đây là người sẽ làm việc với quý vị, với Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, và nhóm 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 nhóm chăm sóc và người quản lý hồ sơ của quý vị.
- Nhóm 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. Nhóm chăm sóc sẽ giúp điều phối các dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần. Điều này có nghĩa là, ví dụ như:
 - Nhóm 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 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.
 - Nhóm 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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. Khu vực dịch vụ của Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

Khu vực dịch vụ của chúng tôi bao gồm các quận sau đây tại California: Quận Santa Clara.

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

Nếu quý vị dọn ra khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi, quý vị không thể tiếp tục ở lại với chương trình này. Tham khảo 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 hệ với cán sự giám định điều kiện hội đủ (eligibility worker) tại quận địa phương của quý vị.

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

E. Quý vị phải hội đủ điều kiện gì thì mới được làm thành viên của chương trình

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

- Sống trong khu vực 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 hội đủ điều kiện tham gia Medi-Cal, **và**
- Là công dân Hoa Kỳ hoặc cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ.

Có thể sẽ có thêm những quy tắc khác nữa về điều kiện hội đủ 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 bảo hiểm y tế

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

Chúng tôi được yêu cầu thực hiện cuộc HRA cho quý vị. Cuộc HRA sẽ là nền tảng để thiết lập chương trình chăm sóc cá nhân (ICP) cho quý vị. Cuộc HRA sẽ có những câu hỏi để xác định nhu cầu về y tế, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS), và các nhu cầu về sức khỏe hành vi và hoạt động.

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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



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 nếu tất cả các tiêu chí sau đây đều được thỏa mãn:

- Quý vị, người đại diện của quý vị, hoặc nhà cung cấp dịch vụ của quý vị trực tiếp yêu cầu chúng tôi được tiếp tục khám bệnh với nhà cung cấp dịch vụ 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 ngoài 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.
 - Chúng tôi có 3 ngày theo lịch để phản hồi yêu cầu của quý vị nếu quý vị có nguy cơ sẽ bị tổn hại do dịch vụ chăm sóc của quý vị bị gián đoạn.
 - Quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ 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 thể 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 dịch vụ khác trong mạng lưới của 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 bảo hiểm y tế này. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (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. Tham khảo Chương 3 để biết thêm thông tin về việc nhận dịch vụ chăm sóc.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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. Nhóm 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? Nhóm chăm sóc có thể giúp quý vị. Nhóm 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 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 nhóm chăm sóc.

G2. Kế hoạch Chăm sóc

Nhóm chăm sóc của quý vị sẽ bàn bạc với quý vị để thiết lập 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 hành vi, 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 được đánh giá sức khỏe, nhóm chăm sóc của quý vị sẽ đến 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. Nhóm 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 tiền phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 Thành viên

Sổ tay Thành 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 tắc trong tài liệu này. Nếu quý vị nghĩ chúng tôi đã làm việc gì đó trái với các quy tắc này, quý vị có thể kháng nghị hoặc chính thức phản đối hành động của chúng tôi. Để biết thêm thông tin về cách kháng nghị, tham khảo Chương 9, hoặc gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Quý vị có thể yêu cầu Sổ tay Thành 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 tham khảo Sổ tay Thành 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 2022 cho đến 31 tháng 12 năm 2022.

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

Quý vị chắc đã nhận được Thẻ ID Thành 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 Đãi thọ*.

J1. Thẻ ID Thành 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 nào đó, và thuốc kê toa. Quý vị phải trình thẻ này khi nhận bất cứ dịch vụ hoặc thuốc kê toa nào. Sau đây là thẻ mẫu để quý vị biết thẻ của quý vị sẽ ra sao:

Anthem BlueCross Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) MedicareRx Prescription Drug Coverage Member Name: John Q. Sample Member ID: 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 RxBIN: 020115 RxPCN: IS RxGRP: WKSA RxDID: 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: 1-855-278-4204 (TTY 711) 24/7 NurseLine: 1-800-224-0336 (TTY 711) Help for Pharmacists: 1-833-377-4266 Transportation Services: 1-888-325-1024 (TTY 711) Outpatient (OP) Authorizations: Medical Group Auth. Phone Number Website: duals.anthem.com Send claims to: P.O. Box 366, Artesia, CA 90702-0366 Claim Inquiry: 1-888-291-1358 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 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, xin 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 thành 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 Thành 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. Tham khảo 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 thành viên của chương trình chúng tôi, quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp dịch vụ trong mạng để nhận các dịch vụ được đài thọ. Có một số trường hợp ngoại lệ khi quý vị lần đầu tham gia chương trình của chúng tôi (tham khảo trang 9).

Quý vị có thể yêu cầu *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* 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. Quý vị cũng có thể xem *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* tại duals.anthem.com hoặc tải về từ trang web này.

Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc liệt kê các chuyên gia chăm sóc sức khỏe (như bác sĩ, y tá hành nghề, 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 thành 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 kê 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 thành 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, 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.

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 đài thọ dưới dạng trả dứt một lần.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



Định nghĩa nhà thuốc trong mạng lưới

- Nhà thuốc trong mạng lưới là các nhà thuốc (hiệu thuốc) đã đồng ý cung cấp thuốc kê toa cho thành 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 kê 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 Đãi thọ

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

Danh sách Thuốc cũng cho quý vị biết có quy tắc 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. Tham khảo Chương 5 để biết thêm thông tin về các quy tắc 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 đãi thọ, truy cập duals.anthem.com hoặc gọi **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 kê toa Phần D của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản tóm tắt để giúp quý vị hiểu và theo dõi các khoản tiền chi trả cho thuốc theo toa Phần D của quý vị. Bản tóm tắt này được gọi là tờ *Bảng Giải thích Quyền lợi Bảo hiểm* (EOB).

Tờ EOB này cho quý vị biết tổng số tiền mà quý vị, hoặc người khác thay mặt cho quý vị, đã chi cho các thuốc kê toa Phần D của quý vị và tổng số tiền mà chúng tôi đã trả cho mỗi loại thuốc kê toa Phần D của quý vị trong tháng đó. EOB có thêm thông tin về thuốc quý vị dùng. Chương 6 cho biết thêm thông tin về EOB này và nó có thể giúp quý vị theo dõi việc đãi thọ cho thuốc của quý vị như thế nào.

EOB tóm tắt cũng được cung cấp theo yêu cầu của quý vị. Để nhận một bản sao, 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 thành viên của quý vị cập nhật

Quý vị có thể giữ cho hồ sơ thành viên 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 và nhà thuốc trong mạng lưới của chương trình cần được biết thông tin chính xác về quý vị. **Họ sẽ sử dụng hồ sơ thành viên của quý vị để biết những dịch vụ và loại thuốc nào quý vị nhận được và quý vị sẽ tốn bao nhiêu.** Do đó, điều cực kỳ quan trọng là quý vị giúp chúng tôi giữ cho thông tin của quý vị luôn được cập nhật.

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 sức khỏe nào khác, ví dụ như bảo hiểm do chủ lao động của quý vị cung cấp, bảo hiểm do chủ lao động của vợ/chồng quý vị cung cấp, hoặc bảo hiểm do chủ lao động của bạn tình sống chung của quý vị cung cấp hay tiền bồi thường cho người lao động chẳng hạn.
- Bất kỳ yêu cầu trách nhiệm nào, chẳng hạn như yêu cầu thanh toán từ một vụ tai nạn xe hơi.
- Vào một viện dưỡng lão 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.

Nếu thay đổi bất cứ thông tin nào, vui lòng cho chúng tôi biết 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.

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

Thông tin trong hồ sơ thành 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, tham khảo Chương 8.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 hệ về các nguồn trợ giúp 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 hệ với người quản lý hồ sơ 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 Thành viên*.

Mục lục

A. Cách liên hệ Ban Dịch vụ Hội viên Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan	18
A1. Khi cần Liên hệ Ban Dịch vụ Hội viên	18
B. Cách liên hệ với Người quản lý Hồ sơ của quý vị.....	23
B1. Khi cần liên hệ với người quản lý hồ sơ của quý vị	24
C. Cách liên hệ Đường dây Y tá 24/7	25
C1. Khi cần liên hệ Đường dây Y tá 24/7	25
D. Cách liên hệ Behavioral Health Crisis Line	26
D1. Khi cần liên hệ Behavioral Health Crisis Line	26
E. Làm sao để liên hệ với Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)	27
E1. Khi cần liên hệ HICAP	27
F. Cách liên hệ Tổ chức Cải tiến Chất lượng (QIO).....	28
F1. Khi cần liên hệ với Livanta BFCC-QIO	28
G. Cách liên hệ Medicare	29
H. Làm sao để liên hệ với Medi-Cal Health Care Options	30
I. Cách liên hệ Cal MediConnect Ombuds Program	31
J. Cách liên hệ County Social Services	32

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 hệ County Specialty Mental Health Plan	33
K1. Liên hệ chương trình sức khỏe tâm thần chuyên khoa của quận để:	33
L. Cách liên hệ California Department of Managed Health Care	34
M. Các nguồn lực khác	35



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

GỌI	1-855-817-5785 Cuộc gọi này 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 này miễn phí. Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối
FAX	1-888-426-5087
GỬI THƯ	Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan MMP Member Services 12900 Park Plaza Drive, Suite 150 Mailstop: 6150 Cerritos, CA 90703-9329
TRANG MẠNG	duals.anthem.com

A1. Khi cần Liên hệ Ban Dịch vụ Hội viên

- Thắc mắc về chương trình
- Thắc mắc về các yêu cầu thanh toán, việc ghi hóa đơn hoặc Thẻ ID Thành 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 đài thọ của quý vị, **hoặc**
 - Số tiền chúng tôi sẽ trả cho dịch vụ y tế 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, tham khảo Chương 9.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 này 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 này miễn phí. Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối
GỬI THƯ	Utilization Management 12900 Park Plaza Drive, Suite 150 Mailstop: 7120 Cerritos, CA 90703-9329

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

GỌI	1-833-370-7466 Cuộc gọi này 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 này miễn phí. 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần
GỬI THƯ	Attention: Pharmacy Department P.O. Box 47686 San Antonio, TX 78265-8686

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 hệ với chúng tôi để đưa ra khiếu nại, phản nàn hoặc kháng nghị (thuốc kê toa và y tế)

GỌI	<u>Đối với Phần C (y tế) gọi:</u> 1-855-817-5785 <u>Đối với Phần D (thuốc kê toa) gọi:</u> 1-833-370-7466 Đối với Phần C (y tế): Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối Đối với Phần D (thuốc kê 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 này miễn phí. Đối với Phần C (y tế): Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối Đối với Phần D (thuốc kê toa): 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần
GỬI THƯ	Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan Complaints, Appeals & Grievances 4361 Irwin Simpson Road Mailstop: OH0205-A537 Mason, OH 45040

- Kháng nghị về chăm sóc sức khỏe của quý vị
 - Kháng nghị là một biện pháp chính thức yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định của chúng tôi về việc đài thọ 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 nghị, tham khảo Chương 9.
- Khiếu nại về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
 - Quý vị có thể đưa ra 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 bảo hiểm y tế này. Quý vị cũng có thể đưa ra khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được cho chúng tôi hoặc lên Tổ chức Cải tiến Chất lượng (tham khảo 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 quý vị có thắc mắc, xin 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 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 đưa ra kháng nghị (tham khảo 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 biểu mẫu trực tuyến tại www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Hoặc quý vị có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để yêu cầu trợ giúp.
- Quý vị có thể đưa ra khiếu nại 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, tham khảo 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 đài thọ 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 kê toa Medi-Cal của quý vị.
 - Để biết thêm về quyết định bảo hiểm đối với thuốc kê toa của quý vị, tham khảo Chương 9.
- Kháng nghị về các loại thuốc của quý vị
 - Kháng nghị là biện pháp yêu cầu chúng tôi thay đổi một quyết định bảo hiểm.
 - Để nộp đơn kháng nghị, 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 nghị đối với thuốc kê toa của quý vị, tham khảo Chương 9.
- Khiếu nại về các loại thuốc của quý vị
 - Quý vị có thể khiếu nại về chúng tôi hoặc bất cứ nhà thuốc nào. Quý vị cũng có thể khiếu nại về các thuốc kê toa của quý vị.
 - Nếu khiếu nại của quý vị là về một quyết định bảo hiểm của chúng tôi cho thuốc kê toa của quý vị, quý vị có thể đưa ra kháng nghị. (Tham khảo mục bên trên.)

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 gửi đơn khiếu nại về Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan cho Medicare. Quý vị có thể sử dụng biểu mẫu trực tuyến tại www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Hoặc quý vị có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để yêu cầu trợ giúp.
- Để biết thêm về việc khiếu nại đối với thuốc kê toa của quý vị, tham khảo 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, tham khảo 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 nghị quyết định của chúng tôi. Tham khảo Chương 9 để biết thêm về các kháng nghị.

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 này 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 này miễn phí. Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối
GỬI THƯ	CareMore Health P.O. Box 366 Artesia, CA 90702-0366

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

GỌI	1-833-370-7466 Cuộc gọi này 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 này miễn phí. 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 THƯ

IngenioRx
 ATTN: Claims Department - Part D Services
 P.O. Box 52077
 Phoenix, AZ 85072-2077

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 thành 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 hệ 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	1-855-817-5785 Cuộc gọi này miễn phí. Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói được Tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi này miễn phí. Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều
GỬI THƯ	Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan Case Management 12900 Park Plaza Drive, Suite 150 Mailstop: 7120 Cerritos, CA 90703-9329
TRANG MẠNG	duals.anthem.com

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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. Khi cần liên hệ với người quản lý hồ sơ của quý vị

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

LTSS bao gồm Dịch vụ dành cho Người trưởng thành trong Cộng đồng (Community-Based Adult Services, CBAS) và Cơ sở Điều dưỡng (Nursing Facilities, 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 đi lại. 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 về điều kiện hội đủ 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**), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối để biết thông tin bổ sung các yêu cầu về hội đủ 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 trưởng thành trong Cộng đồng (CBAS)
- Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn,
- Vật lý trị liệu,
- Trị liệu vận động,
- Trị liệu âm ngữ,
- Các dịch vụ xã hội y tế, và
- Chăm sóc sức khỏe tại nhà.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 hệ Đường dây Y tá 24/7

Đường dây Y tá 24/7 luôn sẵn sàng xử lý các thắc mắc và quan ngại về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Đường dây Y tá 24/7 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 nghỉ lễ. Bất kể là ngày hay đêm, quý vị đều có thể trao đổi với một y tá bằng cách gọi Đường dây Đường dây Y tá 24/7.

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

C1. Khi cần liên hệ Đường dây Y tá 24/7

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

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 hệ Behavioral Health Crisis Line

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

D1. Khi cần liên hệ Behavioral Health Crisis Line

- Hỏi về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi và lạm dụng chất kích thích
 - 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, tham khảo trang 33.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 hệ với Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)

Chương trình Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) tư vấn miễn phí về bảo hiểm sức khỏe cho người có Medicare. Các cố vấn 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 cố vấn cho tất cả các quận, và các dịch vụ của họ đều miễn phí.

HICAP không kết nối với bất cứ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm y tế nào.

GỌI	1-800-434-0222 Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều
GỬI THƯ	Santa Clara HICAP Office 2115 The Alameda San Jose, CA 95126
TRANG MẠNG	www.mysourcewise.com

E1. Khi cần liên hệ HICAP

- Thắc mắc về chương trình Cal MediConnect hoặc thắc mắc khác về Medicare khác
 - Cố vấn 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, xin 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. Cách liên hệ Tổ chức Cải tiến Chất lượng (QIO)

Tiểu bang có một tổ chức có tên Tổ chức Cải tiến Chất lượng Chăm sóc lấy Trọng tâm là Gia đình và Đối tượng Thụ hưởng Livanta (BFCC-QIO). Đây là một nhóm các bác sĩ và chuyên gia y tế khác nhằm giúp cải thiện chất lượng 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.
GỬI THƯ	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
TRANG MẠNG	www.livantaqio.com

F1. Khi cần liên hệ với Livanta BFCC-QIO

- Thắc mắc về việc chăm sóc sức khỏe của quý vị
 - Quý vị có thể đưa ra khiếu nại về dịch vụ chăm sóc quý vị đã nhận được nếu quý vị:
 - gặp vấn đề về chất lượng chăm sóc,
 - nghỉ thời gian nằm viện của quý vị kết thúc 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, xin 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 hệ Medicare

Medicare là chương trình bảo hiểm y tế của 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 (suy thận vĩnh viễn cần lọc 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 này 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 MẠNG	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. Trên đây cũng có thông tin về các bệnh viện, viện dưỡng lão, bác sĩ, các cơ sở y tế chăm sóc tại nhà và các cơ sở lọc thận, cơ sở phục hồi chức năng nội trú và cơ sở chăm sóc cuối đời. Nó bao gồm các trang web và số điện thoại hữu ích. Trang web này cũng có các cẩm nang mà quý vị có thể in ra trực tiếp từ máy tính của mình. Nếu quý vị không có máy tính, thư viện hoặc trung tâm người cao tuổi tại địa phương của quý vị có thể giúp quý vị truy cập trang web này bằng máy 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 các thông tin đó trên trang web, in ra và gửi nó cho quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 hệ 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 chương trình Cal MediConnect 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 giờ sáng đến 6:00 giờ 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.
GỬI THƯ	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
TRANG MẠNG	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 hệ Cal MediConnect Ombuds Program

Cal MediConnect Ombuds Program hoạt động như một người ủng 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 bảo hiểm y tế nào. Các dịch vụ của họ đều miễn phí.

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

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 hệ County Social Services

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

GỌI	1-877-962-3633 Cuộc gọi này miễn phí. Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều
GỬI THƯ	1888 Senter Road San Jose, CA 95112
TRANG MẠNG	www.sccgov.org/sites/ssa/Pages/default.aspx

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 hệ 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 (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 này miễn phí. 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần, kể cả các ngày nghỉ lễ Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho những người không nói được Tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi này miễn phí. 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần

K1. Liên hệ chương trình sức khỏe tâm thần chuyên khoa của quận để:

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

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 hệ California Department of Managed Health Care

California Department of Managed Health Care (DMHC) chịu trách nhiệm quy định cho các chương trình bảo hiểm y tế. Trung tâm Trợ giúp của DMHC có thể giúp quý vị kháng nghị hoặc khiếu nại chương trình bảo hiểm y tế 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.
TDD	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.
GỬI THƯ	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
FAX	1-916-255-5241
TRANG MẠNG	www.dmhca.gov

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.

Địa chỉ: 1300 National Drive, Suite 200

Sacramento, CA 95834-1992

Gọi: 1-916-419-7500

TTY: 1-800-735-2929

Trang web: 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

Trang web: www.aging.ca.gov/Providers_and_Partners/Area_Agencies_on_Aging/

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 mạng: 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 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: www.mealsonwheelsamerica.org/find-meals

California Senior Centers

Các California Senior Centers giúp người Mỹ nhận được nhiều dịch vụ cho người già.

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

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ được đài thọ khác của quý vị

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 đài thọ 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 hồ sơ từ các loại nhà cung cấp khác nhau và trong một số hồ sơ 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 đài thọ 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 Thành viên*.

Mục lục

A. Thông tin về các “dịch vụ,” “dịch vụ được đài thọ,” “nhà cung cấp,” và “nhà cung cấp trong mạng lưới”	38
B. Các quy tắc 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	38
C. Thông tin về người quản lý hồ sơ của quý vị	41
C1. Người quản lý hồ sơ là ai	41
C2. Quý vị có thể liên hệ với Người quản lý hồ sơ của quý vị bằng cách nào	41
C3. Quý vị có thể thay đổi Người quản lý hồ sơ của quý vị bằng cách nào	41
D. Chăm sóc từ nhà cung cấp dịch vụ 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	41
D1. Dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính	41
D2. Chăm sóc từ các bác sĩ chuyên khoa và nhà cung cấp khác trong mạng lưới	44
D3. Phải làm gì khi nhà cung cấp trong mạng lưới rời khỏi chương trình	45
D4. Cách nhận chăm sóc từ nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới	46
E. Làm sao để được nhận các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS)	47

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 được nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và rối loạn do lạm dụng được chất)	48
F1. Những dịch vụ sức khỏe hành vi tâm thần Medi-Cal nào được cung cấp ngoài Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan qua ở Sở Dịch vụ Sức khỏe Hành vi Quận Santa Clara (Santa Clara County Behavioral Health Services Department)	48
G. Làm sao để được nhận các dịch vụ vận chuyển	49
H. Làm sao để được nhận dịch vụ được đài thọ khi quý vị có nhu cầu chăm sóc khẩn cấp hoặc cấp cứu y tế, hay khi gặp tai họa.....	51
H1. Chăm sóc khi quý vị cần cấp cứu y tế	51
H2. Chăm sóc khẩn cấp cần thiết	53
H3. Chăm sóc khi gặp tai họa	53
I. Cần phải làm gì nếu quý vị bị ghi hóa đơn trực tiếp cho các dịch vụ được chương trình đài thọ	54
I1. Cần phải làm gì khi các dịch vụ đó không được chương trình chúng tôi đài thọ	54
J. Bảo hiểm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị khi quý vị tham gia nghiên cứu lâm sàng.....	55
J1. Định nghĩa nghiên cứu lâm sàng	55
J2. Thanh toán các dịch vụ khi quý vị tham gia nghiên cứu lâm sàng.....	55
J3. Tìm hiểu thêm về các nghiên cứu lâm sàng	56
K. Làm thế nào để các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ được đài thọ khi quý vị sống trong tổ chức chăm sóc sức khỏe không phải là y tế của tôn giáo	56
K1. Định nghĩa tổ chức chăm sóc sức khỏe không phải là y tế của tôn giáo	56
K2. Nhận chăm sóc từ tổ chức chăm sóc sức khỏe không phải là y tế của tôn giáo	56
L. Thiết bị Y tế Lâu bền (DME)	57
L1. DME với tư cách thành viên của chương trình chúng tôi.....	57
L2. Quyền sở hữu DME khi quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc Medicare Advantage	58
L3. Quyền lợi thiết bị ôxy với tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi.....	59
L4. Thiết bị ôxy khi quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc Medicare Advantage	59

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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. Thông tin về các “dịch vụ,” “dịch vụ được đài thọ,” “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 kê toa và thuốc mua không cần toa, thiết bị và các dịch vụ khác.

Dịch vụ được đài thọ 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 đài thọ 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, 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 bảo hiểm y tế 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 đài thọ.

B. Các quy tắc 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 đài thọ 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, 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, và LTSS mà quý vị sử dụng nếu quý vị tuân thủ các quy tắc của chương trình. Để được chương trình của chúng tôi đài thọ:

- 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 tế**. Một số các dịch vụ liệt kê trong Bảng Quyền lợi Y tế được đài thọ 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 đài thọ 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 tắc của Medicare. Thứ hai, thường có các tiêu chuẩn được chấp nhận trong thực hành y khoa.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 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 dịch vụ đó đúng chỗ với tuần suất phù hợp. 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 Lọc máu thận bên ngoài khu vực dịch vụ. Để tìm một nhà cung cấp trong chương trình của chúng tôi, xem *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* trực tuyến 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 phê duyệt 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)** trong mạng lưới yêu cầu sử dụng dịch vụ đó cho quý vị hoặc bảo quý vị đi khám chữa tại một bác sĩ khác. Là thành 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 phê duyệt trước trước khi quý vị có thể thăm khám bất kỳ ai không phải là PCP của quý vị hoặc sử dụng các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình. Điều này được gọi là **giới thiệu**. Nếu quý vị không được phê duyệt, Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan có thể không đài thọ 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, tham khảo trang 43.
 - 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 cấp cần 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 điều này, tham khảo trang 43.
- Để tìm hiểu thêm về việc chọn một PCP, tham khảo trang 42.
- **Quý vị phải sử dụng dịch vụ chăm sóc của các nhà cung cấp trong mạng lưới có liên kết với nhóm y tế của PCP của quý vị.** Thông thường, chương trình sẽ không đài thọ cho dịch vụ chăm sóc của một nhà cung cấp không cộng tác với chương trình bảo hiểm y tế và nhóm y tế của PCP của quý vị. Dưới đây là một số trường hợp không áp dụng quy tắc 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 là gì, tham khảo Mục H, trang 51.
 - Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc mà chương trình của chúng tôi đài thọ 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 đài thọ dịch vụ chăm sóc miễn phí cho quý vị. Để tìm hiểu về việc xin phê duyệt cho nhà cung cấp ngoài mạng lưới, tham khảo Mục D, trang 46.
 - Chương trình sẽ đài thọ cho các dịch vụ lọc máu 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 máu 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 (tham khảo 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 đài thọ 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 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 hồ sơ 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 hệ với Người quản lý hồ sơ của quý vị bằng cách nào

Liên hệ với người quản lý hồ sơ bằng cách gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên. Trong nhiều hồ sơ, người quản lý hồ sơ có thể cung cấp cho quý vị thông tin liên hệ 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 dịch vụ 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. Dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính

Quý vị phải chọn một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



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 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
- Bác sĩ sản phụ khoa (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 mục 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 này miễn phí.

Khi quý vị chọn PCP của mình, quý vị cũng sẽ chọn (các) bệnh viện và (các) mạng lưới chuyên khoa có liên kết với PCP của quý vị. Khi quý vị chọn một PCP, quý vị sẽ được giới thiệu đến các bác sĩ chuyên khoa, 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 được trợ giúp chọn PCP, quý vị cũng 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. Cuộc gọi này 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 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 thay đổi PCP của mình vì bất cứ lý do nào, vào bất kỳ 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 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 này miễn phí. Khi quý vị gọi, đảm bảo thông báo cho Ban Dịch vụ Hội viên nếu quý vị sẽ sử dụng một bác sĩ chuyên khoa 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 đài thọ khác mà cần phải có sự phê duyệt 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 Thành 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 phê duyệt trước từ PCP của mình

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

- 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, xin 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 cấp cần 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 khu vực dịch vụ của chương trình).
- Các dịch vụ lọc máu 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. (Xin gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên trước khi quý vị rời khỏi khu vực dịch vụ. Chúng tôi có thể giúp quý vị chạy thận nhân tạo khi quý vị đi xa.)
- Chích ngừa cúm và vắc-xin COVID-19 cũng như 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.
- Dịch vụ chăm sóc sức khỏe phụ nữ định kỳ và kế hoạch hóa gia đình. Các dịch vụ này bao gồm khám vú, chụp quang tuyến vú tầm soát (chụp X-quang nhũ), các xét nghiệm 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 y tế của Người Mỹ Bản địa, 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:

- Bác sĩ chuyên khoa ung thư điều trị cho người bị bệnh ung thư.
- Bác sĩ chuyên khoa tim mạch điều trị cho người bị bệnh tim.
- Bác sĩ chuyên khoa chỉnh hình điều trị cho người bị bệnh xương, bệnh khớp, hoặc các bệnh về 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, tham khảo Bảng Quyền lợi tại Chương 4.



Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 hệ 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 (phê duyệt trước) trước khi quý vị nhận các dịch vụ từ bác sĩ chuyên khoa, 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 Điều phối, Y tá Hành nghề hoặc bác sĩ chuyên khoa mà quý vị nhận được cho lần khám đầu tiên bao gồm nhiều lần thăm 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 đủ tiêu chuẩn.
- 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 tiêu chuẩn 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 thực hiện sẽ không bị gián đoạn.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 cho rằng chúng tôi vẫn chưa thay thế nhà cung cấp trước đó của quý vị bằng một nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn hoặc việc chăm sóc của quý vị không được quản lý một cách thích hợp, quý vị có quyền nộp đơn kháng nghị về 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 hệ 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 tình trạng bệnh 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 liệu hoặc xạ trị hiện tại
- Chăm sóc bệnh nhân 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, xin gọi cho 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 đài thọ 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 đài thọ dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Dưới đây là ba trường hợp khi chúng tôi sẽ đài thọ 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 Dịch vụ Chăm sóc cấp cứu hoặc Chăm sóc khẩn cấp cần thiết trong Bảng Quyền lợi ở Chương 4.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 cần chăm sóc y tế mà Medicare nói rằng chương trình của chúng tôi phải đài thọ nhưng không nhà cung cấp nào trong mạng lưới của chúng tôi đài thọ 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 Cal MediConnect Plan phải chấp thuận điều này trước khi quý vị nhận chăm sóc. Nếu quý vị được phê duyệt 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 điều phối 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 máu thực hiện tại một trung tâm lọc thận được Medicare chứng nhận khi quý vị đang ở ngoài khu vực 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 trưởng thành trong Cộng đồng (CBAS) và Cơ sở Điều dưỡng (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 trưởng thành trong Cộng đồng (CBAS):** Chương trình dịch vụ tại cơ sở, ngoại trú cung cấp các dịch vụ chăm sóc 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 điều kiện các tiêu chuẩn hiện hành.
- **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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



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 sổ 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 này 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 cần thiết về mặt y tế được Medicare và Medi-Cal đài thọ. 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 đài thọ. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan không cung cấp các dịch vụ sức khỏe hành vi tâm thần được Medi-Cal đài thọ, nhưng sẽ cung cấp cho những thành viên Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan hội đủ điều kiện 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 ở 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 (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)
- Các dịch vụ hỗ trợ thuốc
- Điều trị chuyên sâu vào ban ngày
- Phục hồi chức năng vào ban ngày
- Can thiệp khủng hoảng
- Ổn định lại khủng hoảng
- Các dịch vụ điều trị nội trú cho người trưởng thành
- Các dịch vụ điều trị khủng hoảng cho cư dân
- Các dịch vụ cơ sở y tế tâm thần
- Các dịch vụ bệnh viện nội trú tâm thần
- Quản lý hồ sơ có mục tiêu

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 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 nội trú
- Các dịch vụ miễn phí thuốc ngoại trú
- Các dịch vụ điều trị ma túy
- Các dịch vụ điều trị phụ thuộc opioid bằng Naltrexone

Ngoài các dịch vụ Thuốc Medi-Cal nêu trên, quý vị cũng có thể được sử dụng các dịch vụ cai nghiện 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.

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

Vận chuyển y tế không khẩn cấp

- 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, xe có cánh, hoặc xe thùng có cửa lên cho xe lăn, và kết hợp với dịch vụ chuyên chở người khuyết tật.
- 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

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 phi 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, tham khảo Chương 4, Mục D hoặc liên hệ Ban Dịch vụ Hội viên.

Dịch vụ vận chuyển được đài thọ 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 bệnh lý y tế giới hạn nào mà có thể giới hạn họ sử dụng các phương tiện giao thông công cộng thông thường. Để được đài thọ, 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 48 giờ làm việc trước cuộc hẹn y tế của mình.
- Mỗi thành viên được một người đi cùng.
- Quý vị phải thông báo cho Bộ phận Vận chuyển ít nhất 24 giờ 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.
- Biểu mẫu Chứng nhận của Bác sĩ về Vận chuyển Y tế Không Khẩn cấp (NEMT) cho các dịch vụ vận chuyển y tế, xe cứu thương/xe thùng có cánh, xe chở phế liệu, xe thùng có cửa lên cho xe lăn, hoặc vận tải hàng không cho các thành viên có một số bệnh lý 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), 7 giờ sáng đến 6 giờ chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu (ngoại trừ ngày nghỉ lễ).

Chính sách Hủy bỏ

Thông báo cho chúng tôi về bất kỳ sự hủy bỏ nào 24 giờ 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 hệ với Ban Dịch vụ Hội viên để biết thêm thông tin.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 được nhận dịch vụ được đài thọ khi quý vị có nhu cầu chăm sóc khẩn cấp hoặc cấp cứu y tế, 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 tình trạng bệnh có các triệu chứng như cực kỳ đau dữ dội hoặc tổn thương nghiêm trọng. Bệnh lý 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**
- Gây hại nghiêm trọng cho các chức năng của cơ thể; **hoặc**
- Gây rối loạn nghiêm trọng cho chức năng của bất kỳ cơ quan hoặc bộ phận cơ thể nào của người đó; **hoặc**
- Nếu là phụ nữ mang thai đang chuyển dạ, thì:
 - Không có đủ thời gian để chuyển quý vị an toàn đến một bệnh viện khác trước khi sinh nở.
 - 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:

- **Gọi trợ giúp càng nhanh càng tốt.** Gọi 911 hoặc đến phòng cấp cứu hoặc bệnh viện gần nhất. Gọi dịch vụ cứu thương 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, thường 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. Xin 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 này miễn phí. Số này cũng có ở mặt sau của Thẻ ID Thành viên của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 đài thọ trong trường hợp cấp cứu y tế

Quý vị được sử dụng dịch vụ chăm sóc cấp cứu được đài thọ 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 đài thọ dịch vụ đó. Để tìm hiểu thêm, 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 thông tin 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 đài thọ dịch vụ chăm sóc theo dõi 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 đài thọ cho quý vị.

Tuy nhiên, nếu bác sĩ nói rằng đó không phải là cấp cứu, chúng tôi sẽ chỉ đài thọ 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. (Tham khảo mục tiếp theo.)

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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

Chăm sóc khẩn cấp cần thiết là dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được khi bị ốm đột ngột, bị thương hoặc tình trạng không phải là cấp cứu nhưng cần được chăm sóc ngay tức thì. Ví dụ: quý vị có thể tiến triển mạnh một bệnh trạng hiện có và cần phải 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 đài thọ 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 bệnh tật hoặc thương tích đột ngột mà không phải là cấp cứu y tế, và quý vị nằm trong khu vực dịch vụ của chương trình, xin gọi cho 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 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 này miễn phí.

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

Khi ở ngoài khu vực 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 đài thọ 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 đài thọ dịch vụ chăm sóc cấp cứu và khẩn cấp toàn cần có giới hạn kết hợp lên tới \$10,000 mỗi năm theo lịch. Giới hạn này chỉ áp dụng cho các dịch vụ bên ngoài Hoa Kỳ.

H3. Chăm sóc khi gặp tai họa

Nếu Thống đốc tiểu bang của quý vị, Bộ trưởng Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, hoặc Tổng thống Hoa Kỳ tuyên bố tình trạng thảm họa hoặc khẩn cấp trong khu vực địa lý của quý vị, quý vị vẫn có quyền nhận 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, xin 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 mua thuốc kê toa của mình ở nhà thuốc ngoài mạng lưới. Vui lòng tham khảo 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 đài thọ

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 đài thọ của mình, hoặc nếu quý vị đã nhận một hóa đơn toàn bộ chi phí cho các dịch vụ y tế được đài thọ, tham khảo Chương 7 để biết nên làm gì.

I1. Cần phải làm gì khi các dịch vụ đó không được chương trình chúng tôi đài thọ

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan đài thọ 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 (tham khảo Chương 4), **và**
- Quý vị sử dụng theo đúng các quy tắc của chương trình.

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

Nếu muốn biết liệu chúng tôi sẽ thanh toán cho bất cứ dịch vụ y tế hoặc chăm sóc nào hay không, quý vị có quyền hỏi chúng tôi. Quý vị cũng có quyền yêu cầu điều này bằng văn bản. Nếu chúng tôi nói sẽ không thanh toán cho các dịch vụ của quý vị, quý vị có quyền kháng nghị quyết định của chúng tôi.

Chương 9 giải thích những gì cần làm nếu quý vị muốn chúng tôi đài thọ cho một khoản mục hoặc dịch vụ y tế. Các mục đó cũng cho biết quý vị phải làm sao để kháng nghị 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 nghị của quý vị.

Chúng tôi sẽ trả 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 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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. 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 thường yêu cầu các tình nguyện viên giúp đỡ 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 hệ 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 một nghiên cứu miễn là quý vị đáp ứng các điều kiện cần thiết. Quý vị cũng phải tìm hiểu và đồng ý với những việc mà quý vị phải làm cho cuộc nghiên cứu đó.

Trong thời gian tham gia nghiên cứu, quý vị vẫn có thể tiếp tục được 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 phê duyệt, 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 hệ 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 đài thọ theo nghiên cứu đó và Medicare sẽ trả tiền cho các dịch vụ được đài thọ 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 Medicare chấp thuận, quý vị được đài thọ 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 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 mà 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 (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. Cuộc gọi này miễn phí.

K. Làm thế nào để các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ được đài thọ 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 đài thọ cho dịch vụ chăm sóc tại tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế của tôn giáo.

Quý vị có thể lựa chọn nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe vào bất kỳ lúc nào với bất kỳ 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 phi y tế do các viện tôn giáo chăm sóc sức khỏe phi y tế cung cấp.

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

Để được sử dụng dịch vụ chăm sóc của tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế của tôn giáo, quý vị phải ký một chứng từ pháp luật có ghi rằng quý vị không chấp nhận phương pháp điều trị y tế thuộc loại “không loại trừ”.

- 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 được chương trình của chúng tôi đài thọ, 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 các dịch vụ từ cơ quan này, là các dịch vụ được cung cấp cho quý vị tại một cơ sở, thì sẽ áp dụng các quy định sau:
 - Quý vị phải có tình trạng bệnh mà sẽ cho phép quý vị nhận được các dịch vụ được đài thọ để chăm sóc nội trú tại bệnh viện hoặc tại một cơ sở điều dưỡng chuyên môn.
 - Quý vị phải xin chúng tôi phê duyệt 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 nội trú tại bệnh viện 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 nội trú tại bệnh viện của quý vị được giải thích trong Bảng Quyền lợi trong Chương 4.

L. Thiết bị Y tế Lâu bền (DME)

L1. DME với tư cách thành 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, hệ thống 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 dung và khung tập đi.

Quý vị sẽ luôn sở hữu một số khoản mục nhất định, như các bộ phận giả.

Trong mục này, chúng tôi sẽ thảo luận về DME quý vị phải thuê. Tuy nhiên, là thành 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.

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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



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 (DME) 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 Chương trình Original Medicare và Medicare Advantage tại Chương 12. Quý vị cũng có thể tìm thêm các thông tin trong Sổ tay *Medicare & You 2022* (*Medicare & Quý vị 2022*). Nếu chưa có cẩm nang này, quý vị có thể tải về trên trang web của Medicare (www.medicare.gov) hoặc bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Cuộc gọi này 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 khoản 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 bảo hiểm y tế 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 chương trình 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 khoản 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, xin 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.



L3. Quyền lợi thiết bị ôxy với tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi

Nếu quý vị đủ điều kiện nhận thiết bị ôxy được Medicare đài thọ và quý vị là thành viên trong chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ đài thọ những điều sau:

- Cho thuê thiết bị ôxy
- Cung cấp ôxy và hàm lượng ôxy
- Ống và các phụ kiện liên quan để cung cấp ôxy và hàm lượng ôxy
- Bảo dưỡng và sửa chữa thiết bị ôxy

Thiết bị ôxy phải được trả lại cho chủ sở hữu khi nó không còn cần thiết về mặt y tế đối với quý vị hoặc nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi.

L4. Thiết bị ôxy khi quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc Medicare Advantage

Khi thiết bị ôxy là cần thiết về mặt y tế và **quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi và chuyển sang Original Medicare**, quý vị sẽ thuê nó từ một nhà cung cấp trong 36 tháng. Các khoản thanh toán tiền thuê hàng tháng của quý vị bao gồm thiết bị ôxy và các vật dụng và dịch vụ được liệt kê ở trên.

Nếu thiết bị ôxy là cần thiết về mặt y tế **sau khi quý vị thuê nó trong 36 tháng**:

- nhà cung cấp của quý vị phải cung cấp thiết bị, vật tư và dịch vụ ôxy trong 24 tháng nữa.
- nhà cung cấp của quý vị phải cung cấp thiết bị ôxy và vật dụng trong tối đa 5 năm nếu cần thiết về mặt y tế.

Nếu thiết bị ôxy vẫn cần thiết về mặt y tế vào **cuối giai đoạn 5 năm**:

- nhà cung cấp của quý vị không còn phải cung cấp thiết bị đó nữa và quý vị có thể chọn nhận thiết bị thay thế từ bất kỳ nhà cung cấp nào.
- một giai đoạn 5 năm mới bắt đầu.
- quý vị sẽ thuê từ một nhà cung cấp trong 36 tháng.
- sau đó nhà cung cấp của quý vị phải cung cấp thiết bị, vật tư và dịch vụ ôxy trong 24 tháng nữa.
- một chu kỳ mới bắt đầu cứ sau 5 năm miễn là thiết bị ôxy là cần thiết về mặt y tế.

Khi thiết bị ôxy là cần thiết về mặt y tế và **quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi và chuyển sang một chương trình Medicare Advantage**, chương trình sẽ đài thọ ít nhất những gì Original Medicare sẽ đài thọ. Quý vị có thể hỏi chương trình Medicare Advantage của mình những thiết bị ôxy và vật dụng nó đài thọ và chi phí của quý vị là bao nhiêu.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 đài thọ 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 đài thọ 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 Thành viên*.

Mục lục

A. Các dịch vụ được đài thọ của quý vị	61
A1. Trong các trường hợp khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng	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	64
E. Quyền lợi được đài thọ bên ngoài Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan	103
E1. Chương trình California Community Transitions (CCT)	103
E2. Medi-Cal Dental Program	104
E3. Chăm sóc cuối đời	104
E4. Dịch vụ Hỗ trợ Tại nhà (IHSS).....	105
F. Các quyền lợi không được đài thọ bởi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, Medicare, hoặc Medi-Cal	105

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 đài thọ của quý vị

Chương này sẽ cho quý vị biết Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sẽ thanh toán cho. Quý vị cũng có thể tìm hiểu về những dịch vụ không được đài thọ. 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 đài thọ của mình miễn là quý vị tuân thủ các quy tắc của chương trình. Tham khảo Chương 3 để biết chi tiết về các quy tắc của chương trình.

Nếu quý vị cần hỗ trợ để hiểu rõ những dịch vụ nào sẽ được đài thọ, 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 này miễn phí.

A1. Trong các trường hợp khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng

Nếu quý vị sống trong một khu vực đã tuyên bố tình trạng khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng, chương trình có thể cung cấp các quyền lợi được bảo hiểm bổ sung. Vui lòng liên hệ với các dịch vụ thành viên để biết thông tin bao gồm các quyền lợi sẽ được cung cấp trong thời gian diễn ra tình trạng khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng.

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 đài thọ. Chúng tôi thanh toán trực tiếp cho các nhà cung cấp của mình và chúng tôi bảo vệ quý vị trước mọi khoản thu. Điều này vẫn đúng ngay cả khi chúng tôi trả tiền cho nhà cung cấp ít hơn các chi phí tính cho một dịch vụ.

Quý vị không bao giờ nên nhận hóa đơn từ nhà cung cấp dịch vụ cho những dịch vụ được đài thọ. Nếu quý vị nhận, tham khảo 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 đài thọ.

Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ được liệt kê trong Sơ Đồ Phúc Lợi chỉ khi nào đáp ứng các quy định sau. 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 đài thọ phải được cung cấp theo các quy tắc do Medicare và Medi-Cal thiết lập.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 này (kể cả chăm sóc y tế, chăm sóc sức khỏe hành vi hành vi 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 được đòi hỏi 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 đòi hỏi cần phê duyệt trước được đánh dấu trong Bảng Quyền lợi.

Khi chúng tôi đưa ra quyết định của mình, chúng tôi dựa vào hai điều. Đầu tiên, đây là các quy tắc của Medicare. Thứ hai, thường có các tiêu chuẩn được chấp nhận trong thực hành y khoa. 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 dịch vụ đó đúng chỗ với tuân thủ phù hợp. 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 chúng tôi phê duyệt trước khi nhận dịch vụ chăm sóc của nhà cung cấp không có trong chương trình của chúng tôi, trừ khi quý vị nhận Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp, Dịch vụ chăm sóc trong trường hợp cấp cứu hoặc dịch vụ Lọc máu thận ngoài khu vực dịch vụ. Để tìm một nhà cung cấp trong chương trình của chúng tôi, xem *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* trực tuyến 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 phê duyệt 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 phê duyệt 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. Điều 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. Tham khảo Chương 3 để biết thêm thông tin.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 dịch vụ được liệt kê trong Sơ Đồ Phúc Lợi sẽ chỉ được đài thọ nếu như bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác trong mạng lưới được chúng tôi cho phép trước. Việc này được gọi là cho phép trước. Các dịch vụ được đài thọ cần cho phép trước được đánh dấu bằng một ghi chú trong Bảng Quyền lợi.
- Tất cả các 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 Chương trình Chăm sóc 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 vòi sen và đường dốc. Các dịch vụ này có thể giúp quý vị sống độc lập hơn nhưng **không** thay thế 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 hệ quản lý hồ sơ.



Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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. Bảng Quyền lợi

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Sàng lọc 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 đòi hỏi 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, y tá hành nghề, hoặc chuyên gia y tá lâm sàng.	\$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. Chúng tôi cũng sẽ thanh toán cho tối đa 12 lần châm cứu trong 90 ngày nếu quý vị bị đau thắt lưng mạn tính, được định nghĩa là: • kéo dài 12 tuần hoặc lâu hơn; • không đặc hiệu (không có nguyên nhân hệ thống có thể xác định được, như là không liên quan đến bệnh di căn, viêm, nhiễm trùng); • không liên quan đến phẫu thuật; và • không liên quan đến mang thai. Ngoài ra, chúng tôi sẽ trả thêm 8 buổi châm cứu chữa đau thắt lưng mạn tính nếu quý vị có biểu hiện cải thiện. Quý vị có thể không nhận được nhiều hơn 20 lần điều trị bằng châm cứu cho chứng đau thắt lưng mạn tính mỗi năm. Điều trị bằng châm cứu cho chứng đau thắt lưng mạn tính phải được dừng lại nếu quý vị không thuyên giảm hoặc nếu quý vị trở nên tồi tệ hơn. <i>Có thể áp dụng các quy tắc ủy quyền.</i>	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
 Sàng lọc và tư vấn lạm dụng rượu bia 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 rượu bia, 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 tiêu chuẩn hoặc người hành nghề tại cơ sở chăm sóc chính (nếu quý vị có thể và tỉnh táo trong quá trình tư vấn). <i>Có thể áp dụng các quy tắc ủy quyền.</i>	\$0
Dịch vụ xe cứu thương Dịch vụ xe cứu thương được đài thọ gồm có phương tiện vận chuyển trên mặt đất, máy bay thường, và máy bay chong chóng. Xe cứu thương sẽ đưa quý vị đến địa điểm gần nhất để có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Bệnh lý của quý vị phải đủ nghiêm trọng đến độ 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. Dịch vụ xe cứu thương 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. Tình trạng bệnh lý của quý vị phải đủ nghiêm trọng mà những cách khác để đến được nơi chăm sóc sẽ gây mạo hiểm 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 khẩn cấp.</i>	\$0
 Thăm khám sức khỏe hàng năm Quý vị có thể sẽ được kiểm tra sức khỏe hàng năm. Cuộc khám này là để thiết lập hoặc cập nhật kế hoạch phòng ngừa 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

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
 Đo khối lượng xương Chúng tôi sẽ trả tiền cho một số các thủ thuật nào đó cho thành 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 sẽ xác định khối lượng xương, tìm hiện tượng mất xương hoặc tìm hiểu về 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
 Tầm soát ung thư vú (chụp x-quang vú) Chúng tôi sẽ trả tiền cho các dịch vụ sau đây: • Một lần chụp quang tuyến vú cơ sở trong độ tuổi từ 35 đến 39 • Một lần chụp quang tuyến vú sàng lọc mỗi 12 tháng cho phụ nữ từ 40 tuổi trở lên • Khám vú lâm sàng 24 tháng một lần	\$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 thành viên phải đáp ứng các điều kiện nhất định kèm theo giấy giới thiệu của bác sĩ. Chúng tôi cũng đài thọ 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 tắc ủy quyền.</i>	\$0
 Thăm khám giảm nguy cơ bệnh tim mạch (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 hợp lý.	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Xét nghiệm bệnh tim mạch (tim) Chúng tôi trả tiền cho các xét nghiệm máu để kiểm tra bệnh tim mạch 5 năm một lần (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 tiền cho các dịch vụ sau đây: • Đối với mọi phụ nữ: Xét nghiệm Pap và khám vùng chậu 24 tháng một lần • Dành cho phụ nữ có nguy cơ cao về ung thư cổ tử cung và âm đạo: một xét nghiệm Pap mỗi 12 tháng • Đối với phụ nữ đã có xét nghiệm Pap 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 12 tháng một lần • Đối với phụ nữ độ tuổi 30-65: xét nghiệm vi-rút gây u nhú ở người (human papillomavirus, HPV) hoặc Pap cùng với xét nghiệm HPV cứ 5 năm một lần	\$0
	Dịch vụ trị liệu cột sống Chúng tôi sẽ trả tiền cho các dịch vụ sau đây: • Điều chỉnh cột sống vào đúng vị trí <i>Có thể áp dụng các quy tắc ủy quyền.</i>	\$0
	Tầm soát ung thư đại trực tràng Với người từ 50 tuổi trở lên, chúng tôi sẽ trả tiền cho các dịch vụ sau đây: • Nội soi đại tràng sigma linh hoạt (hoặc chụp X quang cản quang) 48 tháng một lần • Xét nghiệm máu ẩn trong phân, 12 tháng một lần • Xét nghiệm máu ẩn trong phân dựa trên Guaiac hoặc xét nghiệm hóa miễn dịch phân, 12 tháng một lần • Tầm soát đại trực tràng dựa trên DNA 3 năm một lần Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
Tầm soát ung thư đại trực tràng (tiếp) - Nội soi đại tràng sàng lọc mười năm một lần (nhưng không thực hiện trong vòng 48 tháng sau khi soi đại tràng sigma) - Nội soi đại tràng (hoặc chụp X quang cản quang) cho những người có nguy cơ cao bị ung thư đại trực tràng, 24 tháng một lần	
Dịch vụ dành cho Người trưởng thành trong 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 chăm sóc điều dưỡng chuyên môn, dịch vụ xã hội, phương pháp trị liệu (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 điều kiện. Lưu ý: Nếu không có cơ sở CBAS, chúng tôi có thể cung cấp các dịch vụ này riêng. <i>Có thể áp dụng các quy tắc ủy quyền. Liên hệ với chương trình để biết thêm chi tiết.</i>	\$0
 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 ngưng hút thuốc: - Chúng tôi sẽ trả tiền cho hai lần cai thuốc lá trong thời gian 12 tháng như một dịch vụ phòng ngừa cho quý vị. Dịch vụ này được miễn phí cho quý vị. Mỗi lần cố gắng ngưng hút thuốc bao gồm tối đa bốn lần tư vấn trực tiếp. Nếu quý vị hút thuốc lá và đã được chẩn đoán là có bệnh liên quan đến thuốc lá hoặc đang uống thuốc có thể bị ảnh hưởng bởi thuốc lá: - Chúng tôi sẽ thanh toán cho hai lần tư vấn cai thuốc lá 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 bỏ hút thuốc không giới hạn nhưng phải được chấp thuận trước.	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Các dịch vụ nha khoa Các dịch vụ nha khoa nhất định, bao gồm làm sạch, hàn răng, và hàm răng giả, được cung cấp qua Medi-Cal Dental Program. Tham khảo Mục E2 để biết thêm thông tin về quyền lợi này.	\$0
	Tầm soát trầm cảm Chúng tôi sẽ thanh toán cho một cuộc tầm soát 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
	Tầm soát bệnh tiểu đường Chúng tôi sẽ thanh toán cho việc tầm soát này (kể cả xét nghiệm đường huyết lúc đói), nếu quý vị có bất kỳ yếu tố nguy cơ nào sau đây: • Cao huyết áp (hypertension) • Tiền sử có các mức cholesterol và triglyceride bất thường (rối loạn lipid máu - dyslipidemia) • Béo phì • Tiền sử đường huyết (glucose) cao Các xét nghiệm có thể được đòi hỏi 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 cách tự quản lý bệnh tiểu đường, các dịch vụ và nguồn tiếp liệu Chúng tôi sẽ trả cho các dịch vụ sau đây cho tất cả những người bị bệnh 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 đo đường huyết trong máu Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
Đào tạo tự quản lý bệnh tiểu đường, các dịch vụ và nguồn tiếp liệu (tiếp) ○ Que thử đường huyết trong máu ○ Dụng cụ trích và lưới trích máu ○ Giải pháp kiểm soát đường huyết để kiểm tra độ chính xác của que thử và máy theo dõi huyết đường ● Với người tiểu đường bị bệnh về chân do tiểu đường nặng, chúng tôi sẽ trả cho những thứ sau đây: ○ Một đôi giày đúc trị liệu tùy chỉnh (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 các miếng lót không tùy chỉnh có thể tháo rời 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 hệ Ban Dịch vụ Hội viên. Chương trình này chỉ đòi hỏi que thử đường huyết và máy đo đường huyết OneTouch® (do LifeScan, Inc. thực hiện), Accu-Chek® (do Roche Diagnostics thực hiện), Precision Xtra® và FreeStyle® (do Abbott thực hiện). Chúng tôi sẽ không đòi hỏi 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 cung cấp dịch vụ gửi qua đường bưu điện, mặt hàng đó sẽ không được đòi hỏi. Có thể mua que thử đường huyết và lưới trích tại nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới hoặc nhà thuốc cung cấp dịch vụ gửi qua đường bưu điện. Chúng tôi đòi hỏi lên tới 100 que thử đường huyết mỗi tháng. Chương trình này đòi hỏi một máy đo 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 với số tiền lớn hơn được liệt kê ở trên hoặc từ các nhà sản xuất không được chấp thuận. <i>Có thể áp dụng các quy tắc ủy quyền.</i>	

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
Thiết bị y tế lâu bền (DME) và các vật tư liên quan (Để biết định nghĩa về “Thiết bị y tế lâu bền (DME)”, tham khảo Chương 12 của sổ tay này.) Các mục sau đây được đài thọ: • Xe lăn • Nạng chống • Hệ thống nệm điện • Miếng đệm áp suất khô cho nệm • Vật dụng cho người bị 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 ruột và vật tư • Thiết bị tạo giọng nói • Thiết bị cho thở oxy kèm vật dụng • Máy xông khí dung • Khung tập đi • Tay cầm cong tiêu chuẩn hoặc gậy bốn chân và vật tư thay thế • Lực kéo cổ tử cung (qua cửa) • Máy kích thích xương • Thiết bị chăm sóc lọc máu Các mục khác có thể được đài thọ. 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. Chương trình này chỉ đài thọ DUROLANE, EUFLEXXA, SUPARTZ, và Axít Hyaluronic Gel-SYN-3. Chúng tôi sẽ không đài thọ 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. <i>Có thể áp dụng các quy tắc ủy quyền.</i>	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
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 một bệnh lý y tế có cơn đau dữ dội hoặc thương tổn nghiêm trọng. Bệnh lý 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 • Gây hại nghiêm trọng cho các chức năng của cơ thể; hoặc • Gây rối loạn nghiêm trọng cho chức năng của bất kỳ cơ quan hoặc bộ phận cơ thể nào của người đó; hoặc • Nếu là phụ nữ mang thai đang chuyển dạ, thì: ○ Không có đủ thời gian để chuyển quý vị an toàn đến một bệnh viện khác trước khi sinh nở. ○ 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 đài thọ lên tới giới hạn \$10,000 kết hợp mỗi năm theo lịch. Giới hạn này chỉ áp dụng cho các dịch vụ bên ngoài Hoa Kỳ. Liên hệ 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.
Chương trình tập thể dục và rèn luyện sức mạnh Chương trình này cung cấp các chương trình tập thể dục trực tuyến và trực tiếp để giúp quý vị giữ dáng. Đánh giá được hoàn thành khi bắt đầu chương trình để phát triển một kế hoạch tập thể dục cá nhân bao gồm các mục tiêu tập thể dục cụ thể của quý vị. Quý vị sẽ có quyền truy cập vào video trực tiếp và các lớp tập thể dục theo nhóm theo yêu cầu mà quý vị có thể truy cập ngay tại nhà của mình. Các thành viên cũng có quyền truy cập vào các buổi tập trực tiếp và các lớp học theo nhóm nhỏ, có sẵn theo lịch hẹn tại các địa điểm được chọn.	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
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. Tức là quý vị có thể chọn bất kỳ bác sĩ, phòng khám, bệnh viện, nhà thuốc hoặc văn phòng kế hoạch hóa gia đình nào. Chúng tôi sẽ trả tiền cho các dịch vụ sau đây: • Kiểm tra kế hoạch hóa gia đình và điều trị y tế • Xét nghiệm và kiểm tra chẩn đoán kế hoạch hóa gia đình • Các phương pháp kế hoạch hóa gia đình (IUC/IUD, thuốc tiêm, cấy que ngừa thai, thuốc tránh thai, thuốc dán, hoặc vòng xoắn) • Các vật dụng kế hoạch hóa gia đình theo toa thuốc (bao cao su, cao su xốp, bọt, tấm phin, màng chắn, đầu chụp) • Tư vấn và chẩn đoán vô sinh, và các dịch vụ liên quan • Tư 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 lý khác liên quan đến HIV • Triệt Sản (quý vị phải từ 21 tuổi trở lên mới được chọn phương pháp kế hoạch hóa gia đình này. Quý vị phải ký mẫu chấp thuận triệt sản liên bang ít nhất 30 ngày, nhưng không quá 180 ngày trước ngày triệt sản.) • Tư vấn di truyền Chúng tôi cũng sẽ trả cho một số dịch vụ kế hoạch hóa gia đình khác. Tuy nhiên, quý vị phải tham khảo một nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới của chúng tôi cho các dịch vụ sau đây: • Điều trị các bệnh lý vô sinh (Dịch vụ này không bao gồm những phương pháp thụ thai nhân tạo.) • Điều trị AIDS và các bệnh lý khác liên quan đến HIV • Xét nghiệm di truyền	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
 Các chương trình giáo dục sức khỏe thể chất và tinh thần Chúng tôi cung cấp nhiều chương trình tập trung vào một số tình trạng bệnh lý nào đó. Các chương trình này gồm có: • Các lớp Giáo dục Sức khỏe; • Các lớp Giáo dục Dinh dưỡng; • Sử dụng Thuốc lá và Cai thuốc lá; và • Đường dây nóng Y tá Thành viên có thể yêu cầu cuộc hẹn Đánh giá Sức khỏe Toàn diện ban đầu tại Trung tâm Chăm sóc CareMore. Các quy tắc lâm sàng và giới hạn có thể được áp dụng 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 thành 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 lâu bền 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. Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
Các chương trình giáo dục sức khỏe thể chất và tinh thần (tiếp) Đây là một cuộc hẹn miễn phí bổ sung có sẵn 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 với PCP. 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 nhằm đáp ứng các mục tiêu sức khỏe của quý vị. Một bản sao các 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 hệ 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 Y tá.	
Dịch vụ thính giác Chúng tôi trả tiền 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 đài thọ như dịch vụ chăm sóc ngoại trú khi quý vị sử dụng của bác sĩ, chuyên gia thính học, hoặc nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn 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 khám để hướng dẫn, 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 thính giác định kỳ mỗi năm theo lịch • Lắp/đánh giá máy trợ thính Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
Dịch vụ thính giác (tiếp) Medi-Cal Trợ cấp máy trợ thính \$1,510 bao gồm thuế doanh thu, 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 tắc ủy quyền.</i>	
 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. Chúng tôi cũng sẽ thanh toán cho (các) tầm soát HIV bổ sung khi nhà cung cấp của quý vị khuyến nghị.	\$0
Dịch vụ chăm sóc từ cơ sở chăm sóc sức khỏe tại nhà Trước khi quý vị có thể nhận được các dịch vụ y tế tại nhà, một bác sĩ phải thông báo cho chúng tôi việc quý vị cần đến các dịch vụ đó, và phải được cung cấp thông qua một cơ sở 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 trợ lý sức khỏe tại nhà bán thời gian hoặc thỉnh thoảng (Sẽ được đài thọ 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.) • Vật lý trị liệu, trị liệu vận động và trị liệu 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 tắc ủy quyền.</i>	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
Liệu pháp tiêm truyền tại nhà Chương trình sẽ thanh toán cho liệu pháp truyền thuốc tại nhà, được định nghĩa là thuốc hoặc các chất sinh học được tiêm vào tĩnh mạch hoặc bôi dưới da và cung cấp cho quý vị tại nhà. Những điều sau đây là cần thiết để thực hiện tiêm truyền tại nhà: • Thuốc hoặc chất sinh học, chẳng hạn như globulin kháng vi-rút hoặc miễn dịch; • Thiết bị, chẳng hạn như một bơm; và • Vật dụng, chẳng hạn như ống hoặc ống thông. Chương trình sẽ đài thọ các dịch vụ tiêm truyền tại nhà bao gồm nhưng không giới hạn ở: • Các dịch vụ chuyên nghiệp, bao gồm cả dịch vụ điều dưỡng, được cung cấp phù hợp với kế hoạch chăm sóc của quý vị; • Đào tạo và giáo dục thành viên chưa được bao gồm trong quyền lợi DME; • Giám sát từ xa; và • Các dịch vụ giám sát việc cung cấp liệu pháp truyền thuốc tại nhà và thuốc tiêm truyền tại nhà do nhà cung cấp liệu pháp tiêm truyền tại nhà đủ điều kiện cung cấp. <i>Có thể áp dụng các quy tắc ủy quyền.</i>	\$0
Chăm sóc 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 này có nghĩa là quý vị mắc bệnh giai đoạn cuối và dự kiến sẽ sống chưa đầy sáu tháng nữa. Bác sĩ chăm sóc cuối đời có thể là một nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Chương trình sẽ thanh toán cho những mục sau đây khi quý vị đang sử dụng dịch vụ chăm sóc cuối đời: • Các thuốc để điều trị các triệu chứng và cơn đau Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
Chăm sóc cuối đời (tiếp) • Chăm sóc nghỉ ngơi ngắn hạn • Chăm sóc tại nhà Các dịch vụ chăm sóc cuối đời và dịch vụ được đài thọ bởi Medicare Phần A hoặc B sẽ được ghi hóa đơn cho Medicare. • Tham khảo Mục E3 của chương này để biết thêm thông tin. Đối với các dịch vụ được Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan đài thọ nhưng Medicare Phần A hoặc B không được đài thọ: • 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 tiền lương bệnh giai đoạn cuối của quý vị hay không. 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 đài thọ: • Thuốc sẽ không bao giờ được cả cơ sở chăm sóc cuối đời và chương trình đài thọ đồng thời. Để biết thêm thông tin, vui lòng tham khảo 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. Chương trình chúng tôi bảo hiểm cho các dịch vụ tư vấn chăm sóc cuối đời (chỉ một lần mà thôi) cho người bị bệnh nan y giai đoạn cuối chưa chọn quyền lợi chăm sóc giai đoạn cuối đời. <i>Có thể áp dụng các quy tắc ủy quyền.</i>	

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
 Chủng ngừa Chúng tôi sẽ trả tiền cho các dịch vụ sau đây: • Vắc-xin viêm phổi • Chích ngừa 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 • Vắc-xin COVID-19 • Các loại vắc-xin khác nếu quý vị đang có nguy cơ và chúng đáp ứng các quy tắc bảo hiểm của Medicare Phần B Chúng tôi sẽ thanh toán cho các vắc-xin khác thỏa mãn các quy tắc về bảo hiểm của Medicare Phần D. Xin đọc Chương 6 để tìm hiểu thêm. Chúng tôi cũng thanh toán cho tất cả các loại vắc-xin cho người lớn theo khuyến nghị của Ủy ban Khuyến cáo về Chủng ngừa Thực hành (ACIP).	\$0
Chăm sóc nội trú tại bệnh viện 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: • 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 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 • Chụp X-quang và các dịch vụ quang tuyến khác • Các đồ tiếp liệu y tế và phẫu thuật cần thiết Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau	\$0 Quý vị phải được chương trình phê duyệt 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, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
Chăm sóc nội trú tại bệnh viện (tiếp) • Các vật dụng, ví dụ như xe lăn • Các dịch vụ thuộc phòng giải phẫu và hồi sức • Vật lý trị liệu, trị liệu vận động, và trị liệu âm ngữ • Các dịch vụ nội trú liên quan đến lạm dụng chất gây nghiện • 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. 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. Các nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép có thể ở tại địa phương hoặc bên ngoài khu vực 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 địa điểm ngoài mô hình chăm sóc cấy ghép trong cộng đồng của quý vị 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 của bác sĩ Không có giới hạn nào về số ngày được đài thọ 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 tắc ủy quyền.</i>	

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần nội trú Chúng tôi sẽ trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần nội trú đòi hỏi phải ở lại bệnh viện. • Nếu quý vị cần dịch vụ nội trú tại một bệnh viện tâm thần độc lập, chúng tôi sẽ trả tiền cho 190 ngày đầu tiên. Sau đó, cơ quan sức khỏe tâm thần của quận tại địa phương sẽ trả 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, fIMD). 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 tắc ủy quyền.</i>	\$0
Nằm viện nội trú: Các dịch vụ được đài thọ tại bệnh viện trong thời gian nằm viện nội trú không được đài thọ Nếu trường hợp nội trú của quý vị không hợp lý và cần thiết về mặt y tế, chúng tôi sẽ không trả tiền. Tuy nhiên, trong một số trường hợp dịch vụ chăm sóc nội trú không được đài thọ, chúng tôi vẫn có thể thanh toán cho các dịch vụ quý vị nhận được khi quý vị ở trong bệnh viện. Để tìm hiểu thêm, liên hệ 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, chẳng hạn như xét nghiệm trong phòng thí nghiệm • Chụp X-quang, liệu pháp radium và đồng vị, kể cả vật liệu và dịch vụ của kỹ thuật viên Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
Nằm viện nội trú: Các dịch vụ được đài thọ tại bệnh viện trong thời gian nằm viện nội trú không được đài thọ (tiếp) • Băng bó phẫu thuật • Băng nẹp, bó bột và các dụng cụ khác cho nứt xương và trật khớp • Các bộ phận giả và chỉnh hình, không phải nha khoa, bao gồm việc thay thế hoặc sửa chữa các thiết bị như vậy. Đây là các thiết bị mà: ○ 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. • Chân, tay, lưng và giá đỡ cổ, khung đỡ cổ, tay chân giả, mắt giả. 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, trị liệu âm ngữ và trị liệu vận động <i>Có thể áp dụng các quy tắc ủy quyền.</i>	
Các dịch vụ và nguồn tiếp liệu cho bệnh thận Chúng tôi sẽ trả tiền cho các dịch vụ sau đây: • Các dịch vụ giáo dục về bệnh thận để dạy cách chăm sóc thận và giúp thành viên có quyết định sáng suốt về việc chăm sóc của mình. Quý vị phải bị bệnh thận mạn tính ở giai đoạn IV, và bác sĩ của quý vị phải giới thiệu quý vị. Chúng tôi sẽ đài thọ cho tối đa sáu buổi dịch vụ giáo dục về bệnh thận. • Điều trị lọc máu ngoại trú, bao gồm việc điều trị chạy lọc thận khi tạm thời ra ngoài khu vực dịch vụ, như đã được giải thích trong Chương 3 • Điều trị lọc máu nội trú nếu quý vị được phép nhập viện để chăm sóc đặc biệt Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
Các dịch vụ và nguồn tiếp liệu cho bệnh thận (tiếp) - Đào tạo tự lọc máu, bao gồm việc huấn luyện cho quý vị và bất cứ ai giúp đỡ quý vị điều trị lọc máu 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 lọc thận. Để biết thêm thông tin, vui lòng tham khảo mục “thuốc kê toa Medicare Phần B” trong bảng này. <i>Có thể áp dụng các quy tắc ủy quyền.</i>	
 Tầm soát ung thư phổi Chương trình sẽ thanh toán cho tầm soát ung thư phổi mỗi 12 tháng nếu quý vị: - Từ tuổi 50-80, 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 20 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 tiêu chuẩn khác của quý vị.	\$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, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
 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 tế. Chúng tôi sẽ trả cho hai giờ tư vấn một lần - cho mỗi năm sau đó. Nếu bệnh lý, 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 tế.	\$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
Thuốc kê toa Medicare Phần B Các loại thuốc này được đài thọ theo Medicare Phần B. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sẽ trả tiền cho các thuốc sau đây: • Các thuốc quý vị không thường tự cung cấp và được tiêm hoặc truyền trong khi quý vị đang nhận được các dịch vụ bác sĩ, ngoại trú của bệnh viện hoặc trung tâm phẫu thuật lưu động • Các thuốc mà quý vị dùng với thiết bị y tế lâu bền (như máy xông khí dung) đã được chương trình cấp giấy cho phép Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
Thuốc kê toa Medicare Phần B (tiếp) • Yếu tố gây 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 thuốc này sẽ được trả nếu quý vị không thể rời khỏi nhà, bị nứt xương mà bác sĩ chứng nhận là có liên quan đến loãng xương hậu mãn kinh, và không thể tự tiêm thuốc được • Kháng nguyên • Một số loại thuốc chống ung thư đường uống và nôn mửa • 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 truyền tĩnh mạch dùng để điều trị tại nhà các bệnh về suy giảm miễn dịch tiên phát Một số thuốc Phần B được đài thọ được liệt kê trên có thể phải điều trị theo từng bước. Liên kết sau sẽ đưa quý vị đến danh sách các loại thuốc Phần B có thể được điều trị theo từng bước: https://mss.anthem.com/california-mmp/benefits/pharmacy-benefits.html. Chúng tôi sẽ đài thọ cho một số loại vắc-xin theo quyền lợi thuốc kê toa Medicare Phần B và Phần D của chúng tôi. Chương 5 giải thích về các quyền lợi thuốc kê toa ngoại trú. Phần này giải thích về các quy tắc quý vị phải tuân theo để được đài thọ thuốc kê toa của mình. Chương 6 giải thích quý vị sẽ phải trả như thế nào cho các thuốc kê 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>	

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
Vận chuyển y tế không khẩn cấp 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, xe có cánng, hoặc xe thùng có cửa lên cho xe lăn, và kết hợp với dịch vụ chuyên chở người khuyết tật. 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 7 giờ sáng đến 6 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 48 giờ làm việc trước cuộc hẹn về y tế của mình. Mỗi thành viên được một người đi cùng. Quý vị phải thông báo cho Bộ phận Vận chuyển 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. 7 giờ sáng đến 7 giờ tối, 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, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
Vận chuyển phi 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. Quyền lợi này không giới hạn quyền lợi vận chuyển y tế không khẩn cấp của quý vị. Quý vị sẽ có quyền sử dụng chuyến đi khứ hồi không giới hạn. Các yêu cầu về điều kiện hội đủ Để nhận dịch vụ vận chuyển được đài thọ, 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, xin gọi 1-888-325-1024 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 7 giờ sáng đến 6 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 48 giờ làm việc trước cuộc hẹn về y tế của mình. Mỗi thành viên được một người đi cùng. Quý vị phải thông báo cho Bộ phận Vận chuyển 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. 7 giờ sáng đến 7 giờ tối, 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. Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
Vận chuyển phi y tế (tiếp) - 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 bỏ 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, xin gọi vào Thứ Sáu.	
Dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng Cơ sở điều dưỡng (NF) là nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người không thể nhận 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 - Vật lý trị liệu, trị liệu vận động và trị liệu âm ngữ - Trị liệu 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 gây 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 sử dụng - Chụp X-quang và các dịch vụ phóng xạ khác thường do cơ sở điều dưỡng cung cấp Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
Dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng (tiếp) • Việc sử dụng các đồ dùng khác, như xe lăn thường do cơ sở điều dưỡng cung cấp • Các dịch vụ của bác sĩ/chuyên gia hành nghề • 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 trị liệu cột sống • Các dịch vụ điều trị bệnh chân Quý vị sẽ thường xuyên nhận dịch vụ chăm sóc từ các cơ sở trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc của mình từ một cơ sở không nằm 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 • Viện dưỡng lão 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). • Một cơ sở điều dưỡng nơi vợ/chồng hoặc bạn đời sống chung của quý vị đang sống tại thời điểm quý vị rời khỏi bệnh viện. <i>Có thể áp dụng các quy tắc ủy quyền.</i>	
 Tầm soát béo phì và trị liệu để giảm cân Nếu quý vị có chỉ số cơ thể (BMI) từ 30 trở lên, chúng tôi sẽ trả tiền cho dịch vụ tư vấn để giúp quý vị giảm cân. Quý vị phải nhận dịch vụ tư vấn tại cơ sở chăm sóc chính. Theo cách đó, dịch vụ có thể được quản lý theo chương trình phòng ngừa toàn diện của quý vị. Trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị để tìm hiểu thêm.	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
Dịch vụ chương trình điều trị Opioid (OTP) Chương trình sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau đây để điều trị rối loạn sử dụng opioid (OUD): • Các hoạt động tiếp nhận • Đánh giá định kỳ • Thuốc được chấp thuận bởi 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 (kiểm tra độc chất) <i>Có thể áp dụng các quy tắc ủy quyền.</i>	\$0
Dịch vụ xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú, các dịch vụ và vật tư trị liệu 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 trang thiết bị phẫu thuật, ví dụ như các vật dụng băng bó • Băng nẹp, bó bột và các dụng cụ khác cho nứt xương và trật khớp • Xét nghiệm • Máu, bao gồm việc lưu trữ và truyền máu • Các xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú khác <i>Có thể áp dụng các quy tắc ủy quyền.</i>	\$0



Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
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: 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, bao gồm dịch vụ chăm sóc trong chương trình điều trị một phần tại bệnh viện, nếu bác sĩ chứng nhận rằng việc điều trị nội trú sẽ là cần thiết nếu không có dịch vụ đó • Chụp X-quang và các dịch vụ phóng xạ khác theo hóa đơn của bệnh viện • Các đồ tiếp liệu y tế, chẳng hạn như băng nẹp, bó bột • Các dịch vụ sàng lọc 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 tắc ủy quyền.</i>	\$0



Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú Chúng tôi sẽ trả tiền 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 • Nhân viên xã hội lâm sàng • Chuyên gia y tá lâm sàng • Y tá hành nghề • 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: • Các dịch vụ lâm sàng • Điều trị ban ngày • Các dịch vụ phục hồi về tâm lý xã hội • Chương trình nhập viện một phần/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 vật dụng, và thuốc bổ • Tư vấn về tâm thần <i>Có thể áp dụng các quy tắc ủy quyền.</i>	\$0



Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
Các dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú Chúng tôi sẽ trả tiền cho dịch vụ vật lý trị liệu, trị liệu vận động và trị liệu âm ngữ. Quý vị có thể nhận các dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú từ bộ phận ngoại trú của bệnh viện, các văn phòng nhà trị liệu độc lập, cơ sở phục hồi bệnh nhân ngoại trú toàn diện (CORF) và các cơ sở khác. <i>Có thể áp dụng các quy tắc ủy quyền.</i>	\$0
Các dịch vụ chăm sóc bệnh nhân ngoại trú lạm dụng chất kích thích 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 bia • Điều trị lạm dụng dược chất • Tư vấn theo nhóm hoặc theo cá nhân của chuyên viên y tế đủ tiêu chuẩn • Giải độc bán cấp trong chương trình cai nghiện tại nhà • Các dịch vụ lạm dụng rượu và/hoặc dược 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 tắc ủy quyền.</i>	\$0
Dịch vụ phẫu thuật 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 tắc ủy quyền.</i>	\$0
Dịch vụ nhập viện một phần 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. <i>Có thể áp dụng các quy tắc ủy quyền.</i>	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
Các dịch vụ khám bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm đến khám tại phòng khám bác sĩ Chúng tôi sẽ trả tiền cho các dịch vụ sau đây: • Dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết về mặt y tế hoặc các dịch vụ phẫu thuật được cung cấp tại các địa điểm như: ○ Văn phòng của bác sĩ ○ Trung tâm giải phẫu ngoại trú được chứng nhận ○ Phòng ngoại trú của bệnh viện • Tham vấn, chẩn đoán và điều trị bởi một bác sĩ chuyên khoa • Khám thính giác và thăng bằng do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị thực hiện nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu khám để biết quý vị có cần phải điều trị hay không • Một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa, bao gồm một số dịch vụ bác sĩ và sức khỏe tâm thần ○ 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. ○ Xem Thăm khám Khám Bác sĩ qua Video trong Bảng Quyền lợi ở phần sau của phần này để biết thông tin chi tiết. • 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 thành viên ở một số vùng 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 (ESRD) hàng tháng cho các thành viên chạy thận tại nhà trong một trung tâm lọc máu thận tại bệnh viện hoặc đến bệnh viện, cơ sở lọc thận hoặc nhà thành viên • Dịch vụ Telehealth để chẩn đoán, đánh giá hoặc điều trị các triệu chứng của đột quỵ Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
Các dịch vụ khám bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm đến khám tại phòng khám bác sĩ (tiếp) - Dịch vụ Telehealth dành cho các thành viên mắc chứng rối loạn sử dụng chất gây nghiện đồng thời bị rối loạn sức khỏe tâm thần - Đăng ký trực tuyến (ví dụ: qua điện thoại hoặc trò chuyện video) với bác sĩ của quý vị trong 5-10 phút nếu quý vị không phải là bệnh nhân mới. - Đánh giá video và/hoặc hình ảnh quý vị gửi cho bác sĩ và diễn giải và theo dõi bởi bác sĩ của quý vị trong vòng 24 giờ nếu quý vị không phải là bệnh nhân mới. - 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 nhà cung cấp khác trong mạng lưới trước phẫu thuật - Chăm sóc nha khoa không định kỳ. Các dịch vụ được đài thọ chỉ bao gồm: - Giải phẫu 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 đài thọ khi được một bác sĩ cung cấp <i>Có thể áp dụng các quy tắc về cho phép và/hoặc giới thiệu.</i>	
Các dịch vụ điều trị bệnh chân Chúng tôi sẽ trả tiền 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) - Dịch vụ chăm sóc chân định kỳ cho các thành viên có bệnh trạng ảnh hưởng đến các phần chi dưới, ví dụ như bệnh tiểu đường Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Các dịch vụ điều trị bệnh chân (tiếp) Chương trình đãi thọ thêm 12 lần khám chăm sóc chân định kỳ mỗi năm <i>Có thể áp dụng các quy tắc ủy quyền.</i>	
	Khám tầm soát ung thư tuyến tiền liệt Đối với nam giới từ 50 tuổi trở lên, chúng tôi sẽ trả tiền cho các dịch vụ sau đây 12 tháng một lần: - Khám trực tràng bằng phương pháp kỹ thuật số - Xét nghiệm kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (PSA)	\$0
	Thiết bị bộ phận cơ thể giả và vật tư liên quan Thiết bị bộ phận cơ thể 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 thiết bị bộ phận cơ thể 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 truyền qua đường ruột và tĩnh mạch, bao gồm bộ dụng cụ cho ăn, bơm truyền, ống và bộ chuyển đổi, giải pháp và vật tư để tự tiêm - Máy tạo nhịp tim - Nẹp - Giày cho chân giả - Tay và chân giả - Vú giả (kể cả miếng độn vú sau khi cắt bỏ 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 trả cho một số vật dụng nào đó liên quan đến các thiết bị bộ phận cơ thể giả. Chúng tôi cũng sẽ trả cho việc sửa chữa hoặc thay thế thiết bị bộ phận cơ thể giả. Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
Thiết bị bộ phận cơ thể giả và vật tư liên quan (tiếp) Chúng tôi cũng cung cấp một số bảo hiểm nào đó sau phẫu thuật loại bỏ đục thủy tinh thể hoặc phẫu thuật đục thủy tinh thể. Tham khảo “Chăm sóc Thị lực” sau đây trong mục này để biết chi tiết. Chúng tôi sẽ không trả cho các thiết bị nha khoa phục hình. <i>Có thể áp dụng các quy tắc ủy quyền.</i>	
Dịch vụ phục hồi chức năng phổi Chúng tôi sẽ trả tiền cho các chương trình phục hồi chức năng phổi cho thành viên bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn 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 tắc ủy quyền.</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, giang mai, và viêm gan B. Các dịch vụ tầm soát này được đài thọ 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 sẽ đài thọ cho các xét nghiệm này mỗi 12 tháng hoặc ở những thời điểm nhất định suốt thời gian mang thai. Chúng tôi cũng sẽ trả cho tối đa hai buổi tư vấn trực tiếp về hành vi có tính chuyên sâu mỗi năm cho người lớn có sinh hoạt tình dục và 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. Buổi làm việc phải ở tại cơ sở chăm sóc chính, ví dụ như phòng khám của bác sĩ.	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
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 • Vật lý trị liệu, trị liệu vận động và trị liệu 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 gây đông máu • Máu, bao gồm việc lưu trữ và truyền máu • Các trang thiết bị y tế và phẫu thuật 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 sẽ thường xuyên nhận dịch vụ chăm sóc từ các cơ sở trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc của mình từ một cơ sở không nằm 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: • Viện dưỡng lão hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc thường xuyên là nơi quý vị sống ngay trước khi vào bệnh viện (miễn là nơi này cung cấp dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng) • Một cơ sở điều dưỡng nơi vợ/chồng hoặc bạn tình sống chung của quý vị đang sống tại thời điểm quý vị rời khỏi bệnh viện <i>Có thể áp dụng các quy tắc ủy quyền.</i>	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
Liệu pháp Tập thể dục có Giám sát (SET) Các chương trình sẽ thanh toán SET cho các thành 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 đào tạo tập luyện trị liệu cho PAD ở các thành viên bị chuột rút chân do lưu lượng máu kém (tình trạng khép khiêng) • Ở bệnh viện ngoại trú hoặc tại phòng khám bác sĩ • Thực hiện bởi nhân viên đủ trình độ đảm bảo quyền lợi 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 y tá hành nghề/chuyên viên điều dưỡng lâm sàng được đào tạo về cả kỹ thuật hỗ trợ cuộc sống cơ bản và nâng cao <i>Có thể áp dụng các quy tắc ủy quyền.</i>	\$0
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. Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
Chăm sóc khẩn cấp (tiếp) Các dịch vụ chăm sóc cấp cứu và khẩn cấp trên toàn quốc được đài thọ lên tới giới hạn \$10,000 kết hợp mỗi năm theo lịch. Giới hạn này chỉ áp dụng cho các dịch vụ bên ngoài Hoa Kỳ. Liên hệ với chương trình để biết thêm chi tiết.	
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 LiveHealth Online 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 y tế của quý vị trong quá trình ghi danh, vì vậy chuẩn bị Thẻ ID Thành viên khi quý vị đăng ký. Quyền lợi thăm khám bác sĩ qua video: • Lần thăm khám giống như gặp trực tiếp bác sĩ của quý vị, nhưng chỉ bằng máy ảnh trên web. • 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. Các bác sĩ được hội đồng chứng nhận có thể giúp đỡ 24/7 cho hầu hết các loại chăm sóc và các tình trạng phổ biến như cúm, cảm lạnh, viêm kết mạc và các tình trạng khác. • Bác sĩ có thể gửi toa 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 nhà trị liệu hoặc nhà tâm lý học trong bốn ngày hoặc ít hơn.² Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
Thăm khám Bác sĩ qua Video (tiếp) 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 mại của Health Management Corporation, một công ty riêng, cung cấp dịch vụ sức khỏe qua điện thoại thay mặt chương trình này. 1. Toa thuốc được quy định dựa trên khuyến nghị của bác sĩ và quy định của tiểu bang (quy tắc). LiveHealth Online có mặt 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.	
 Chăm sóc thị lực Chúng tôi sẽ trả tiền 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 võng mạc do 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 bệnh tăng 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 Mỹ gốc Tây Ban Nha từ 65 tuổi trở lên Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi trả tiền	Những gì quý vị phải trả
Chăm sóc thị lực (tiếp) Chúng tôi sẽ trả tiền cho một cặp kính mắt hoặc kính áp tròng sau mỗi cuộc giải phẫu đục thủy tinh thể khi bác sĩ gắn kính nội nhãn. (Nếu quý vị trải qua hai cuộc giải phẫu đục thủy tinh thể riêng biệt, quý vị phải nhận một cặp kính mắt sau mỗi cuộc giải phẫu 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>Có thể áp dụng các quy tắc ủy quyền.</i>	
 Thăm khám Phòng ngừa “Chào mừng đến với Medicare” Chúng tôi đài thọ cho một lần khám phòng ngừa “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 ngừa 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 đài thọ cho cuộc thăm khám phòng ngừa “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



Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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. Quyền lợi được đài thọ bên ngoài Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

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

E1. Chương trình California Community Transitions (CCT)

Chương trình California Community Transitions (CCT) sử dụng các Tổ chức Điều hành ở địa phương để giúp cho người thụ hưởng của chương trình Medi-Cal đủ điều kiện, đã sống tại một cơ sở nội trú được ít nhất 90 ngày liên tục, 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 trước khi 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 Department of Health Care Services tại: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

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 tiền 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 tiền 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 đài thọ. 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 tham khảo Chương 5.

Lưu ý: Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc không phải là dịch vụ chuyển CCT, quý vị nên liên lạc với người quản lý hồ sơ của quý vị để sắp xếp cho các dịch vụ này. 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, xin 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 Dental Program

Một số dịch vụ nha khoa nhất định được cung cấp qua Medi Cal Dental Program; ví dụ, dịch vụ như:

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

Quyền lợi nha khoa có trong Medi-Cal Dental Program trả phí theo dịch vụ. Để biết thêm thông tin, hoặc nếu quý vị cần trợ giúp tìm nha sĩ chấp nhận Medi-Cal Dental Program, xin liên lạc với Đường dây Dịch vụ Khách hàng theo số 1-800-322-6384 (người dùng TTY xin gọi 1-800-735-2922).

Cuộc gọi được miễn phí. Nhân viên đại diện của Medi-Cal Dental Services Program luôn sẵn sàng 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 web dental.dhcs.ca.gov/ để biết thêm thông tin.

Ngoài các dịch vụ trả tiền của Medi-Cal Dental Program, 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 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 này có nghĩa là quý vị mắc bệnh giai đoạn cuối và dự kiến sẽ sống chưa đầy sáu tháng nữa. Bác sĩ chăm sóc cuối đời có thể là một nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc một nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Tham khảo 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 đài thọ bởi Medicare Phần A hoặc B có liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị:

- Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc 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 cuối đời liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị. Quý vị không phải trả tiền cho các dịch vụ này.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 đài thọ bởi Medicare Phần A hoặc B không liên quan đến tiền lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị (ngoại trừ dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp cần 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 đài thọ 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 đài thọ:

- Thuốc sẽ không bao giờ được cả cơ sở chăm sóc cuối đời và chương trình đài thọ đồng thời. Để biết thêm thông tin, vui lòng tham khảo Chương 5.

Lưu ý: Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc không phải là hồ sơ chăm sóc cuối đời, quý vị nên liên hệ với người quản lý hồ sơ của quý vị để sắp xếp cho các dịch vụ này. 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, giặt đồ, mua sắm tạp hóa, chăm sóc cá nhân, đưa đến cuộc hẹn 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 Supplemental Security Income/State Supplementary Program hoặc đáp ứng các yêu cầu điều kiện hội đủ về thu nhập của Medi-Cal.

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

F. Các quyền lợi không được đài thọ 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 đài thọ 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 đài thọ có liệt kê trong mục này (hoặc bất cứ nơi nào khác trong *Sổ tay Thành 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 đài thọ, quý vị có quyền nộp đơn kháng nghị. Để biết thông tin về việc gửi kháng cáo, tham khảo Chương 9.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 đài thọ:

- 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 đài thọ.
- Việc điều trị y tế và phẫu thuật thử nghiệm, các khoản mục, và thuốc men, trừ khi được Medicare đài thọ hoặc trong một cuộc nghiên cứu được Medicare chấp thuận hay được chương trình của chúng tôi đài thọ. Tham khảo Chương 3 để biết thêm thông tin về các nghiên cứu lâm sàng. Các 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 nghiêm trọng, 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 phục vụ riêng.
- Các vật dụng cá nhân trong phòng của quý vị tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng, ví dụ như điện thoại hoặc tivi.
- Chăm sóc điều dưỡng toàn thời gian tại nhà.
- Các khoản phí được tính bởi người thân hoặc thành viên trong hộ gia đình 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 hay hành động thẩm mỹ khác, trừ khi cần thiết do chấn thương bởi tai nạn hoặc để cải thiện 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 trị liệu cột sống, ngoài việc nắn cột sống bằng tay theo hướng dẫn bảo hiểm.
- Chăm sóc chân định kỳ, trừ những loại được mô tả trong Các dịch vụ điều trị 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 về chân do bệnh tiểu đường.
- Các thiết bị hỗ trợ bàn chân, ngoại trừ giày chỉnh hình hoặc giày trị liệu dành cho người mắc bệnh về chân do tiểu đường.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



- Mổ mắt keratotomy xuyên tâm (RK), 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.
- Dịch vụ liệu pháp tự nhiên (sử dụng phương pháp điều trị tự nhiên hoặc biện pháp điều trị thay thế).
- Các dịch vụ cung cấp cho cựu quân nhân tại các cơ sở của 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 bồi hoàn cho cựu quân nhân này khoản chênh lệch. Quý vị vẫn phải chịu trách nhiệm trả các khoản chi phí của quý vị.



Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 kê toa cho bệnh nhân ngoại trú thông qua chương trình

Giới thiệu

Chương này giải thích các quy tắc để có thể nhận được thuốc kê 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 đài thọ. 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 Thành 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 bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác, và thuốc quý vị được cho dùng tại phòng khám lọc thận. Để tìm hiểu thêm về việc thuốc Medicare Phần B nào được bảo hiểm, tham khảo Bảng Quyền lợi tại Chương 4.

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

Chúng tôi thường sẽ đài thọ cho các thuốc của quý vị với điều kiện là quý vị phải tuân thủ các quy tắc 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. Thông thường quý vị phải sử dụng một nhà thuốc trong mạng lưới để lấy thuốc kê toa của mình.
3. Thuốc kê toa của quý vị phải có trong *Danh sách Thuốc Được đài thọ* 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 đài thọ nó bằng cách cho quý vị hưởng ngoại lệ.
 - Tham khảo Chương 9 để tìm hiểu về việc xin hưởng ngoại lệ.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 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 bệnh lý mà một loại thuốc được kê toa, chứ không phải liệu 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 bệnh lý).

Mục lục

A. Mua thuốc kê toa của quý vị.....	111
A1. Mua thuốc kê toa của quý vị tại nhà thuốc trong mạng lưới.....	111
A2. Sử dụng Thẻ ID Thành viên khi quý vị mua thuốc kê toa.....	111
A3. Nếu quý vị muốn chuyển sang dùng một nhà thuốc khác trong mạng lưới thì phải làm gì	111
A4. Cần phải làm gì nếu nhà thuốc của quý vị rời khỏi mạng lưới	111
A5. Sử dụng nhà thuốc chuyên khoa	112
A6. Sử dụng dịch vụ gửi qua đường bưu điện để mua thuốc được không.....	112
A7. Mua một lượng cấp của thuốc để sử dụng lâu dài	114
A8. Sử dụng nhà thuốc không nằm trong mạng lưới của chương trình	115
A9. Thanh toán lại cho quý vị khi quý vị đã trả tiền để mua một toa thuốc.....	115
B. Danh sách Thuốc của chương trình.....	116
B1. Thuốc trong Danh sách Thuốc	116
B2. Làm sao để tìm một loại thuốc ở trong Danh sách Thuốc.....	116
B3. Thuốc đó có thể không nằm trong Danh mục Thuốc.....	116
B4. Bậc chia sẻ chi phí trong Danh sách Thuốc.....	117
C. Giới hạn về một số thuốc	118
D. Lý do thuốc của quý vị có thể sẽ không được đài thọ.....	119
D1. Nhận một lượng tạm thời	120
E. Thay đổi về bảo hiểm cho thuốc của quý vị	122

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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. Bảo hiểm thuốc trong những trường hợp đặc biệt	124
F1. Nếu quý vị đang nằm viện hoặc ở trong cơ sở điều dưỡng chuyên môn được chương trình của chúng tôi đài thọ.....	124
F2. Nếu quý vị đang ở tại một cơ sở chăm sóc dài hạn.....	124
F3. Nếu quý vị đang tham gia chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận.....	125
G. Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc	125
G1. Các chương trình giúp thành viên sử dụng thuốc an toàn.....	125
G2. Các chương trình giúp thành viên quản lý thuốc của mình.....	126
G3. Chương trình quản lý thuốc để giúp các thành viên sử dụng thuốc opioid an toàn	126



A. Mua thuốc kê toa của quý vị

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

Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi sẽ **chỉ** thanh toán cho thuốc kê 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 thành viên chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể sử dụng 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 web của chúng tôi, hoặc liên hệ với Ban Dịch vụ Hội viên.

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

Để mua thuốc, quý vị phải **xuất trình Thẻ ID Thành 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 kê toa được đài thọ của quý vị. Quý vị có thể phải trả cho nhà thuốc tiền đồng chi trả khi quý vị nhận thuốc kê toa của quý vị.

Nếu quý vị không mang theo Thẻ ID Thành viên khi mua thuốc kê toa của quý vị, hãy nhờ nhà thuốc đó gọi điện cho chúng tôi để tìm hiểu về 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 kê 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 làm những gì có thể để hỗ trợ.

- Để tìm hiểu về cách yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho quý vị, tham khảo 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 nhà thuốc và cần mua tiếp thuốc theo toa, quý vị có thể yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ viết cho một toa mới hoặc yêu cầu nhà thuốc của quý vị chuyển toa đó cho một nhà thuốc mới nếu còn thuốc mua tiếp.

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 nhà thuốc quý vị đang dùng rời khỏi mạng lưới của chương trình, quý vị sẽ phải tìm một nhà thuốc mới trong mạng lưới.

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 web của chúng tôi, hoặc liên hệ với Ban Dịch vụ Hội viên.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



A5. Sử dụng nhà thuốc chuyên khoa

Đôi khi đơn thuốc phải được mua ở một nhà thuốc chuyên khoa. Nhà thuốc chuyên khoa bao gồm:

- Nhà thuốc cung cấp thuốc cho liệu pháp tiêm truyền thuốc tại nhà.
- Nhà thuốc cung cấp các loại thuốc cho người cư trú tại cơ sở chăm sóc dài hạn, như viện dưỡng lão chẳng hạn.
 - Thường các cơ sở chăm sóc dài hạn có sẵn nhà thuốc riêng của họ. Nếu quý vị là người cư trú tại một cơ sở chăm sóc dài hạn, 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 dài hạn của quý vị không nằm trong mạng lưới của chúng tôi, hoặc nếu quý vị gặp bất kỳ khó khăn gì đối với quyền lợi thuốc của quý vị trong một cơ sở chăm sóc dài hạn, xin liên hệ với Ban Phục vụ Hội viên.
- Nhà thuốc phục vụ cho Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program. Trừ trường hợp cấp cứu, chỉ có Người Mỹ Bản địa hoặc Alaska Bản địa mới được sử dụng các nhà thuốc này.
- Nhà thuốc cung cấp các loại thuốc cần xử lý và hướng dẫn đặc biệt về cách sử dụng chúng.

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 web của chúng tôi, hoặc liên hệ với Ban Dịch vụ Hội viên.

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

Đối với một số loại thuốc nhất định, quý vị có thể sử dụng các dịch vụ đặt hàng gửi qua đường bưu điện trong mạng lưới của chương trình. 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 mạn tính hoặc phải điều trị lâu dài. Các loại thuốc được cung cấp qua dịch vụ đặt hàng gửi qua đường bưu điện của chương trình chúng tôi sẽ được đánh dấu là thuốc đặt hàng gửi qua đường bưu điện trong Danh Sách Thuốc.

Dịch vụ gửi qua đường 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 chi trả bằng với lượng thuốc của một tháng.

Mua thuốc qua bưu điện

Để nhận được biểu mẫu đặt hàng và thông tin về việc mua thuốc kê toa của quý vị qua thư, liên hệ với Ban Dịch vụ Thành viên Nhà thuốc theo số 1-833-370-7466 (TTY: 711) 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. Hoặc gọi 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, xin 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.



Thông thường, thuốc kê toa đặt mua gửi qua đường 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 gửi 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. Liên hệ Ban Dịch vụ Thành 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 kê toa đặt mua gửi qua đường 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 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:

- Quý vị từng sử dụng dịch vụ gửi qua đường bưu điện với chương trình này trước đó, 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 hệ để xem quý vị có muốn nó trước khi nó được vận chuyển hay không, quý vị có thể hội 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 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 để tìm hiểu xem quý vị có muốn mua thuốc và giao ngay lập tức hay không.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



- 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 phản hồi mỗi lần quý vị được nhà thuốc liên lạc, để cho họ biết những việc phải thực hiện với toa thuốc mới và để phòng tránh việc chậm trễ khi giao hàng.

Để chọn không tham gia giao thuốc kê toa mới trực tiếp từ văn phòng của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, 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.

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

Để mua thêm thuốc, quý vị có thể lựa chọn đăng ký chương trình mua thêm thuốc tự động. Theo chương trình này, chúng tôi sẽ bắt đầu tự động xử lý đơn đặt mua thêm tiếp theo của quý vị khi hồ sơ của chúng tôi cho thấy quý vị sắp hết thuốc.

- Hiệu thuốc sẽ liên hệ với quý vị trước khi giao từng đợt thuốc lấy tiếp nhằm đảm bảo quý vị đang cần thêm thuốc và có thể hủy việc lấy tiếp thuốc theo lịch nếu quý vị đang có đủ loại thuốc của mình hoặc khi thuốc của quý vị đã thay đổi.
- Nếu quý vị chọn không sử dụng chương trình tự động cấp tiếp thuốc của chúng tôi, vui lòng liên lạc với hiệu thuốc của quý vị 30 ngày trước khi quý vị nghĩ rằng các loại thuốc mà quý vị hiện có sẽ hết để đảm bảo là lần đặt hàng tiếp theo của quý vị sẽ được giao hàng đúng lúc.

Để chương trình của chúng tôi không tự động mua thuốc gửi qua đường bưu điện, vui lòng liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi cho chương trình IngenioRx Home Delivery theo số 1-833-203-1738 (TTY: 711), 24 giờ một ngày, 7 ngày mỗi tuần để cho họ biết cách thức liên hệ quý vị thích. Cuộc gọi được miễn phí.

Để nhà thuốc có thể liên hệ với quý vị để xác nhận đơn hàng trước khi giao, xin vui lòng đảm bảo cho nhà thuốc biết cách tốt nhất để liên hệ với quý vị. Vui lòng liên hệ chương trình IngenioRx Home Delivery theo số 1-833-203-1738 (TTY: 711), 24 giờ một 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.



Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 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 chi 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 biết thêm thông tin.

Đối với một số loại thuốc, quý vị có thể sử dụng dịch vụ đặt mua thuốc gửi qua đường bưu điện trong mạng lưới của chương trình để nhận cung cấp thuốc điều trị duy trì dài hạn. Tham khảo mục trên để tìm hiểu về dịch vụ gửi qua đường bưu điện.

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 nhà thuốc trong mạng lưới ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi để quý vị được mua thuốc kê toa với tư cách là thành viên của chương trình chúng tôi.

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 kê toa liên quan đến chăm sóc khẩn cấp hoặc cấp cứu y tế
- Nếu quý vị không thể nhận được thuốc được đài thọ 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 kê toa mà không thường xuyên được lưu trữ tại một nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới có thể đến được hoặc nhà thuốc cung cấp dịch vụ gửi 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 đài thọ

Trong những trường hợp này, xin hãy 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 toa 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 chi trả khi quý vị mua thuốc kê toa. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả lại cho quý vị phần chi phí mà chúng tôi phải trả.

Để tìm hiểu thêm về điều này, tham khảo Chương 7.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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. Danh sách Thuốc của chương trình

Chúng tôi có *Danh sách Thuốc được Đãi thọ*. Chúng tôi gọi tắt là “Danh sách Thuốc”.

Thuốc trong Danh sách Thuốc được chúng tôi chọn với sự trợ giúp của một nhóm bác sĩ và dược sĩ. Danh sách Thuốc cũng cho quý vị biết có quy tắc 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.

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 kê 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. Thuốc gốc có cùng thành phần hoạt chất như thuốc biệt dược. Nói chung, chúng cũng có hiệu quả tương đương thuốc chính hiệu nhưng thường là rẻ hơn.

Chương trình của chúng tôi cũng đãi thọ cho các thuốc và sản phẩm OTC. Một số thuốc OTC rẻ hơn thuốc kê toa và có tác dụng tốt tương tự. Để biết thêm thông tin, 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 kê 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 sách 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 nên thanh toán cho một loại thuốc không được đãi thọ theo hồ sơ của mình, quý vị có thể gửi kháng nghị. (Để tìm hiểu cách nộp kháng nghị, tham khảo Chương 9.)

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



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

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 đài thọ theo Medicare Phần A hoặc Phần B rồi. Thuốc được đài thọ theo Medicare Phần A hoặc Phần B được Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan đài thọ 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.
3. Việc sử dụng thuốc đó phải được 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 kê toa một loại thuốc nhất định để điều trị bệnh trạng của quý vị, ngay cả khi chưa được chấp thuận điều trị bệnh trạng đó. Việc này được gọi là sử dụng thuốc ngoài hướng dẫn. Chương trình của chúng tôi thường không đài thọ 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 đài thọ.

- 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 dương, 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 bậc (4). 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 chia sẻ chi phí càng cao, thì chi phí thuốc của quý vị càng cao.

- Thuốc Bậc 1 là các thuốc gốc và thuốc biệt dược ưu tiên Medicare Phần D. Tiền đồng chi trả là \$0.
- Thuốc Bậc 2 là các thuốc gốc và thuốc biệt dược ưu tiên và không ưu tiên thuộc Medicare Phần D. Tiền đồng chi trả từ \$0 đến \$9.85, tùy thuộc thu nhập của quý vị.
- Thuốc Bậc 3 là các thuốc gốc và thuốc biệt dược Medi-Cal được Tiểu bang phê duyệt. Tiền đồng chi trả là \$0.
- Thuốc Bậc 4 là thuốc không cần kê toa (OTC) Medi-Cal được Tiểu bang phê duyệt yêu cầu toa thuốc từ nhà cung cấp. Tiền đồng chi trả là \$0.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 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 đài thọ các thuốc đó ra sao và vào lúc nào. Nói chung, các quy định của chúng tôi khuyến khích quý vị mua 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 tắc 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 đài thọ cho loại thuốc đó. Ví dụ: nhà cung cấp của quý vị có thể trước tiên phải báo cho chúng tôi biết các chẩn đoán hoặc đưa ra các kết quả xét nghiệm máu của quý vị. Nếu quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ của quý vị cho rằng không nên áp dụng quy tắc 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 đồng ý hoặc không đồng ý cho phép quý vị sử dụng thuốc mà không thực hiện thêm các bước.

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

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

Nhìn chung, một thuốc “gốc” có tác dụng giống như thuốc biệt dược và thường rẻ hơn. Trong hầu hết các trường hợp, nếu có phiên bản thuốc gốc của một thuốc biệt dược, 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 biệt dược 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 biệt dược **hoặc** đã cho biết lý do y tế mà thuốc thể phẩm lẫn các thuốc được đài thọ để điều trị cùng bệnh trạng đó đều không có tác dụng đối với quý vị, thì khi đó chúng tôi sẽ đài thọ loại thuốc biệt dược đó.
- Tiền đồng chi trả cho loại thuốc biệt dược 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 đài thọ thuốc đó.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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. Thử dùng một loại thuốc khác trước đã

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 đòi hỏi 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 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 đòi hỏi

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 đòi hỏi 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 sách Thuốc của chúng tôi. Một phiên bản gốc của thuốc đó có thể sẽ được đòi hỏi, nhưng phiên bản thuốc biệt dược 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 đòi hỏi nhưng có các quy tắc hoặc giới hạn đặc biệt về đòi hỏi cho loại thuốc đó. Như đã nói ở mục trên, một số các loại thuốc được chương trình của chúng tôi bảo hiểm có những quy tắc giới hạn việc sử dụng của chúng. Trong một số trường hợp, quý vị hoặc bác sĩ 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 đòi hỏi theo cách mà quý vị mong muốn.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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. 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 đàm thọ cho thuốc đó.

Để tạm thời được cung cấp thuốc, quý vị phải đáp ứng hai quy tắc dưới đây:

1. Thuốc 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**
- hiện giờ được giới hạn dưới một số hình thức.

2. Quý vị phải đang ở một trong những tình huống sau:

- Quý vị đã tham gia chương trình từ năm ngoái.
 - Chúng tôi sẽ đàm thọ 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 toa 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 lấy thuốc kê toa tại một nhà thuốc trong mạng lưới.
 - Nhà thuốc của cơ sở chăm sóc lâu dài có thể cung cấp thuốc kê 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 đàm thọ cho lượng cấp của thuốc mua tạm của quý vị **trong 90 ngày đầu tiên làm thành viên của chương trình**.
 - Việc cung cấp thuốc tạm thời này sẽ được cho phép lên đến 31 ngày.
 - Nếu toa 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 lấy thuốc kê toa tại một nhà thuốc trong mạng lưới.
 - Nhà thuốc của cơ sở chăm sóc lâu dài có thể cung cấp thuốc kê toa với số lượng nhỏ trong một lần để ngăn ngừa sự lãng phí.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 đã tham gia chương trình trên 90 ngày sống trong cơ sở chăm sóc dài hạn và cần có một lượng cấp thuốc ngay.
 - Chúng tôi sẽ đài thọ cho một lượng 34 ngày, hoặc ít hơn nếu toa thuốc 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 đài thọ 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. Dưới đây là các lựa chọn của quý vị:

- Quý vị có thể thay đổi sang một loại 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 cho Ban Dịch vụ Hội viên để xin danh sách thuốc được đài thọ trị cùng loại bệnh đó. Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp dịch vụ của quý vị tìm được thuốc được đài thọ 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 bảo hiểm cho thuốc mà không bị áp đặt giới hạn. Nếu nhà cung cấp của quý vị nói rằng quý vị có lý do chính đáng để nhận được một ngoại lệ, người đó có thể giúp quý vị yêu cầu việc đó.

Để tìm hiểu thêm về việc yêu cầu một ngoại lệ, tham khảo 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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. 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 quy tắc của mình về các loại thuốc. Ví dụ, chúng tôi có thể:

- Quyết định yêu cầu hoặc không yêu cầu sự phê duyệt 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 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 tắc về thuốc này, tham khảo Phần C phía trên trong chương này.

Nếu quý vị đang dùng một loại thuốc được đài thọ 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 sách Thuốc, **hoặc**
- 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 sách Thuốc thay đổi, quý vị luôn có thể:

- Kiểm tra Danh sách Thuốc cập nhật trực tuyến tại duals.anthem.com hoặc
- Gọi Ban Dịch vụ Thành viên Nhà thuốc để kiểm tra Danh sách Thuốc hiện tại 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 gốc mới xuất hiện trên thị trường có tác dụng tương tự một loại thuốc biệt dược trong Danh sách Thuốc bây giờ. Khi điều đó xảy ra, chúng tôi có thể loại bỏ loại thuốc biệt dược và thêm thuốc gốc mới, nhưng chi phí cho loại thuốc mới sẽ giữ nguyên.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



Khi chúng tôi thêm thuốc gốc loại mới, chúng tôi cũng có thể quyết định giữ thuốc biệt dược 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 tham khảo Chương 9 sổ tay này để biết thêm thông tin về ngoại lệ.
- **Một loại thuốc bị thu hồi khỏi thị trường.** Nếu 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 sẽ nói chuyện với quý vị để tìm một loại thuốc khác trị bệnh cho 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**
 - Thay thế một loại thuốc biệt dược hiện có trong Danh sách Thuốc **hoặc**
 - Thay đổi các quy tắc bảo hiểm hoặc giới hạn cho thuốc biệt dược.
- Chúng tôi thêm thuốc gốc **và**
 - Thay thế một loại thuốc biệt dược hiện có trong Danh sách Thuốc **hoặc**
 - Thay đổi các quy tắc bảo hiểm hoặc giới hạn cho thuốc biệt dược.

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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 sẽ cho phép quý vị có thời gian trao đổi với bác sĩ của mình hoặc bác sĩ kê toa khác. Họ 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, tham khảo 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 đài thọ vào **đầu năm**, chúng tôi thường sẽ không loại bỏ hoặc thay đổi đài thọ 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 đài thọ

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

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

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 viện dưỡng lão, sẽ có nhà thuốc của riêng mình hoặc một nhà 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



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

Thuốc sẽ không bao giờ được cả cơ sở chăm sóc cuối đời và chương trình đài thọ đồng thời.

- Nếu quý vị đã được ghi danh vào một chương trình chăm sóc cuối đời của Medicare và cần thuốc giảm đau, chống buồn nôn, nhuận tràng hoặc an thần mà không được chương trình chăm sóc cuối đời của quý vị đài thọ vì nó không liên quan đến tiên lượng tử vong và tình trạng liên quan của quý vị, chương trình chúng tôi phải được bác sĩ kê toa cho quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị thông báo rằng thuốc đó không liên quan thì chương trình của chúng tôi mới có thể đài thọ 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 đài thọ, quý vị có thể yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc bác sĩ 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 kê toa cho quý vị.

Nếu quý vị rời khỏi cơ sở chăm sóc cuối đời, chương trình của chúng tôi sẽ đài thọ tất cả các loại thuốc của quý vị. Để tránh mọi chậm trễ tại nhà thuốc khi quyền lợi chăm sóc cuối đời 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. Tham khảo các phần trước của chương này nói về các quy định để được đài thọ thuốc theo Phần D.

Để tìm hiểu thêm về quyền lợi chăm sóc cuối đời, tham khảo Chương 4.

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

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

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

- 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 kê toa của quý vị, chúng tôi sẽ bàn bạc với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để giải quyết vấn đề đó.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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. Các chương trình giúp thành viên quản lý thuốc của mình

Nếu quý vị sử dụng thuốc cho nhiều bệnh trạng khác nhau và/hoặc đang tham gia Chương trình Quản lý Thuốc để giúp quý vị sử dụng thuốc opioid một cách an toàn, quý vị có thể hội đủ điều kiện được nhận các dịch vụ, miễn phí cho quý vị, qua chương trình quản lý trị liệu bằng thuốc (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. Dược sĩ hoặc chuyên gia sức khỏe khác sẽ đưa ra một xét duyệt toàn diện về tất cả các loại thuốc của quý vị và trao đổi với quý vị về:

- Cách nhận quyền lợi nhiều nhất từ các loại thuốc quý vị đang dùng
- Bất cứ quan ngại nào quý vị có, như chi phí thuốc và các phản ứng thuốc
- Cách tốt nhất để sử dụng thuốc của quý vị
- Bất kỳ câu hỏi hoặc vấn đề gì mà quý vị có thể có về thuốc kê 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. Ngoài ra, quý vị sẽ nhận được thông tin về cách tiêu hủy an toàn thuốc kê toa là các chất được kiểm soát.

Tốt nhất là hãy lên kế hoạch cho việc xét duyệt thuốc của quý vị trước lần thăm khám “sức khỏe” hằng năm, để quý vị có thể trao đổi với bác sĩ của mình về chương trình 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.

Chương trình quản lý thuốc là tự nguyện và được miễn phí cho các thành viên hội đủ điều kiện. Nếu chúng tôi có một chương trình phù hợp với nhu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ ghi danh quý vị vào chương trình đó và gửi thông tin 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.

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

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

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 sử dụng thuốc opioid mà quý vị nhận được từ một số bác sĩ hoặc nhà thuốc hoặc nếu quý vị bị quá liều opioid, chúng tôi có thể nói chuyện với bác sĩ của quý vị để đảm bảo rằng việc sử dụng thuốc opioid của quý vị là phù hợp và cần thiết về mặt y tế. Làm việc với bác sĩ của quý vị, nếu chúng tôi quyết định việc quý vị sử dụng thuốc opioid hoặc thuốc benzodiazepine kê toa là không an toàn, chúng tôi có thể giới hạn cách quý vị có thể nhận được những loại thuốc đó. Hạn chế có thể bao gồm:

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

Nếu chúng tôi nghĩ rằng 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 hơn và bất kỳ thông tin nào quý vị cho là quan trọng để chúng tôi biết.. Nếu chúng tôi quyết định giới hạn đài thọ của quý vị đối với những loại thuốc này sau khi quý vị có cơ hội phản hồi, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư khác xác nhận những hạn chế.

Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã làm sai, quý vị không đồng ý rằng quý vị đang gặp nguy cơ sử dụng sai thuốc kê toa, hoặc quý vị không đồng ý hạn chế, quý vị và bác sĩ kê toa của quý vị có thể nộp đơn kháng nghị. Nếu quý vị nộp đơn kháng nghị, chúng tôi sẽ xem xét trường hợp của quý vị và đưa ra quyết định của chúng tôi. Nếu chúng tôi tiếp tục từ chối bất kỳ phần nào trong đơn kháng nghị của quý vị liên quan đến các giới hạn trong việc tiếp cận của quý vị với các loại thuốc này, chúng tôi sẽ tự động chuyển trường hợp của quý vị cho Cơ quan Đánh giá Độc lập (IRE). (Để tìm hiểu cách nộp đơn kháng nghị và tìm hiểu thêm về IRE, tham khảo Chương 9.)

DMP không thể áp dụng với quý vị nếu:

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

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

Giới thiệu

Chương này cho biết những gì quý vị thanh toán cho các loại thuốc kê toa bệnh nhân ngoại trú. Bắt đầu từ “thuốc”, chúng tôi muốn đề cập đến:

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

Vì quý vị hội đủ điều kiện hưởng Medi-Cal, quý vị được “Trợ cấp Đặc biệt” (Extra Help) của Medicare để giúp thanh toán cho các thuốc kê toa Medicare Phần D của quý vị.

“Trợ cấp Đặc biệt” (Extra Help) 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 phí bảo hiểm, các khoản khấu trừ và tiền đồng chi trả. “Trợ cấp Đặc biệt” (Extra Help) còn được gọi là “Trợ cấp Thu nhập Thấp” hoặc “LIS”.

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

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

- *Danh sách Thuốc được Đài thọ 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) bậc chia sẻ chi phí
 - Có bất cứ giới hạn nào về các loại thuốc 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 mạng luôn là danh sách mới nhất.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 của *Sổ tay Thành viên* này.
 - Chương 5 cho biết cách nhận thuốc kê toa ngoại trú của quý vị qua chương trình của chúng tôi.
 - Chương này cũng có các quy tắc mà quý vị cần phải tuân thủ. Nó cũng cho biết những loại thuốc kê toa 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 đài thọ 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. <i>Bảng Giải thích Quyền lợi Bảo hiểm (EOB)</i>	130
B. Cách theo dõi chi phí thuốc của quý vị.....	131
C. Các Giai đoạn Thanh toán Thuốc cho các thuốc Medicare Phần D	132
D. Giai đoạn 1: Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu	132
D1. Các lựa chọn nhà thuốc của quý vị.....	133
D2. Nhận cung cấp thuốc dài kỳ	133
D3. Khoản quý vị trả	133
D4. Kết thúc Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu	135
E. Giai đoạn 2: Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương	135
F. Chi phí thuốc của quý vị sẽ ra sao khi bác sĩ của quý vị kê ít hơn lượng cấp của cả tháng	136
G. Trợ cấp chia sẻ chi phí thuốc kê toa cho người bị HIV/AIDS.....	136
G1. Chương trình Trợ cấp Thuốc AIDS (ADAP) là gì	136
G2. Phải làm gì nếu quý vị không được ghi danh vào ADAP	137
G3. Phải làm gì nếu quý vị đã được ghi danh vào ADAP	137
H. Tiêm vắc-xin	137
H1. Quý vị cần biết gì trước khi quý vị tiêm vắc-xin	137
H2. Những gì quý vị phải trả cho việc tiêm vắc-xin trong Medicare Phần D	138

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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. Bảng Giải thích Quyền lợi Bảo hiểm (EOB)

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

- **Chi phí tự 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 kê toa qua chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản tóm tắt gọi là tờ *Giải thích Quyền lợi*. Chúng tôi gọi ngắn gọn là EOB. EOB có thêm thông tin về thuốc quý vị dùng. EOB này sẽ bao gồm:

- **Thông tin trong tháng.** Bản tóm tắt 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 1.
- **Thông tin giá thuốc.** Đây là tổng giá của thuốc và phần trăm thay đổi của giá thuốc kể từ lần mua đầu tiên.
- **Các tùy chọn thay thế chi phí thấp hơn.** Các tùy chọn sẽ xuất hiện trong phần tóm tắt bên dưới các loại thuốc hiện tại của quý vị khi có sẵn. Quý vị có thể nói chuyện với bác sĩ kê toa của mình để tìm hiểu thêm.

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

- 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 xem thuốc nào được chương trình của chúng tôi bảo hiểm, tham khảo Danh sách Thuốc.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 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. Dưới đây là cách quý vị có thể giúp chúng tôi:

1. Sử dụng Thẻ ID Thành viên của quý vị.

Xuất trình Thẻ ID Thành viên vào mỗi lần quý vị mua thuốc KÊ 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.

Cấp cho chúng tôi bản sao các hóa đơn 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.

Dưới đây là một số thời điểm quý vị nên cung cấp cho chúng tôi bản sao các hóa đơn của quý vị:

- Khi quý vị mua một loại thuốc được đài thọ tại một nhà thuốc trong mạng lưới theo mức giá đặc biệt hoặc thẻ giảm giá không thuộc quyền lợi của chương trình chúng tôi
- Khi quý vị thanh toán tiền đồng chi 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 đài thọ tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới
- Khi quý vị thanh toán toàn bộ chi phí cho thuốc được đài thọ

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, tham khảo Chương 7.

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

Các khoản thanh toán được thực hiện bởi những người hoặc tổ chức khác cũng được tính vào chi phí tự trả của quý vị. Ví dụ, các khoản thanh toán của chương trình hỗ trợ thuốc AIDS, Indian Health Service, hầu hết các tổ chức từ thiện đều được tính vào chi phí tự chi trả của quý vị. Việc này có thể giúp quý vị đủ điều kiện được hưởng giai đoạn bảo hiểm tai ương. 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 EOB chúng tôi gửi cho quý vị.

Khi quý vị nhận được tờ EOB 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 EOB này. Chúng là hồ sơ quan trọng về các chi phí thuốc của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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. Các Giai đoạn Thanh toán Thuốc cho các thuốc Medicare Phần D

Có hai giai đoạn thanh toán cho việc bảo hiểm thuốc kê 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:

Giai đoạn 1: Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu	Giai đoạn 2: Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương
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 chi phí gọi là tiền đồng chi trả. Quý vị bắt đầu giai đoạn này khi quý vị mua thuốc kê toa 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 2022. Quý vị sẽ bắt đầu giai đoạn này khi quý vị đã trả một số tiền nhất định cho các chi phí tự trả.

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 kê toa được đài thọ của quý vị, và quý vị trả phần chia sẻ chi phí của quý vị. Phần chi phí mà quý vị phải chi phí gọi là tiền đồng chi trả. Tiền đồng chi trả sẽ tùy thuộc vào bậc chia sẻ chi phí của thuốc và nơi mà quý vị mua thuốc.

Bậc chia sẻ chi phí là các nhóm thuốc có cùng khoản tiền đồng chi trả. Mỗi loại thuốc trong Danh Sách Thuốc của chương trình thuộc một trong bốn (4) bậc chia sẻ chi phí. Thông thường, số bậc cao hơn thì khoản đồng chi trả 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 biệt dược ưu tiên Medicare Phần D. Tiền đồng chi trả là \$0.
- Thuốc Bậc 2 là các thuốc gốc và thuốc biệt dược không ưu tiên và ưu tiên thuộc Medicare Phần D. Tiền đồng chi trả từ \$0 đến \$9.85, tùy thuộc thu nhập của quý vị.
- Thuốc Bậc 3 là các thuốc gốc và thuốc biệt dược Medi-Cal được Tiểu bang phê duyệt. Chúng có tiền đồng chi trả \$0.
- Thuốc Bậc 4 là thuốc không cần kê toa (OTC) Medi-Cal được Tiểu bang phê duyệt yêu cầu toa thuốc từ nhà cung cấp. Chúng có tiền đồng chi trả \$0 với toa thuốc từ nhà cung cấp của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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. Các lựa chọn nhà thuốc của quý vị

Quý vị phải trả bao nhiêu cho một loại thuốc sẽ tùy vào quý vị lấy thuốc từ đâu:

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

Trong một số ít trường hợp, chúng tôi bảo hiểm cho thuốc kê toa mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới. Tham khảo 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, tham khảo 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

Đối với một số loại thuốc, quý vị có thể được cấp thuốc dài kỳ (còn được gọi là “nguồn tiếp liệu mở rộng”) khi quý vị lấy thuốc kê toa. Cung cấp thuốc dài kỳ là lần cấp thuốc đủ dùng cho tối đa 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 kỳ, tham khảo 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 chi trả vào mỗi lần quý vị mua thuốc kê toa. Nếu chi phí thuốc được đài thọ của quý vị nhỏ hơn khoản tiền đồng chi trả đó, quý vị sẽ trả mức thấp hơn.

Quý vị có thể liên hệ với Ban Dịch vụ Hội viên để tìm hiểu về tiền đồng chi trả của quý vị là bao nhiêu cho bất kỳ thuốc được đài thọ nào.

Phần chia sẻ chi phí của quý vị khi quý vị mua lượng cấp một tháng hoặc lâu dài của một loại thuốc kê toa được đài thọ từ:

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 gửi qua bưu điện của chương trình	Nhà thuốc chăm sóc dài hạn trong mạng lưới	Một 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. Tham khảo Chương 5 để biết chi tiết.
	Cấp thuốc cho một tháng hoặc lên tới 93 ngày	Cấp thuốc cho một tháng hoặc lên tới 93 ngày	Cấp thuốc dùng cho lên tới 34 ngày	
Chia sẻ Chi phí Bậc 1 (Các thuốc gốc và thuốc biệt được ưu tiên Medicare Phần D)	\$0	\$0	\$0	Xin gọi Ban Dịch vụ Hội viên để được hỗ trợ.
Chia sẻ Chi phí Bậc 2 (Các thuốc gốc và thuốc biệt được không ưu tiên và ưu tiên thuộc Medicare Phần D)	Thuốc gốc: \$0/\$1.35/\$3.95 Thuốc chính hiệu: \$0/\$4/\$9.85 (tùy theo mức “Trợ cấp Đặc biệt” (Extra Help))	Thuốc gốc: \$0/\$1.35/\$3.95 Thuốc chính hiệu: \$0/\$4/\$9.85 (tùy theo mức “Trợ cấp Đặc biệt” (Extra Help))	Thuốc gốc: \$0/\$1.35/\$3.95 Thuốc chính hiệu: \$0/\$4/\$9.85 (tùy theo mức “Trợ cấp Đặc biệt” (Extra Help))	Xin gọi Ban Dịch vụ Hội viên để được hỗ trợ.
Chia sẻ Chi phí Bậc 3 (Thuốc gốc và thuốc biệt được kê toa được Tiểu bang phê duyệt được đài thọ Medi-Cal)	\$0 (lên tới 31 ngày)	Không có cho các thuốc trong bậc này	\$0 (lên tới 34 ngày)	Xin gọi Ban Dịch vụ Hội viên để được hỗ trợ.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 gửi qua bưu điện của chương trình	Nhà thuốc chăm sóc dài hạn trong mạng lưới	Một 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	Cấp thuốc dùng cho lên tới 34 ngày	Lượng cấp tối đa 10 ngày. Việc bảo hiểm được giới hạn trong phạm vi các trường hợp nào đó mà thôi. Tham khảo Chương 5 để biết chi tiết.
Chia sẻ Chi phí Bậc 4 (Các thuốc mua không cần toa (OTC) được Tiểu bang phê duyệt Medi-Cal 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)	Xin gọi Ban Dịch vụ Hội viên để được hỗ trợ.

Để biết nhà thuốc nào có thể cung cấp cho quý vị các lượng cấp lâu dài, tham khảo 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 \$7,050. Tại thời điểm đó, 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.

Các báo cáo EOB 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 nếu quý vị đạt đến giới hạn \$7,050. Nhiều người thường không đạt tới mức này trong một năm.

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

Khi quý vị đạt đến giới hạn số tiền tự trả \$7,050 cho thuốc theo toa 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 theo 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, xin 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 chi trả để trả cho lượng cấp cả tháng của thuốc được đài thọ. 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 (“tỷ lệ chia sẻ chi phí hàng ngày”) rồi nhân nó với số ngày thuốc mà quý vị nhận được.

- Dưới đây là ví dụ: Giả sử khoản đồng chi trả cho thuốc của quý vị cho nguồn cấp cho cả tháng (cấp để dùng cho 30 ngày) là \$1.35. Điều này có nghĩa là số tiền quý vị trả cho thuốc của quý vị ít hơn \$0.05 mỗi ngày. Nếu quý vị nhận được lượng cấp của 7 ngày, thì tiền thanh toán của quý vị sẽ ít hơn \$.05 mỗi ngày nhân với 7 ngày, ra tổng số là \$0.35.
- 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 mua 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 kê 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 cá nhân đủ điều kiện sống với HIV/AIDS có thể được tiếp cận với thuốc điều trị HIV giúp cứu mạng sống. Các thuốc kê toa Medicare Phần D ngoại trú mà cũng được ADPA trợ cấp, được trợ cấp tiền chia sẻ chi phí thuốc kê toa qua Văn phòng AIDS, Sở Y tế Công cộng California (California Department of Public Health) cho những cá nhân được ghi danh vào ADAP.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 thông tin về tiêu chí hội đủ điều kiện, thuốc được đài thọ, và cách ghi danh vào chương trình, xin gọi 1-844-421-7050 hoặc tham khảo trang web của ADAP tại 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 kê toa Medicare Phần D cho các thuốc nằm trong danh mục 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 nhân viên phụ trách 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 nhân viên phụ trách ghi danh, xin gọi số 1-844-421-7050 hoặc tham khảo trang web nói trên.

H. Tiêm vắc-xin

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, thỉnh thoảng 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 tiêm vắc-xin.

- Chúng tôi có thể cho quý vị biết cách thức chương trình của chúng tôi đài thọ cho việc tiêm vắc-xin của quý vị cũng như sẽ giải thích về phần chia sẻ 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 nhà 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 bảo hiểm y tế 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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. Những gì quý vị phải trả cho việc tiêm vắc-xin trong Medicare Phần D

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

- Một số vắc-xin được xem là quyền lợi y tế chứ không phải là thuốc. Các vắc-xin này được đài thọ miễn phí cho quý vị. Để tìm hiểu về việc đài thọ các vắc-xin này, tham khảo 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 nêu trong Danh Sách Thuốc của chương trình. Quý vị có thể phải trả một khoản tiền đồng chi trả 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 chính ngừa tại nhà thuốc đó.
 - Quý vị sẽ không phải trả **hoặc** thanh toán tiền đồng chi 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 chính luôn cho quý vị.
 - Quý vị sẽ không phải trả gì **hoặc** tiền đồng chi trả của vắc-xin đó cho bác sĩ.
 - Chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán chi phí tiêm ngừa 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 chi 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 văn phòng của bác sĩ của quý vị để tiêm.
 - Quý vị sẽ không phải trả **hoặc** thanh toán tiền đồng chi trả cho vắc-xin đó.
 - Chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán chi phí tiêm ngừa cho quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 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 đài thọ

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 đưa ra kháng nghị 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 Thành viên*.

Mục lục

A. Yêu cầu chúng tôi thanh toán cho những dịch vụ hoặc thuốc của quý vị	140
B. Gửi yêu cầu thanh toán.....	142
C. Quyết định bảo hiểm	143
D. Kháng nghị	144



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 đài thọ mà quý vị đã được nhận rồi. Nhà cung cấp trong mạng lưới là một nhà cung cấp hoạt động cùng với chương trình bảo hiểm y tế này.

Nếu quý vị nhận được hóa đơn cho toàn bộ chi phí của dịch vụ hoặc thuốc men, gửi hóa đơn đó cho chúng tôi. Để gửi hóa đơn cho chúng tôi, tham khảo trang 142.

- Nếu các dịch vụ hoặc thuốc đó được đài thọ, 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 đài thọ, 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 chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn thiết từ 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, xin 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 Thành viên Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan khi quý vị nhận bất kỳ dịch vụ hoặc mua thuốc kê 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 đài thọ.

3. Khi quý vị sử dụng nhà thuốc ngoài mạng lưới để lấy thuốc kê toa

Nếu quý vị đến một hiệu thuốc ngoài mạng lưới, quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí cho toa thuốc của quý vị.

- Trong một số ít trường hợp, chúng tôi đài thọ cho thuốc kê 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 tham khảo Chương 5 để biết thêm về các nhà thuốc ngoài mạng lưới.

4. Khi quý vị phải trả toàn bộ chi phí toa thuốc vì không mang theo Thẻ ID Thành viên

Nếu quý vị không mang theo Thẻ ID Thành 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



5. Khi quý vị thanh toán chi phí đầy đủ cho toa thuốc để nhận thuốc không được đài thọ

Quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí cho thuốc kê toa bởi loại thuốc đó không được đài thọ.

- Thuốc đó có thể không nằm trong *Danh sách Thuốc được Đài thọ* (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 lấy thuốc đó, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí.
 - Nếu quý vị không trả tiền thuốc nhưng nghĩ rằng thuốc đó cần được đài thọ, quý vị có thể yêu cầu một quyết định bảo hiểm (tham khảo 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 (tham khảo 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 bác sĩ 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 đài thọ hay không. Việc này được gọi là ra “quyết định bảo hiểm.” Nếu chúng tôi xác định rằng nó được đài thọ, chúng tôi sẽ thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ hoặc thuốc đó. Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị, quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.

Để tìm hiểu cách kháng nghị, tham khảo Chương 9.

B. Gửi yêu cầu thanh toán

Hãy gửi hóa đơn của quý vị cho chúng tôi và chứng từ thanh toán mà quý vị đã thực hiện. Chứng từ thanh toán có thể là bản sao của chi phiếu mà quý vị đã viết hoặc giấy biên lai của nhà cung cấp.

Tốt nhất nên giữ lại bản sao hóa đơn và biên nhận để lưu hồ sơ của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 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 Thanh toán Phần C

CareMore Health

P.O. Box 366

Artesia, CA 90702-0366

Đối với Yêu cầu Thanh toán Phần D

IngenioRx

ATTN: Claims Department - Part D Services

P.O. Box 52077

Phoenix, AZ 85072-2077

Quý vị cũng có thể gọi cho chúng tôi để yêu cầu thanh toán. 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 này miễn phí.

Quý vị phải nộp yêu cầu thanh toán của quý vị cho chúng tôi trong vòng 365 ngày kể từ ngày quý vị nhận được dịch vụ, khoản mục 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 thêm thông tin từ quý vị.
- Nếu chúng tôi xác định được rằng dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc đó được đài thọ và quý vị đã tuân thủ tất cả các quy tắc 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 vẫn chưa thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.

Chương 3 giải thích quy tắc về việc nhận các dịch vụ được đài thọ của quý vị. Chương 5 giải thích các nguyên tắc nhận thuốc kê toa Medicare Phần D được đài thọ 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 nghị của quý vị.
- Để tìm hiểu thêm về quyết định bảo hiểm, tham khảo Chương 9.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 nghị

Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đang phạm sai lầm trong việc bác bỏ yêu cầu thanh toán của quý vị, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định. Việc này được gọi là tiến hành kháng nghị. Quý vị cũng có thể tiến hành kháng nghị nếu không đồng ý với số tiền chúng tôi thanh toán.

Quá trình kháng nghị là một thủ tục thông thường có các quy trình chi tiết và các thời hạn quan trọng. Để tìm hiểu thêm về việc tiến hành kháng nghị, tham khảo Chương 9.

- Nếu quý vị muốn đưa ra kháng nghị để được hoàn trả tiền cho một dịch vụ chăm sóc sức khỏe, tham khảo trang 176.
- Nếu quý vị muốn đưa ra kháng nghị để được hoàn trả tiền cho một loại thuốc, tham khảo trang 195.



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 thành 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 Thành viên*.

Mục lục

A. Your right to get information in a way that meets your needs	146
B. Chúng tôi có trách nhiệm bảo đảm quý vị sẽ nhận được kịp thời các dịch vụ và thuốc được đài thọ	149
C. Chúng tôi có trách nhiệm bảo vệ thông tin sức khỏe cá nhân (PHI) của quý vị.....	150
C1. Chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị như thế nào	150
C2. Quý vị có quyền xem các hồ sơ y khoa của mình	151
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 đài thọ.....	157
E. Nhà cung cấp trong mạng lưới không thể gửi hóa đơn trực tiếp cho quý vị.....	158
F. Quyền rời khỏi Cal MediConnect Plan	158
G. Quý vị có quyền ra quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho mình	159
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	159
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	159
G3. Cần làm gì nếu không tuân thủ các hướng dẫn của quý vị.....	160
H. Quý vị có quyền khiếu nại và yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định của chúng tôi.....	161
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.....	161
I. Trách nhiệm của quý vị với tư cách là thành viên của chương trình	161

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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. Your right to get information in a way that meets your needs

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).

Su derecho a recibir información de una manera que satisfaga sus necesidades

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, armenio, coreano, ruso, vietnamita, farsi, tagalo, khmer o árabe.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



- 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 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).

以滿足您需求的方式獲得資訊的權利

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,要求向您傳送採用西班牙文、中文、亞美尼亞文、韓文、俄文、越南文、波斯文、菲律賓文、高棉文或阿拉伯文的材料。
- 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。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)。

Quyền được cung cấp thông tin theo cách phù hợp với nhu cầu của quý vị

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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 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 các tài liệu cho quý vị bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Trung, tiếng Armenia, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Việt, tiếng Ba Tư, tiếng Tagalog, tiếng Khmer hay tiếng Ả-rập.
- 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).

Ang iyong karapatan na makakuha ng impormasyon sa paraang nakatutugon sa iyong mga pangangailangan

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 hingin na ipadala sa iyo ang mga babasahin sa Spanish, Chinese, Armenian, Korean, Russian, Vietnamese, Farsi, Tagalog, Khmer o Arabic.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



- 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).

B. Chúng tôi có trách nhiệm bảo đảm quý vị sẽ nhận được kịp thời các dịch vụ và thuốc được đài thọ

Là thành 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 thêm thông tin về những loại nhà cung cấp nào có thể hoạt động như một PCP và cách chọn một PCP trong 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 đài thọ 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.
 - 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.
- Quý vị có quyền nhận các dịch vụ cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn thiết mà không cần chấp thuận trước.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 quyền lấy thuốc kê toa của mình tại mọi hiệu thuốc trong mạng lưới mà không bị chậm trễ kéo dài.
- Quý vị có quyền được biết khi nào quý vị có thể được sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Để tìm hiểu về các nhà cung cấp ngoài mạng lưới, tham khảo 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, tham khảo Chương 1.
- Quý vị có quyền tự điều khiển việc chăm sóc cho mình với sự trợ giúp của nhóm chăm sóc và người quản lý hồ sơ của quý vị.

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 đài thọ 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. Trong đó cũng bao gồm các hồ sơ y tế cũng như 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 đảm bảo rằng những người không có thẩm quyền sẽ không thể 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 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 bắt buộc theo luật.

- Chúng tôi được yêu cầu cung cấp PHI cho các cơ quan chính phủ kiểm tra chất lượng 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.

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 hiệu chỉnh các hồ sơ y tế của mình. 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 cuối 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 của HIPPA về Các Thông Lệ Bảo Mật Thông Tin Riêng Tư

Ngày có hiệu lực ban đầu của Thông báo này là ngày 14 Tháng Tư, 2003. Thông báo này đã được sửa đổi gần đây nhất vào Tháng Ba, 2021.

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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



Thông tin về sức khỏe và tài chính của quý vị sẽ được giữ kín. Pháp luật quy định chúng tôi phải bảo mật loại thông tin này, hay còn được gọi là PHI, cho các thành viên của chúng tôi. Điều đó có nghĩa rằng nếu quý vị là một hội viên ngay tại thời điểm hiện tại hoặc quý vị đã từng là thành viên, thì thông tin của quý vị sẽ được an toàn.

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 bảo hiểm y tế 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 dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Luật Liên Bang quy định rằng chúng tôi phải thông báo cho quý vị những quy định luật pháp chúng tôi phải thực hiện để bảo vệ PHI đã được cung cấp cho chúng tôi, bằng văn bản hoặc lưu trên máy vi tính. Chúng tôi cũng phải thông báo cho quý vị cách chúng tôi bảo mật thông tin đó. Để bảo vệ PHI:

- Trên giấy tờ (được gọi là bản cứng), 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
- Được sử dụng hoặc chia sẻ bởi những người đang làm việc cho chúng tôi, bác sĩ hoặc cho tiểu bang, chúng tôi:
 - Đưa ra các nguyên tắc để giữ thông tin an toàn (được gọi là các chính sách và quy trình)
 - 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 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. Đôi khi, chúng tôi có thể sử dụng và chia sẻ thông tin **mà không có sự Đồng ý** của quý vị:

- **Cho dịch vụ 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 thông báo rằng chúng tôi sẽ chi trả các dịch vụ hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe trước khi quý vị hưởng những dịch vụ này
 - Để tìm kiếm những giải pháp giúp các chương trình của chúng tôi tốt hơn, và giúp quý vị nhận được các quyền lợi và dịch vụ sẵn có. Chúng tôi có thể thu thập PHI của quý vị từ các nguồn công khai, và chúng tôi có thể cung cấp PHI của quý vị để trao đổi thông tin sức khỏe cho mục đích thanh toán, hoạt động chăm sóc sức khỏe và điều trị. Nếu quý vị không muốn như vậy, vui lòng truy cập anthem.com/ca/privacy để biết thêm thông tin.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



- **Cho các lý do về công việc 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 kiếm những giải pháp giúp các chương trình của chúng tôi tốt hơn
- **Cho các mục đích y tế công cộng**
 - 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 văn bản đồng ý của quý vị trước khi chúng tôi sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị đối với bất kỳ lý do nào ngoài những dịch vụ chăm sóc, thanh toán, công việc hàng ngày, nghiên cứu hoặc những điều khác được liệt kê bên dưới. Chúng tôi phải nhận được văn bản đồng ý của quý vị trước khi chúng tôi chia sẻ hồ sơ trị liệu tâm lý của bác sĩ dành cho quý vị.

Quý vị có thể thông báo cho chúng tôi bằng văn bản về việc quý vị muốn rút lại 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 hỗ trợ cảnh sát và những người khác đảm bảo mọi người tuân thủ pháp luật
- Để báo cáo việc lạm dụng và 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 trường 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 bảo vệ quý vị hoặc người khác khỏi ốm đau hay bị tổn thương nghiêm trọng
- Để giúp những người đang làm việc cho chính quyền trong một số công việc nhất định

Các quyền của quý vị là gì?

- Quý vị cũng có thể xem thông tin PHI của mình và lấy một bản sao các thông tin đó. Chúng tôi sẽ gửi nó cho quý vị trong vòng 30 ngày. Nếu chúng tôi cần thêm thời gian, chúng tôi phải thông báo cho quý vị biết. Tuy nhiên, chúng tôi không lưu 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.**

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 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. Chúng tôi sẽ gửi nó cho quý vị trong vòng 60 ngày. Nếu chúng tôi cần thêm thời gian, chúng tôi phải thông báo cho quý vị biết.
- 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 được 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. Danh sách này sẽ không liệt kê những lần chúng tôi chia sẻ thông tin của quý vị cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thanh toán, công việc chăm sóc sức khỏe hàng ngày hoặc vì một số lý do khác mà chúng tôi không nêu ở đây. Chúng tôi sẽ gửi nó cho quý vị trong vòng 60 ngày. Nếu chúng tôi cần thêm thời gian, chúng tôi phải thông báo cho quý vị biết.
- Quý vị có thể yêu cầu một bản cứng của thông báo này vào bất cứ lúc nào, ngay cả khi quý vị đã yêu cầu gửi bằng email.
- Nếu quý vị thanh toán toàn bộ hóa đơn cho một dịch vụ thì quý vị có thể yêu cầu bác sĩ của mình không được chia sẻ thông tin về dịch vụ đó với chúng tôi.

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 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 địa chỉ khác hoặc bằng hình thức khác ngoài cách gửi thư thông thường nếu yêu cầu của quý vị hợp lý, ví dụ khi 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 hệ 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 điều này theo Đạo luật Bảo vệ Người tiêu dùng qua Điện thoại (Telephone Consumer Protection Act, TCPA). Chúng tôi cũng có thể liên hệ với quý vị để cho quý vị biết về các lựa chọn điều trị hoặc các quyền lợi 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 Những Người Không Gọi.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



Chuyện gì nếu quý vị có thắc mắc?

Nếu quý vị có thắc mắc về các quy tắc quyền riêng tư của mình hoặc muốn sử dụng các quyền của mình, xin gọi Ban Dịch vụ Hội viên theo số **1-855-817-5785**. Nếu quý vị bị đe dọa hoặc khiếm thính, gọi TTY: **711**.

Nếu như quý vị có khiếu nại?

Chúng tôi luôn sẵn sàng giúp đỡ quý vị. Nếu quý vị cảm thấy thông tin PHI của mình chưa được lưu giữ an toàn, quý vị có thể gọi điện thoại 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 phản nản.

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

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

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 có 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 tải thông tin này lên trang web tại địa chỉ anthem.com/ca/privacy.

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:

- Đảm bảo quý vị nhận được sự chăm sóc cần thiết
- 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 tính phí cho các dịch vụ
- Xác định quyền lợi
- Chia sẻ cho người dùng không được chấp thuận

Thông tin cá nhân của quý vị

Chúng tôi có thể yêu cầu, sử dụng và chia sẻ thông tin cá nhân (PI) của quý vị như đã đề cập trong thông báo này. Thông tin PI của quý vị không được công khai và sẽ cho chúng tôi biết quý vị là ai. Thông tin này thường được sử dụng cho các lý do về bảo hiểm.

- Chúng tôi có thể sử dụng PI của quý vị để đưa ra quyết định về các điều sau của quý vị:
 - Sức khỏe
 - Thói quen
 - Sở thích
- Chúng tôi có thể nhận PI về quý vị từ những người hoặc nhóm người khác như là:
 - Bác sĩ
 - Bệnh viện
 - Các công ty bảo hiểm khác
- Chúng tôi có thể chia sẻ PI với những người hoặc nhóm người không thuộc công ty của chúng tôi mà không có sự đồng ý của quý vị trong một số trường hợp.
- Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị trước khi chúng tôi làm bất kỳ điều gì cần làm để quý vị có cơ hội từ chối.
- Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị cách thông báo cho chúng tôi nếu quý vị không muốn chúng tôi sử dụng hoặc chia sẻ PI của mình.
- Quý vị có quyền xem và thay đổi thông tin PI của mình.
- Chúng tôi đảm bảo PI của quý vị luôn được an toàn.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



Thông tin này được cung cấp miễn phí bằng các ngôn ngữ khác. Vui lòng liên hệ với Ban Dịch vụ Hội viên của chúng tôi theo số điện thoại 1-855-817-5785 (TTY: 711) Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi này miễn phí.

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan là chương trình bảo hiểm y tế 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 mại dành cho Blue Cross of California. Anthem Blue Cross và Blue Cross of California Partnership Plan, Inc. là các bên được cấp phép độc lập của Blue Cross Association. ANTHEM thương hiệu đã đăng ký của Anthem Insurance Companies, Inc.

Đã sửa đổi Tháng Ba, 2021.

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 đài thọ

Làm thành viên của Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, 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 bảo hiểm y tế 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 gọi Ban Dịch vụ Hội viên và yêu cầu gửi thông tin này cho quý vị bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Tagalog hoặc tiếng Trung. 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
 - Thành viên chương trình sắp hạng cho chúng tôi như thế nào
 - Số lượng các kháng nghị do thành viên gửi đến
 - 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

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 và thuốc được đài thọ và các quy tắc mà quý vị phải tuân thủ, gồm có:
 - Các dịch vụ và thuốc được chương trình chúng tôi đài thọ
 - Các giới hạn cho bảo hiểm và thuốc của quý vị
 - Các quy tắc mà quý vị phải tuân thủ để được nhận dịch vụ và thuốc được đài thọ
- Tại sao một mục nào đó lại không được đài thọ và quý vị có thể làm gì về mục đó, bao gồm yêu cầu chúng tôi:
 - Giải thích bằng văn bản tại sao một mục nào đó lại không được đài thọ
 - 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 đài thọ. 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 đài thọ, tham khảo 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 kê toa theo Medicare Phần D từ một chương trình thuốc theo toa hoặc từ chương trình Medicare Advantage.
- Tham khảo Chương 10 để biết thêm thông tin về khi nào quý vị có thể tham gia chương trình Medicare Advantage hoặc quyền lợi thuốc kê 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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. 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.
- **Nhận ý kiến thứ hai.** Quý vị có quyền đến khám một bác sĩ khác trước khi quyết định 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, nếu quý vị từ chối việc điều trị hoặc dừng sử dụng thuốc, quý vị phải chấp nhận chịu mọi trách nhiệm về những gì xảy đến cho mình.
- **Yêu cầu chúng tôi giải thích tại sao nhà cung cấp dịch vụ lại từ chối chăm sóc.** Quý vị có quyền được giải thích từ phía chúng tôi nếu một nhà cung cấp từ chối dịch vụ chăm sóc mà quý vị cho là quý vị được hưởng.
- **Yêu cầu chúng tôi đòi hỏi cho một dịch vụ hoặc thuốc đã bị từ chối hoặc thường không được đòi hỏi.** 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 đó diễn ra với quý vị, 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 tài liệu hợp pháp mà quý vị có thể sử dụng để đưa ra các chỉ thị của mình được gọi là chỉ thị trước. Có các dạng khác nhau và tên gọi khác nhau của chỉ thị trước. Các ví dụ gồm có ý nguyện điều trị và giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe.

Quý vị không cần dùng đến chỉ thị trước, nhưng vẫn có thể nếu muốn. Sau đây là những việc cần làm:

- **Lấy biểu mẫu.** Quý vị có thể nhận được biểu mẫu từ bác sĩ của mình, luật sư, văn phòng dịch vụ pháp lý hoặc nhân viên 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 mẫu chỉ thị trước. Quý vị cũng có thể liên hệ với Ban Dịch vụ Hội viên để xin mẫu giấy này.
- **Điền và ký tên vào biểu mẫu.** Biểu mẫu này là một tài liệu pháp lý. Quý vị nên cân nhắc việc có một luật sư để chuẩn bị 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 quý vị bè thân hoặc thành viên 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 thị trước, **mang theo một bản sao của nó đến bệnh viện.**
 - Bệnh viện sẽ hỏi xem quý vị đã ký vào một mẫu chỉ thị trước hay chưa và quý vị có mang theo nó hay không.
 - Nếu quý vị chưa ký vào mẫu chỉ thị 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 thị 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 thị 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

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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. 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 nghị để thay đổi quyết định bảo hiểm, hoặc khiếu nại.

Quý vị có quyền nhận thông tin về các kháng nghị và khiếu nại mà các thành viên khác đã gửi cho chương trình. Để nhận thông tin này, gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên.

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 Chương 11 – 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.
- Chương trình Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP). Để biết thông tin chi tiết về tổ chức này và cách thức để liên hệ với họ, tham khảo Chương 2.
- Cal MediConnect Ombuds Program. Để biết thông tin chi tiết về tổ chức này và cách thức để liên hệ với họ, tham khảo 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. (Quý vị cũng có thể đọc hoặc tải xuống “Medicare Quyền & Biện pháp Bảo vệ,” trên trang web của Medicare tại www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)

I. Trách nhiệm của quý vị với tư cách là thành viên của chương trình

Là thành 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 Thành viên** để biết những gì được đài thọ và các quy định quý vị cần tuân thủ để nhận được các dịch vụ và thuốc được đài thọ. Để biết chi tiết về:
 - Các dịch vụ được đài thọ, tham khảo Chương 3 và 4. Những chương này sẽ cho quý vị biết những gì được đài thọ, những gì không được đài thọ, quy tắc nào mà quý vị phải tuân thủ, và quý vị phải trả tiền như thế nào.
 - Các thuốc được đài thọ, tham khảo Chương 5 và 6.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 cho chúng tôi biết về bất kỳ bảo hiểm y tế hay thuốc kê 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 ID Thành viên mỗi lần quý vị nhận dịch vụ hoặc mua thuốc kê toa.
- **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 các thông tin họ cần về quý vị và sức khỏe của quý vị. Tìm hiểu càng nhiều càng tốt về các vấn đề về 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 kê toa, thuốc mua không cần toa bác sĩ, vitamin và các thực phẩm chức năng.
 - Nếu quý vị có bất cứ thắc mắc nào, xin cứ nêu câu hỏi. Các bác sĩ của quý vị và nhà cung cấp khác phải giải thích mọi thứ theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Nếu quý vị đặt câu hỏi và không hiểu rõ câu trả lời, hỏi lại.
- **Hãy tôn trọng người khác.** Chúng tôi yêu cầu tất cả các thành viên của chúng tôi tôn trọng các quyền của các bệnh nhân khác. Chúng tôi cũng hy vọng quý vị ứng xử có tôn trọng tại phòng khám bác sĩ của quý vị, bệnh viện và văn phòng của các nhà cung cấp khác.
- **Thanh toán những gì thuộc trách nhiệm của quý vị.** Là một thành viên chương trình, quý vị chịu trách nhiệm về các khoản thanh toán này:
 - Phí bảo hiểm Medicare Phần A và Medicare Phần B. Với hầu hết các thành 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 đài thọ bởi chương trình, quý vị phải thanh toán phần chia sẻ chi phí của quý vị khi quý vị nhận được thuốc. Khoản này sẽ là tiền đồng chi trả (số tiền cố định) **hoặc** đồng bảo hiểm (tỷ lệ phần trăm của tổng chi phí). Chương 6 sẽ cho quý vị biết phải trả những gì cho thuốc men của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 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, quý vị có thể kháng nghị. Vui lòng tham khảo Chương 9 để tìm hiểu cách kháng nghị.
- **Thông báo cho chúng tôi nếu quý vị chuyển chỗ ở.** Nếu quý vị sắp chuyển đi, điều quan trọng là phải thông báo ngay cho chúng tôi. Gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên.
 - **Nếu quý vị dọn ra khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi, quý vị không thể tiếp tục ở lại với chương trình này.** Chỉ những người sống tại khu vực dịch vụ của chúng tôi mới có thể nhận Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Chương 1 sẽ cho biết về khu vực dịch vụ của chúng tôi.
 - Chúng tôi có thể giúp quý vị hình dung xem quý vị có chuyển 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 kê 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. Tham khảo Chương 2 để biết số điện thoại của Medicare và Medi-Cal.
 - **Nếu quý vị chuyển nhà trong khu vực dịch vụ của chúng tôi, quý vị vẫn cần phải báo cho chúng tôi biết.** Chúng tôi cần phải cập nhật hồ sơ thành viên của quý vị và biết cách 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 nghị, khiếu nại)

Giới thiệu

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 đài thọ 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 Dịch vụ dành cho Người trưởng thành trong Cộng đồng (CBAS) và dịch vụ của Cơ sở Điều dưỡng (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 phải vấn đề về sức khỏe hoặc về các dịch vụ và hỗ trợ dài kỳ

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 trợ giúp bổ sung xử lý các quan ngại và cách liên hệ với họ, tham khảo Chương 2 để biết thêm thông tin về các chương trình thanh tra.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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

A. Những điều cần làm nếu quý vị gặp vấn đề	167
A1. Về các thuật ngữ pháp lý.....	167
B. Nơi nào nên gọi nhờ giúp đỡ.....	167
B1. Nơi nhận thêm thông tin và trợ giúp.....	167
C. Gặp vấn đề về Quyền lợi của quý vị	169
C1. Sử dụng quy trình cho các quyết định và kháng nghị về bảo hiểm hoặc để khiếu nại.....	169
D. Quyết định bảo hiểm và kháng nghị.....	169
D1. Tổng quan về các quyết định bảo hiểm và kháng nghị	169
D2. Nhận giúp đỡ đối với các quyết định bảo hiểm và kháng nghị.....	170
D3. Sử dụng mục của chương này sẽ giúp quý vị	171
E. Vấn đề về các dịch vụ, khoản mục và thuốc (không phải thuốc Phần D)	172
E1. Khi nào sử dụng mục này.....	172
E2. Yêu cầu quyết định bảo hiểm	173
E3. Kháng nghị Cấp 1 với các dịch vụ, khoản mục và thuốc (không phải thuốc Phần D)	176
E4. Kháng nghị Cấp 2 với các khoản mục, vật dụng và thuốc (không phải thuốc Phần D).....	180
E5. Các vấn đề về thanh toán.....	186
F. Thuốc Phần D.....	188
F1. 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	188
F2. Thế nào là một trường hợp ngoại lệ.....	189
F3. Điều quan trọng cần biết về yêu cầu ngoại lệ	190
F4. Phải làm sao để yêu cầu ra quyết định bảo hiểm cho thuốc Phần D hoặc bồi hoàn cho một loại thuốc Phần D, kể cả trong trường hợp ngoại lệ	191
F5. Kháng nghị Cấp 1 về thuốc Phần D	195
F6. Kháng nghị Cấp 2 về thuốc Phần D	197



G. Yêu cầu chúng tôi đòi hỏi cho thời gian nằm viện lâu hơn	199
G1. Tìm hiểu về các quyền Medicare của quý vị.....	199
G2. Kháng nghị Cấp 1 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị.....	200
G3. Kháng nghị Cấp 2 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị.....	202
G4. Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn kháng nghị	203
H. 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 Cơ sở Phục hồi Chức năng Toàn diện cho Bệnh nhân Ngoại trú (CORF) kết thúc quá sớm	206
H1. Chúng tôi sẽ báo trước cho quý vị khi nào việc đòi hỏi của quý vị sẽ chấm dứt.....	206
H2. Kháng nghị Cấp 1 để tiếp tục dịch vụ chăm sóc của quý vị	206
H3. Kháng nghị Cấp 2 để tiếp tục dịch vụ chăm sóc của quý vị	209
H4. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn tiến hành Kháng nghị Cấp 1 thì sao.....	210
I. Tiến hành kháng nghị của quý vị sau Cấp 2.....	213
I1. Các bước tiếp theo đối với các dịch vụ và khoản mục Medicare	213
I2. Các bước tiếp theo đối với các dịch vụ và khoản mục Medi-Cal.....	213
J. Cách đưa ra khiếu nại.....	214
J1. Nên khiếu nại những loại vấn đề nào	214
J2. Khiếu nại nội bộ.....	216
J3. Khiếu nại bên ngoài.....	217



A. 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.

A1. Về các thuật ngữ pháp lý

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 khiếu nại”
- “Quyết định bảo hiểm” chứ không nói “quyết định của tổ chức”, “quyết định quyền lợi”, “quyết định có nguy cơ” hoặc “quyết định bảo hiểm”
- “Quyết định bảo hiểm nhanh” chứ không nói “xác định xúc tiến”

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.

B. Nơi nào nên gọi nhờ giúp đỡ

B1. 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 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 quan hệ với chúng tôi hoặc bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm y tế 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. Tham khảo Chương 2 để biết thêm thông tin về việc các chương trình thanh tra.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 nhận trợ giúp từ Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế

Quý vị có thể gọi cho Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP). Các cố vấn 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 bảo hiểm y tế nào. HICAP đã đào tạo cố vấn 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 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 tại www.medicare.gov.

Quý vị có thể nhận trợ giúp từ California Department of Managed Health Care

Trong đoạn này, thuật ngữ “than phiền” chỉ việc kháng nghị hoặc khiếu nại về các dịch vụ Medi-Cal, chương trình bảo hiểm y tế 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 khiếu nại về chương trình bảo hiểm y tế của quý vị, 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 khiếu nại của chương trình 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 về khiếu nại liên quan đến một trường hợp cấp cứu, khiếu nại vẫn chưa được giải quyết thỏa đáng bởi chương trình bảo hiểm y tế của quý vị, hoặc một khiếu nại vẫn chưa được giải quyết sau hơn 30 ngày, quý vị có thể gọi điện đến cơ quan để được 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 bảo hiểm y tế 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 (**1-888-466-2219**) và một đường dây TDD (**1-877-688-9891**) dành cho người khiếm thính và khiếm ngôn. Trang web internet của sở www.dmhc.ca.gov có các mẫu đơn khiếu nại, biểu mẫu đơn IMR và các hướng dẫn trực tuyến.

Quý vị có thể nhận trợ giúp từ Tổ chức Cải tiến Chất lượng

Tổ chức Cải tiến Chất lượng 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 tiến Chất lượng là 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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. Gặp vấn đề về Quyền lợi của quý vị

C1. Sử dụng quy trình cho các quyết định và kháng nghị về bảo hiểm hoặc để 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.

Quý vị có vấn đề hoặc quan ngại về các quyền lợi và bảo hiểm của mình?

(Ví dụ như các vấn đề về việc một dịch vụ y tế, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, hoặc thuốc kê 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 kê toa.)

Có.

Vấn đề của tôi liên quan đến các quyền lợi hoặc bảo hiểm.

Tham khảo **Mục D: “Quyết định bảo hiểm và kháng nghị”** tại trang 169.

Không.

Vấn đề của tôi không phải là quyền lợi hoặc bảo hiểm.

Chuyển thẳng đến **Mục J: “Phải làm sao để khiếu nại”** tại trang 214.

D. Quyết định bảo hiểm và kháng nghị

D1. Tổng quan về các quyết định bảo hiểm và kháng nghị

Quy trình yêu cầu ra quyết định bảo hiểm và kháng nghị giải quyết các vấn đề về quyền lợi và bảo hiểm của quý vị. Trong đó cũng bao gồm các vấn đề liên quan đến thanh toán. Quý vị không có trách nhiệm phải thanh toán các chi phí Medicare ngoại trừ tiền đồng chi 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 đài thọ cho quý vị và số tiền chúng tôi đài thọ.

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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



Thế nào là kháng nghị?

Kháng nghị là một biện pháp chính thức yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định của chúng tôi và thay đổi quyết định đó nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn. Ví dụ: chúng tôi có thể quyết định một dịch vụ, khoản mục hoặc thuốc mà quý vị muốn sẽ không được đài thọ hoặc không còn được đài thọ 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 nghị.

D2. Nhận giúp đỡ đối với các quyết định bảo hiểm và kháng nghị

Tôi có thể gọi cho ai để được giúp đỡ yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc tiến hành kháng nghị?

Quý vị có thể yêu cầu trợ giúp từ bất cứ bên nào dưới đây:

- 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 này miễn phí.
- Gọi **Cal MediConnect Ombuds Program** để được trợ giúp miễn phí.
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 **Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)** để được trợ giúp. HICAP là một tổ chức độc lập. Nó không có liên quan tới chương trình này. Số điện thoại là 1-800-434-0222.
- Gọi cho **Trung tâm Trợ giúp của Department of Managed Health Care (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 nghị 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 TDD 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 nghị thay mặt quý vị.
- Nói chuyện với **bạn bè hoặc thành viên 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 đưa ra kháng nghị.
 - 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”. Quý vị cũng có thể nhận biểu mẫu này bằng cách truy cập 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 bản sao của mẫu đã ký.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 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 được giới thiệu 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 đưa ra kháng nghị.

D3. Sử dụng mục của chương này sẽ giúp quý vị

Có bốn loại tình huống khác nhau có liên quan đến các quyết định bảo hiểm và kháng nghị. Mỗi tình huống sẽ có các quy định và thời hạn khác nhau. Chúng tôi tách riêng chương này thành các mục khác nhau nhằm giúp quý vị tìm được các quy định cần tuân thủ. **Quý vị chỉ cần đọc mục mà áp dụng cho vấn đề của quý vị:**

- **Mục E tại trang 172** 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, dùng mục này nếu:
 - Quý vị không nhận được dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn, và tin rằng chương trình của chúng tôi đòi hỏi 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 đòi hỏi.
 - **LƯU Ý:** Chỉ sử dụng Mục E khi các thuốc này **không** được đòi hỏi theo Phần D trong *Danh sách Thuốc được Đòi hỏi*, còn được gọi là Danh sách Thuốc, có dấu hoa thị (*) không được đòi hỏi theo Phần D. Tham khảo Mục F tại trang 188 để biết về việc kháng nghị thuốc Phần D.
 - Quý vị đã nhận dịch vụ chăm sóc y tế hoặc dịch vụ mà quý vị nghĩ là phải được đòi hỏi, 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 đòi hỏi, 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 đòi hỏi 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 Cơ sở Phục hồi Chức năng Toàn diện cho Bệnh nhân Ngoại trú (CORF), thì quý vị cần phải đọc một mục riêng trong chương này để biết các quy tắc đặc biệt được áp dụng đối với các loại hình dịch vụ chăm sóc này. Tham khảo các Mục G và H tại trang 199 và 206.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 F tại trang 188** cung cấp cho quý vị thông tin về thuốc Phần D. Ví dụ, dùng mục này nếu:
 - Quý vị muốn yêu cầu chúng tôi cho hưởng ngoại lệ để đòi thọ cho một loại thuốc Phần D không nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi.
 - Quý vị muốn yêu cầu chúng tôi miễn trừ các giới hạn về lượng thuốc mà quý vị có thể lấy.
 - Quý vị muốn yêu cầu chúng tôi đòi thọ một loại thuốc đòi hỏi 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.
 - 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 G tại trang 199** cho quý vị biết phải làm sao để yêu cầu chúng tôi đòi thọ cho thời gian nằm viện nội trú lâu hơn nếu quý vị cho rằng bác sĩ cho quý vị xuất viện quá sớm. Sử dụng mục này nếu:
 - Quý vị đang ở trong bệnh viện và nghĩ rằng bác sĩ đã yêu cầu quý vị xuất viện quá sớm.
- **Mục H tại trang 206** 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 Toàn diện cho Bệnh nhân Ngoại trú (CORF) của quý vị được kết thúc quá sớm.

Nếu quý vị không chắc chắn mình nên sử dụng mục 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. Cuộc gọi này miễn phí.

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.

E. Vấn đề về các dịch vụ, khoản mục và thuốc (không phải thuốc Phần D)

E1. 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. Các loại thuốc trong Danh sách Thuốc có dấu hoa thị (*) **không** được Phần D đòi thọ. Sử dụng Mục F cho các Kháng nghị về thuốc Phần D.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 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 đòi thọ 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.

Những gì quý vị có thể làm: Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi ra quyết định bảo hiểm. Tham khảo Mục E2 tại trang 173 để biết thông tin 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.

Những gì quý vị có thể làm: Quý vị có thể kháng cáo quyết định không chấp thuận dịch vụ chăm sóc đó của chúng tôi. Tham khảo Mục E3 tại trang 176 để biết thêm thông tin về việc kháng nghị.

3. Quý vị đã sử dụng các dịch vụ hoặc khoản mục mà quý vị nghĩ là được chúng tôi đòi thọ, nhưng chúng tôi lại không chịu thanh toán.

Những gì quý vị có thể làm: Quý vị có thể kháng nghị quyết định không thanh toán của chúng tôi. Tham khảo Mục E3 tại trang 176 để biết thêm thông tin về việc kháng nghị.

4. Quý vị đã sử dụng và trả tiền cho dịch vụ y tế hoặc khoản mục mà quý vị nghĩ là được đòi thọ, và quý vị muốn chúng tôi bồi hoàn tiền cho quý vị về dịch vụ và khoản mục đó.

Những gì quý vị có thể làm: Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị. Tham khảo Mục E5 tại trang 186 để tìm hiểu về việc yêu cầu chúng tôi thanh toán.

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.

Những gì quý vị có thể làm: Quý vị có thể kháng nghị quyết định giảm hoặc ngưng dịch vụ đó của chúng tôi. Tham khảo Mục E3 tại trang 176 để biết thêm thông tin về việc kháng nghị.

LƯU Ý: Nếu việc đòi thọ 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 Toàn diện cho Bệnh nhân Ngoại trú (CORF), các quy tắc đặc biệt sẽ được áp dụng. Đọc các Mục G hoặc H tại trang 199 và 206 để tìm hiểu thêm.

E2. Yêu cầu quyết định bảo hiểm

Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm để nhận được các dịch vụ y tế, sức khỏe hành vi hoặc một số dịch vụ và hỗ trợ dài hạn nhất định (dịch vụ CBAS hoặc NF)

Để yêu cầu một quyết định bảo hiểm, 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 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 này miễn phí.
- 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: Utilization Management
12900 Park Plaza Drive, Suite 150, Mailstop:7120, 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 kê toa Medicare Phần B. Nếu yêu cầu của quý vị cho thuốc kê 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 kê toa Medicare Phần B), quý vị có thể kháng nghị.

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 kê toa Medicare Phần B.

Tôi có thể nhận 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 kê toa Medicare Phần B.

Thuật ngữ pháp lý “Quyết định bảo hiểm nhanh” là “xác định xúc tiến”.

Yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh:

- Bắt đầu bằng cách gọi điện thoại hoặc fax để yêu cầu chúng tôi đài thọ 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 tại 1-888-426-5087.
- Tìm chi tiết khác về việc phải làm sao để liên hệ với chúng tôi tại Chương 2.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 yêu cầu nhà cung cấp hoặc đại diện của quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh cho quý vị.

Dưới đây là các nguyên tắc để yêu cầu một quyết định bảo hiểm nhanh:

Quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu sau đây để được nhận 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 yêu cầu 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 đối với thuốc kê 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 bảo hiểm 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 xác định được rằng sức khỏe của quý vị không đáp ứng được các yêu cầu để được ra quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị. Thay vào đó, chúng tôi cũng sẽ sử dụng thời hạn 14 ngày tiêu chuẩn (hoặc thời hạn 72 giờ đối với thuốc kê toa Medicare Phần B).
 - 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 tiêu chuẩn chứ không ra quyết định bảo hiểm nhanh theo yêu cầu của quý vị. Để biết thêm thông tin về quy trình khiếu nại, kể cả khiếu nại nhanh, tham khảo tại Mục J tại trang 214.

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 nghị. Kháng nghị 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 nghị, thì quý vị sẽ bước vào Cấp 1 của quy trình kháng nghị (xem mục tiếp theo dưới đây để biết thêm thông tin).

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



E3. Kháng nghị Cấp 1 với các dịch vụ, khoản mục và thuốc (không phải thuốc Phần D)

Thế nào là Kháng nghị?

Kháng nghị là một biện pháp chính thức yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định của chúng tôi và thay đổi quyết định đó nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn. 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 nghị.

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải bắt đầu kháng nghị từ Cấp 1. Nếu quý vị không muốn kháng nghị trước với chương trình vì một dịch vụ Medi-Cal, nếu vấn đề về sức khỏe 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 dữ dội và cần quyết định ngay lập tức, quý vị có thể yêu cầu Đánh giá Y tế Độc lập từ Department of Managed Health Care tại www.dmhca.ca.gov. Tham khảo trang 180 để biết thêm thông tin. Nếu quý vị cần được trợ giúp trong quy trình kháng nghị, quý vị có thể gọi cho Cal MediConnect Ombuds Program theo số 1-855-501-3077. Cal MediConnect Ombuds Program không quan hệ với chúng tôi hoặc bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc các chương trình bảo hiểm y tế nào.

Thế nào là Kháng nghị Cấp 1?

Kháng nghị Cấp 1 là kháng nghị đầu tiên về 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 đài thọ thì trường hợp của quý vị có thể đưa tới một Kháng nghị Cấp 2.

Sơ lược: Cách tiến hành Kháng nghị 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 nghị 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 nghị. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn có lý do hợp lý, quý vị vẫn có thể kháng nghị (tham khảo trang 177).
- Nếu quý vị kháng nghị 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 nghị (tham khảo trang 179).
- Xin đọc tiếp mục này để tìm hiểu về các thời hạn được áp dụng cho việc kháng nghị của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 nghị Cấp 1 như thế nào?

- Để bắt đầu kháng nghị, quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác, hoặc người đại diện của quý vị phải liên hệ với chúng tôi. 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. Để biết thêm chi tiết cách liên lạc với chúng tôi để kháng nghị, tham khảo Chương 2.
- Quý vị có thể yêu cầu một “kháng nghị tiêu chuẩn” hoặc một “kháng nghị nhanh.”
- Nếu quý vị sắp yêu cầu một kháng nghị tiêu chuẩn hoặc kháng nghị nhanh, tiến hành kháng nghị 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: OH0205-A537, Mason, OH 45040
 - Quý vị có thể yêu cầu trực tuyến tại: duals.anthem.com
 - Quý vị cũng có thể yêu cầu kháng nghị bằng cách gọi điện 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.
- Chúng tôi sẽ gửi thư trong vòng 5 ngày theo lịch kể từ khi nhận được đơn kháng nghị của quý vị để báo cho quý vị biết là chúng tôi đã nhận được yêu cầu đó.

Thuật ngữ pháp lý cho “kháng nghị nhanh” là “xem xét lại nhanh.”

Một ai đó có thể đưa ra kháng nghị thay tôi không?

Có. Bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác có thể tiến hành kháng nghị cho quý vị. Ngoài ra, người khác ngoài bác sĩ hay nhà cung cấp dịch vụ khác của quý vị cũng có thể kháng nghị cho quý vị, nhưng quý vị phải làm giấy Chỉ định Người Đại diện trước. Mẫu này sẽ cấp cho người khác quyền đại diện cho quý vị.

Để được nhận biểu mẫu giấy Chỉ định Người đại diện, quý vị có thể gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên để xin, hoặc truy cập 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 nghị, chúng tôi phải nhận được giấy Chỉ định Người Đại diện trước khi có thể xem xét kháng nghị.

Tôi có thời gian bao lâu để tiến hành kháng nghị?

Quý vị phải yêu cầu kháng nghị **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 có thắc mắc, xin 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 có thể cho quý vị thêm thời gian để tiến hành kháng nghị nếu quý vị có lý do hợp lý cho việc trễ hạn của quý vị. Các ví dụ về lý do hợp lý là: quý vị mắc bệnh nặng hoặc chúng tôi cung cấp cho quý vị thông tin sai về thời hạn để yêu cầu kháng nghị. Quý vị nên giải thích lý do kháng nghị của quý vị bị trễ khi quý vị thực hiện kháng nghị.

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 nghị** nếu quý vị muốn được tiếp tục sử dụng dịch vụ đó trong khi đang kháng nghị. Xin đọc “Quyền lợi của tôi có còn được tiếp tục cung cấp không trong khi đang kháng nghị Cấp 1” tại trang 179 để biết thêm thông tin.

Tôi có thể nhận bản sao hồ sơ trường hợp của tôi?

Có. Yêu cầu bản sao miễn phí 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.

Bác sĩ của tôi có thể cung cấp cho tôi thông tin về kháng nghị của tôi không?

Có, quý vị và bác sĩ của quý vị có thể cung cấp thêm thông tin cho chúng tôi nhằm hỗ trợ kháng nghị của quý vị.

Chúng tôi sẽ ra quyết định cho vụ kháng nghị như thế nào?

Chúng tôi xem xét tất cả các thông tin về yêu cầu đài thọ 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 xét duyệt sẽ là người không đưa ra quyết định ban đầu.

Nếu cần thêm thông tin, chúng tôi có thể yêu cầu quý vị hoặc bác sĩ của quý vị đồng ý việc đó.

Khi nào tôi sẽ được biết về quyết định kháng nghị “tiêu chuẩn”?

Chúng tôi phải đưa ra câu trả lời cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận được kháng nghị của quý vị (hoặc trong vòng 7 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị cho thuốc kê 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 kê toa Medicare Phần B), chúng tôi sẽ chuyển hồ sơ của quý lên thủ tục kháng nghị Cấp 2 nếu vấn đề của quý vị là về việc đài thọ một dịch vụ hoặc khoản mục theo chương trình Medicare. Quý vị sẽ được thông báo nếu điều này xảy ra.
- Nếu vấn đề của quý vị là về việc đài thọ cho một dịch vụ hoặc khoản mục Medi-Cal, quý vị sẽ cần phải tự tiến hành phần Kháng nghị Cấp 2. Để biết thêm thông tin về quy trình Kháng nghị Cấp 2, tham khảo Mục E4 tại trang 180.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 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 đòi hỏi đó trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng nghị của quý vị (hoặc trong vòng 7 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị cho thuốc kê 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 đòi hỏi 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 để tiến hành Kháng nghị Cấp 2. Nếu vấn đề của quý vị là về việc đòi hỏi một dịch vụ hoặc khoản mục Medi-Cal, thư này sẽ cho quý vị biết cách tự mình gửi Kháng nghị Cấp 2. Để biết thêm thông tin về quy trình Kháng nghị Cấp 2, tham khảo Mục E4 tại trang 180.

Khi nào tôi mới được biết quyết định về kháng nghị “nhanh”?

Nếu quý vị yêu cầu kháng nghị nhanh, chúng tôi sẽ đưa ra câu trả lời của chúng tôi cho quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được kháng nghị 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 nghị 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 đòi hỏi 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 đòi hỏi cho một dịch vụ hoặc khoản mục Medi-Cal, quý vị sẽ cần phải tự tiến hành phần Kháng nghị Cấp 2. Để biết thêm thông tin về quy trình Kháng nghị Cấp 2, tham khảo Mục E4 tại trang 180.

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 đòi hỏi đó trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng nghị 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 đòi hỏi 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 để tiến hành Kháng nghị Cấp 2. Nếu vấn đề của quý vị là về việc đòi hỏi một dịch vụ hoặc khoản mục Medi-Cal, thư này sẽ cho quý vị biết cách tự mình gửi Kháng nghị Cấp 2. Để biết thêm thông tin về quy trình Kháng nghị Cấp 2, tham khảo Mục E4 tại trang 180.

Các quyền lợi của tôi sẽ tiếp tục trong thời gian Kháng nghị Cấp 1?

Nếu chúng tôi quyết định thay đổi hoặc ngưng đòi hỏi 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 nghị Cấp 1 và yêu cầu chúng tôi tiếp tục cung cấp quyền 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 phúc 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 có thắc mắc, xin 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 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 nghị.

E4. Kháng nghị Cấp 2 với các khoản mục, vật dụng 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 nghị 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 đài thọ 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 nghị ngay khi phần Kháng nghị 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 nghị Cấp 2. Thư này sẽ cho quý vị biết cách làm điều này như thế nào. Thông tin cũng có ở phía dưới.

Thế nào là Kháng nghị Cấp 2?

Kháng cáo Cấp 2 là kháng nghị 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 nghị Cấp 2 như thế nào?

Có hai cách kháng nghị 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 tế Độc lập (IMR)

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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 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 nghị Cấp 1 của quý vị về một dịch vụ Medi-Cal trong vòng 30 ngày theo lịch cho trường hợp kháng nghị thường hoặc 72 giờ cho trường hợp kháng nghị nhanh.

LƯU Ý: Nếu nhà cung cấp của quý vị nộp đơn kháng nghị, nhưng chúng tôi không cần mẫu giấy Chỉ định Người Đại diện, quý vị sẽ cần nộp lại kháng nghị 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 nghị với chúng tôi trước rồi mới được yêu cầu mở cuộc IMR. Tham khảo trang 176 để biết thêm thông tin về quy trình kháng nghị 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 nghị 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 dữ dội, quý vị có thể thông báo cho DMHC biết ngay mà không phải thực hiện quy trình kháng nghị trước.

Quý vị phải **xin IMR trong vòng 6 tháng** sau khi chúng tôi gửi văn bản quyết định về việc kháng nghị của quý vị cho quý vị. DMHC có thể chấp nhận đơn của quý vị sau 6 tháng vì lý do chính đáng như 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 Khiếu nại/Đơn Đánh giá Y tế Độc lập có cung cấp tại: www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx hoặc gọi Trung tâm Trợ giúp DMHC theo số 1-888-466-2219. Người dùng TDD 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 Đơn Ủy Quyền Trợ Lý nếu có người trợ giúp quý vị trong việc IMR. Quý vị có thể nhận mẫu tại <http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/>

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



[IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx](#) hoặc gọi cho Trung tâm Trợ giúp của Cơ quan theo số 1-888-466-2219. Người dùng TDD xin gọi 1-877-688-9891.

- Gửi qua thư hoặc fax các giấy này cũng bắt kỳ tài liệu đính kèm 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.

IMR có thể lâu hơn nếu DMHC không nhận được tất cả hồ sơ y tế cần thiết từ quý vị hoặc bác sĩ điều trị của quý vị. Nếu quý vị đang thăm khám một bác sĩ không nằm trong mạng lưới của chương trình bảo hiểm y tế của quý vị, điều quan trọng là quý vị phải nhận và gửi cho chúng tôi hồ sơ y tế của quý vị từ bác sĩ đó. Chương trình bảo hiểm y tế của quý vị được yêu cầu nhận các bản sao hồ sơ y tế của quý vị từ các bác sĩ trong mạng lưới.

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 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 đài thọ. 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 nghị Cấp 1 của quý vị, quý vị có quyền yêu cầu mở Phiên Điều trần của Tiểu bang.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 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” 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 184 để biết thêm thông tin.

Có hai cách để yêu cầu mở Phiên Điều trần của Tiểu bang:

1. Quý vị có thể điền mẫu “Yêu cầu mở Phiên Điều trần của Tiểu bang” tại mặt sau của thông báo hành động. 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 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, California 94244-2430

- Cho State Hearings Division 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 Điều trần của Tiểu bang qua điện thoại, quý vị cần biết là các đường dây điện thoại thường rất bận.

Vấn đề của tôi liên quan đến các dịch vụ hoặc khoản mục của Medicare. Điều gì sẽ xảy ra ở Kháng nghị Cấp 2?

Cơ quan 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 nghị 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 bản sao hồ sơ của mình 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



IRE phải đưa ra câu trả lời về Kháng nghị Cấp 2 của quý vị cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch từ khi nhận được kháng nghị của quý vị (hoặc trong vòng 7 ngày theo lịch từ khi chúng tôi nhận được kháng nghị cho thuốc kê toa Medicare Phần B). Quy định này áp dụng nếu quý vị đã gửi kháng nghị 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 nghị của quý vị về thuốc kê toa Medicare Phần B.

Nếu quý vị có “kháng nghị nhanh” ở Cấp 1, quý vị sẽ tự động có một kháng nghị nhanh ở Cấp 2. IRE này phải trả lời cho quý vị trong vòng 72 giờ kể từ khi họ nhận được đơn kháng nghị 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 nghị của quý vị về theo toa Medicare Phần B.

Các quyền lợi của tôi sẽ tiếp tục trong thời gian Kháng nghị Cấp 2?

Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc khoản mục được Medicare đài thọ, quyền lợi dịch vụ hoặc khoản mục đó của quý vị sẽ **không** được tiếp tục cung cấp trong khi đang kháng nghị 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 đài thọ 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:

- Trong vòng 10 ngày kể từ ngày gửi qua thư cho quý vị thông báo của chúng tôi rằng quyết định bất lợi về quyền lợi (quyết định kháng nghị 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 nghị Cấp 2 của quý vị được giải quyết bằng một cuộc Đánh giá Y tế Độc lập, 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 quý vị có thắc mắc, xin 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 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. Tham khảo trang 182 để tìm hiểu về việc yêu cầu mở Phiên Điều trần của Tiểu bang.

Nếu Kháng nghị Cấp 2 của quý vị được giải quyết bằng Phiên Điều trần 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 nghị Cấp 2 của quý vị được chuyển lên Medicare Cơ quan Đánh giá Độc lập (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 nghị tiêu chuẩn của quý vị, chúng tôi phải cho phép đài thọ 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 nghị nhanh, chúng tôi phải cho phép đài thọ 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 IRE nói **Đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu trong kháng nghị tiêu chuẩn của quý vị cho thuốc kê 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 nghị nhanh, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp thuốc kê 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 “giữ nguyên quyết định.” Việc này còn được gọi là “bác bỏ kháng nghị của quý vị.”

Nếu quyết định là Không Đồng Ý đối với toàn bộ hoặc một phần những gì tôi đã yêu cầu, tôi có thể tiến hành kháng nghị khác không?

Nếu Kháng nghị Cấp 2 của quý vị được giải quyết bằng một cuộc Đánh giá Y tế Độc lập, quý vị có thể yêu cầu mở Phiên Điều trần của Tiểu bang. Tham khảo trang 182 để tìm hiểu về việc yêu cầu mở Phiên Điều trần của Tiểu bang.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 Kháng nghị 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 Điều trần của Tiểu bang bằng cách nộp đơn yêu cầu 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 Điều trần của Tiểu bang cho cùng một vấn đề rồi.

Nếu Kháng nghị Cấp 2 của quý vị đã gửi đến Medicare Cơ quan Đánh giá Độc lập, 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 nghị bổ sung quý vị có thể có.

Tham khảo Mục I tại trang 213 để biết thêm thông tin về các cấp kháng nghị nữa.

E5. 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 đài thọ. 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 đài thọ. 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 chi trả cho các thuốc Bậc 2 trong Danh sách Thuốc Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.

Nếu quý vị nhận được hóa đơn 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 sẽ chi phí của chúng tôi cho hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho những dịch vụ hoặc thuốc được đài thọ.” 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. Văn bản đó cũng cho quý vị biết cách thức gửi cho chúng tôi giấy tờ yêu cầu chúng tôi thanh toán.

Tôi có thể yêu cầu quý vị trả lại tôi 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 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 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 đài thọ 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 quý vị có thắc mắc, xin 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 dịch vụ hoặc khoản mục mà quý vị đã trả được đài thọ và quý vị đã tuân thủ tất cả các quy tắc, 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.
- 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 đài thọ, hoặc quý vị đã không tuân thủ tất cả các quy tắc, 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 nghị**. Hãy thực hiện theo quy trình kháng nghị nêu tại Mục E3 tại trang 176. Nếu quý vị thực hiện quy trình này, xin lưu ý:

- Nếu quý vị kháng nghị 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 nghị 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 nghị nhanh.

Nếu chúng tôi trả lời **không đồng ý** với kháng nghị của quý vị và dịch vụ hoặc khoản mục đó là thường được Medicare đài thọ, chúng tôi sẽ tự động chuyển trường hợp của quý vị cho Cơ quan Đánh giá Độc lập (IRE). Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng thư nếu xảy ra trường hợp này.

- Nếu IRE hủy bỏ quyết định của chúng tôi và yêu cầu chúng tôi thanh toán cho quý vị, chúng tôi phải gửi khoản thanh toán đó cho quý vị hoặc nhà cung cấp trong vòng 30 ngày theo lịch. Nếu câu trả lời đối với kháng nghị của quý vị là **Đồng Ý** ở bất kỳ giai đoạn nào trong thủ tục kháng nghị 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 IRE trả lời **Không Đồng Ý** với kháng nghị 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 “giữ nguyên quyết định.” Việc này còn được gọi là “bác bỏ kháng nghị của quý vị.”) Lá thư quý vị nhận được sẽ giải thích các quyền kháng nghị bổ sung quý vị có thể có. Quý vị có thể kháng nghị 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. Tham khảo Mục I tại trang 213 để biết thêm thông tin về các cấp kháng nghị nữa.

Nếu chúng tôi nói **Không Đồng ý** với kháng nghị của quý vị và dịch vụ hoặc vật dụng đó là thường được Medi-Cal đài thọ, quý vị có thể tự nộp đơn Kháng nghị Cấp 2 (tham khảo Mục E4 tại trang 180).

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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. Thuốc Phần D

F1. 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

Các quyền lợi của quý vị khi là thành viên chương trình của chúng tôi bao gồm việc đài thọ cho nhiều loại thuốc kê toa. Hầu hết các loại thuốc này đều là “thuốc Phần D”. Có một số ít thuốc mà Medicare Phần D không đài thọ nhưng Medi-Cal có thể sẽ đài thọ. **Mục này chỉ áp dụng đối với các kháng nghị 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 nghị hoặc quyết định bảo hiểm cho thuốc có dấu hoa thị (*) được thực hiện theo quy trình tại Mục E tại trang 172.

Tôi có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc đưa ra kháng nghị về thuốc kê 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 đài thọ cho một loại thuốc Phần D không nằm trong Danh sách Thuốc của chương trình
 - Yêu cầu chúng tôi từ bỏ một giới hạn về bảo hiểm của chương trình cho một loại thuốc (ví dụ như các giới hạn về số lượng thuốc mà quý vị có thể nhận được)
- Quý vị hỏi chúng tôi xem một loại thuốc có được đài thọ 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 đài thọ nó cho quý vị).

LƯU Ý: Nếu nhà thuốc của quý vị nói với quý vị rằng họ không thể bán thuốc kê 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 kê toa mà quý vị đã mua rồi. (Đây là việc yêu cầu ra quyết định bảo hiểm về thanh toán.)

Thuật ngữ pháp lý cho quyết định bảo hiểm về thuốc Phần D của quý vị là **“quyết định bảo hiểm.”**

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã ra, quý vị có thể kháng nghị 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 nghị.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



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 dưới đây?			
Quý vị có cần một loại thuốc không thuộc Danh Sách Thuốc của chúng tôi hoặc cần chúng tôi từ bỏ quy định hoặc hạn chế về một loại thuốc mà chúng tôi đòi hỏi?	Quý vị muốn chúng tôi đòi hỏi 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 muốn yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho quý vị cho một loại thuốc mà quý vị đã nhận và trả tiền rồi?	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 yêu cầu chúng tôi thực hiện việc miễn trừ. (Đây là một loại quyết định bảo hiểm.)	Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi một quyết định bảo hiểm.	Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị. (Đây là một loại quyết định bảo hiểm.)	Quý vị có thể tiến hành kháng nghị. (Điều này có nghĩa là quý vị đang yêu cầu chúng tôi tái xem xét.)
Hãy bắt đầu bằng Mục F2 tại trang 189. Đồng thời tham khảo các Mục F3 và F4 tại trang 190 và 191.	Chuyển thẳng đến Mục F4 tại trang 191.	Chuyển thẳng đến Mục F4 tại trang 191.	Chuyển thẳng đến Mục F5 tại trang 195.

F2. Thế nào là một trường hợp ngoại lệ

Ngoại lệ là việc cho phép được đòi hỏi 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 tắc hoặc giới hạn nào đó. Nếu một loại thuốc không nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi, hoặc không được đòi hỏi theo cách mà quý vị muốn, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cho quý vị hưởng “ngoại lệ”.

Khi quý vị yêu cầu một ngoại lệ, bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác sẽ cần phải giải thích lý do y tế tại sao quý vị cần đến ngoại lệ đó.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



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 đòi hỏi cho một loại thuốc không nằm trong Danh sách Thuốc, quý vị sẽ phải trả số tiền chia sẻ chi phí áp dụng cho các thuốc ở Bậc 2.
 - Quý vị không được xin hưởng ngoại lệ cho số tiền đồng chi 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, tham khảo Chương 5).
 - Các quy định và giới hạn bổ sung về bảo hiểm một số loại thuốc nhất định bao gồm:
 - Bắt buộc sử dụng loại thuốc thế phẩm thay vì thuốc biệt dược.
 - Phải được chương trình phê duyệt trước thì chúng tôi mới đòi hỏi thuốc đó cho quý vị. (Đôi lúc còn được gọi là “cho phép trước.”)
 - Đầu tiên bắt buộc phải thử một loại thuốc khác trước khi chúng tôi đồng ý đòi hỏi loại thuốc mà quý vị đang yêu cầu. (Đôi lúc còn được gọi là “trị liệu từng bước.”)
 - Giới hạn 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 một trường hợp ngoại lệ là miễn trừ một hạn chế cho quý vị, quý vị vẫn phải yêu cầu hưởng ngoại lệ cho số tiền đồng chi 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.”**

F3. Điều quan trọng cần biết về yêu cầu ngoại lệ

Bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác phải cho chúng tôi biết các lý do y tế

Bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác phải cung cấp tường trình giải thích các lý do y tế cho việc yêu cầu ngoại lệ. Quyết định của chúng tôi về một trường hợp ngoại lệ sẽ được tiến hành nhanh hơn nếu quý vị đưa vào thông tin này từ bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa của mình khi quý vị yêu cầu một ngoại lệ.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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, Danh Sách Thuốc của chúng tôi có nhiều hơn một loại thuốc để điều trị một bệnh trạng 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 về 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 với yêu cầu của quý vị về một ngoại lệ

- 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 theo lịch. Điều này vẫn đúng miễn là bác sĩ của quý vị tiếp tục kê toa loại thuốc đó cho quý vị và nó vẫn an toàn và hiệu quả trong việc chữa trị bệnh trạng 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 nghị. Mục F5 tại trang 195 cho biết phải làm sao để đưa ra kháng nghị khi chúng tôi nói **Không đồng ý**.

Mục kế tiếp sẽ cho quý vị biết cách yêu cầu quyết định bảo hiểm, bao gồm trường hợp ngoại lệ.

F4. Phải làm sao để yêu cầu ra quyết định bảo hiểm cho thuốc Phần D hoặc bồi hoàn cho một loại thuốc Phần D, kể cả trong trường hợp 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 (hoặc bác sĩ kê toa khác) của quý vị có thể làm điều này. Quý vị có thể gọi 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 bác sĩ 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 D tại trang 169 để biết phải làm sao để cho phép người khác làm đại diện cho quý vị.

Sơ lược: Cách yêu cầu quyết định bồi hoàn về thuốc hoặc thanh toán

Gọi điện, viết thư hoặc gửi bản fax cho chúng tôi để yêu cầu, hoặc đề nghị người đại diện hoặc bác sĩ hay bác sĩ kê toa khác của quý vị yêu cầu. Chúng tôi sẽ đưa ra câu trả lời cho quý vị về quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn 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 đang yêu cầu một ngoại lệ, bao gồm bản tường trình hỗ trợ từ bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác.
- 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, xin 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 cấp giấy phép cho bác sĩ hoặc bác sĩ 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, đọc Chương 7 trong sổ tay 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 số tiền chia sẻ 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.”
- 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. Hoặc bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác có thể cho chúng tôi biết qua điện thoại rồi gửi bản tường trình bằng fax hoặc bưu điện.

Nếu sức khỏe quý vị đòi hỏi điều đó, yêu cầu chúng tôi cấp cho quý vị “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 thông thường** có nghĩa là chúng tôi sẽ đưa ra câu trả lời cho quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được tường trình từ bác sĩ của 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 “quyết 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 quý vị có thắc mắc, xin 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 chúng tôi xác định được rằng bệnh lý 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.
 - Quý vị có thể “khiếu nại nhanh” để được nhận quyết định cho khiếu nại của quý vị trong 24 giờ. Để biết thêm thông tin về quy trình khiếu nại, kể cả khiếu nại nhanh, tham khảo tại Mục J tại trang 214.

Thời hạn cho “quyết định bảo hiểm nhanh”

- Nếu chúng tôi đang áp dụng các thời hạn nhanh thì chúng tôi phải đưa ra câu 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 đang yêu cầu một ngoại lệ thì có nghĩa là trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được tường trình của bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa ủng hộ yêu cầu của quý vị. Chúng tôi sẽ đưa ra câu trả lời sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi điều đó.
- Nếu không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi sẽ chuyển yêu cầu của quý vị lên thủ tục kháng nghị Cấp 2. Ở Cấp 2, một Cơ quan Đánh giá Độc lập sẽ xét duyệt 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 đài thọ 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 bác sĩ 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 nghị quyết định của chúng tôi.

Thời hạn của “quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn” cho một loại thuốc mà quý vị chưa được 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 đang yêu cầu một ngoại lệ thì có nghĩa là trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố ủng hộ của bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa của quý vị. Chúng tôi sẽ đưa ra câu trả lời sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi điều đó.
- Nếu không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi sẽ chuyển yêu cầu của quý vị về thủ tục kháng nghị Cấp 2. Ở Cấp 2, một Cơ quan Đánh giá Độc lập sẽ xét duyệt yêu cầu của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 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 đài thọ 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 bác sĩ 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 nghị quyết định của chúng tôi.

Thời hạn của “quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn” 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 không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi sẽ chuyển yêu cầu của quý vị lên thủ tục kháng nghị Cấp 2. Ở Cấp 2, một Cơ quan Đánh giá Độc lập sẽ xét duyệt 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 nghị quyết định của chúng tôi.



F5. Kháng nghị Cấp 1 về thuốc Phần D

- Để tiến hành kháng nghị, quý vị, bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác của quý vị, hay đại diện của quý vị phải liên hệ với chúng tôi.
- Nếu sắp yêu cầu một kháng nghị thông thường, quý vị có thể tiến hành kháng nghị bằng cách gửi một yêu cầu bằng văn bản. Quý vị cũng có thể yêu cầu kháng nghị bằng cách gọi điện cho chúng tôi theo số 1-833-370-7466 (TTY: 711), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần.
- Nếu muốn một kháng nghị nhanh, quý vị có thể kháng cáo bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi.
- Quý vị phải kháng nghị **trong vòng 60 ngày** theo lịch kể từ ngày ghi trên thông báo mà chúng tôi đã gửi cho quý vị để cho biết quyết định của chúng tôi. Chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để tiến hành kháng nghị nếu quý vị có lý do hợp lý cho việc trễ hạn của mình. Ví dụ: các lý do hợp lý khi bỏ lỡ thời hạn phải là trường hợp quý vị mắc bệnh nghiêm trọng khiến quý vị không liên hệ được với chúng tôi hoặc nếu chúng tôi đã cung cấp thông tin sai hoặc không đầy đủ về thời hạn của yêu cầu kháng nghị.
- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp một bản sao các thông tin về kháng nghị của quý vị. Để nhận một bản sao, gọi Ban Dịch vụ Thành viên Nhà thuốc theo số 1-833-370-7466 (TTY: 711), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần.

Sơ lược: Cách tiến hành Kháng nghị 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 nghị 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 nghị. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn có lý do hợp lý, quý vị vẫn có thể kháng nghị.
- 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 nghị 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 nghị chương trình về một quyết định bảo hiểm thuốc Phần D là **“quyết định lại”** của chương trình.

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 nghị của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 sức khỏe quý vị đòi hỏi điều đó, yêu cầu “kháng nghị nhanh”

- Nếu quý vị đang kháng nghị một quyết định của chương trình chúng tôi về loại thuốc quý vị vẫn chưa nhận được, thì quý vị, bác sĩ và bác sĩ kê toa khác của quý vị sẽ cần phải quyết định xem quý vị có cần “kháng nghị nhanh” hay không.
- Các yêu cầu để được “kháng nghị nhanh” cũng tương tự như các yêu cầu để được “quyết định bảo hiểm nhanh” trong Mục F4 191.

Thuật ngữ pháp lý cho “kháng nghị nhanh” là “quyết định lại nhanh.”

Chương trình của chúng tôi sẽ xem xét kháng nghị và đưa ra quyết định cho quý vị

- Chúng tôi sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin về yêu cầu đài thọ của quý vị. 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. Chúng tôi có thể liên lạc quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác để lấy thêm thông tin. Người xem xét sẽ không phải là người ra quyết định bảo hiểm ban đầu.

Thời hạn đối với “kháng nghị nhanh”

- Nếu sử dụng các thời hạn nhanh, chúng tôi sẽ đưa ra câu trả lời cho quý vị trong vòng 72 tiếng sau khi nhận kháng nghị của quý vị, hoặc sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi điều đó.
- Nếu không đưa ra câu trả lời trong vòng 72 tiếng, chúng tôi sẽ chuyển yêu cầu của quý vị lên thủ tục kháng nghị Cấp 2. Ở Cấp 2, một Cơ quan Đánh giá Độc lập sẽ xem xét kháng nghị 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 đài thọ trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng nghị 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**.

Thời hạn đối với “kháng nghị tiêu chuẩn”

- 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 nghị 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 nghị của quý vị. Nếu cho rằng sức khỏe quý vị đòi hỏi điều đó, quý vị nên yêu cầu “kháng nghị nhanh.”

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 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 Cơ quan Đánh giá Độc lập sẽ xem xét kháng nghị 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 đòi thọ, chúng tôi phải nhanh chóng đòi thọ 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 nghị 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 nghị 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 nghị quyết định của chúng tôi.

F6. Kháng nghị Cấp 2 về thuốc Phần D

Nếu chúng tôi trả lời là **Không đồng ý** với một phần hoặc tất cả nội dung kháng nghị của quý vị, quý vị có thể xác định xem có thể chấp nhận được quyết định này hay không hoặc tiếp tục kháng nghị. Nếu quý vị quyết định Kháng nghị lên Cấp 2, Cơ quan 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 nghị bằng văn bản. Lá thư mà chúng tôi gửi quyết định của chúng tôi ở Kháng nghị Cấp 1 sẽ giải thích cách thức yêu cầu Kháng nghị Cấp 2.
- Khi quý vị kháng nghị 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 Thành viên Nhà thuốc theo số 1-833-370-7466 (TTY: 711), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần.

Sơ lược: Cách tiến hành Kháng nghị Cấp 2

Nếu quý vị muốn Cơ quan Đánh giá Độc lập xem xét trường hợp của quý vị, quý vị phải kháng nghị bằng văn bản.

- Yêu cầu **trong vòng 60 ngày** theo lịch kể từ khi ngày trên quyết định mà quý vị đang kháng nghị. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn có lý do hợp lý, quý vị vẫn có thể kháng nghị.
- Quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác, hoặc người đại diện của quý vị có thể yêu cầu Kháng nghị 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 quyền cung cấp cho IRE thông tin khác để ủng hộ cho kháng nghị 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 nghị của quý vị. Tổ chức này sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải thích về quyết định của họ.

Việc kháng nghị với IRE về thuốc Phần D được gọi bằng thuật ngữ pháp lý là “cân nhắc lại”.

Thời hạn cho “kháng nghị nhanh” ở Cấp 2

- Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi, hãy yêu cầu Cơ quan Đánh giá Độc lập (IRE) tiến hành “kháng nghị nhanh”.
- Nếu IRE đồng ý cho quý vị “kháng nghị nhanh”, họ phải trả lời cho Kháng nghị Cấp 2 của quý vị trong vòng 72 giờ kể từ khi nhận được đơn kháng nghị 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 đài thọ thuốc đó cho quý vị trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được quyết định của họ.

Thời hạn cho “kháng nghị tiêu chuẩn” ở Cấp 2

- Nếu quý vị kháng nghị thường ở Cấp 2, Cơ quan Đánh giá Độc lập (IRE) phải trả lời cho Kháng nghị Cấp 2 của quý vị trong vòng 7 ngày theo lịch kể từ khi họ nhận được đơn kháng nghị 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 đài thọ 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 (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 Tổ chức Đánh giá Độc lập Không đồng ý với Kháng cáo Cấp 2 của quý vị?

Không đồng ý có nghĩa là Cơ quan Đánh giá độc lập (IRE) đồng ý với quyết định của chúng tôi là không chấp thuận cho yêu cầu của quý vị. Việc này được gọi là “giữ nguyên quyết định.” Việc này còn được gọi là “bác bỏ kháng nghị của quý vị.”

Nếu quý vị muốn kháng nghị lên Cấp 3 của quy trình kháng nghị, 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 nghị thêm. Nếu giá trị tính bằng đô-la đủ cao, quý vị có thể kháng nghị 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 nghị tiếp.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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. Yêu cầu chúng tôi đòi hỏi cho thời gian nằm viện lâu hơn

Khi nhập viện, quý vị có quyền được hưởng tất cả dịch vụ của bệnh viện được chúng tôi đòi hỏi mà cần thiết cho việc chẩn đoán và điều trị căn bệnh hoặc thương tổn của quý vị.

Trong thời gian nằm viện được đòi hỏi, 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.

G1. 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, yêu cầu nhân viên bệnh viện cung cấp. Nếu quý vị cần trợ giúp, 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. 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. Cuộc gọi này miễn phí.

Xin đọc kỹ thông báo này và đưa ra thắc mắc nếu 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 đòi hỏi 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 nghị 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, xin 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 trực tuyến tại www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.
- Nếu quý vị cần trợ giúp xin gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên hoặc Medicare theo các số nói trên.

G2. Kháng nghị Cấp 1 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Nếu quý vị muốn chúng tôi đòi hỏi các dịch vụ bệnh viện nội trú trong một thời gian dài hơn, quý vị phải yêu cầu một kháng nghị. Tổ chức Cải tiến Chất lượng sẽ xem xét Kháng nghị Cấp 1 để xem ngày xuất viện dự kiến của quý vị có phù hợp về mặt y tế với quý vị không. Tại California, Tổ chức Cải tiến Chất lượng được gọi là Livanta.

Để tiến hành kháng nghị thay đổi ngày xuất viện của quý vị, gọi Livanta theo số: 1-877-588-1123.

Hãy gọi ngay!

Hãy gọi cho Tổ chức Cải tiến Chất lượng **trước khi** quý vị rời khỏi bệnh viện và không sau ngày xuất viện dự kiến. “Thông báo Quan trọng của Medicare về các Quyền của Quý vị” có chỉ dẫn cách liên hệ với Tổ chức Cải tiến Chất lượng.

- **Nếu quý vị gọi trước khi rời bệnh viện**, quý vị được phép ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện dự kiến mà không phải trả tiền cho việc này trong thời gian quý vị chờ nhận quyết định của Cơ quan Cải tiến Chất lượng cho kháng nghị của quý vị.
- **Nếu quý vị không gọi để kháng nghị**, và quyết định ở lại bệnh viện đến sau ngày xuất viện dự kiến, quý vị có thể sẽ phải thanh toán tất cả mọi chi phí cho dịch 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 Tổ chức Cải tiến Chất lượng về kháng nghị của mình, quý vị có thể đưa kháng nghị của mình trực tiếp đến chương trình của chúng tôi để thay thế. Để biết thông tin chi tiết, tham khảo Mục G4 tại trang 203.

Sơ lược: Cách tiến hành Kháng nghị Cấp 1 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Gọi Tổ chức Cải tiến 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 xuất viện và trước ngày dự kiến xuất viện của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



- Vì nằm viện được cả Medicare và Medi-Cal đài thọ, nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng 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 dữ dội, 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 tham khảo Mục E4 tại trang 180 để tìm hiểu 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 trợ giúp 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 gọi cho 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.

Tổ chức Cải tiến Chất lượng 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 phải là một phần trong 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 Tổ chức Cải tiến Chất lượng “**xét duyệt nhanh**” cho 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 nghị 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 tiến Chất lượng sẽ hỏi quý vị hoặc đại diện của quý vị tại sao quý vị lại cho rằng phải đài thọ tiếp sau ngày xuất viện dự kiến. Quý vị không cần phải chuẩn bị bằng văn bản nhưng nếu muốn, quý vị có thể làm.
- Người xét duyệt sẽ xem 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 việc lưu trú tại bệnh viện của quý vị.
- Trước buổi trưa ngày hôm sau khi người xét duyệt thông báo cho chúng tôi về kháng nghị 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 phần giải thích bằng văn bản này được gọi là “**Thông báo Chi tiết về việc Xuất viện.**” Quý vị có thể lấy mẫu 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 chiều. 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. Hoặc quý vị cũng có thể tham khảo mẫu thông báo này trực tuyến tại www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNII/HospitalDischargeAppealNotices.

Điều gì xảy ra nếu câu trả lời là **Đồng Ý**?

- Nếu Tổ chức Cải tiến Chất lượng nói **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị, chúng tôi phải tiếp tục đài thọ cho các dịch vụ bệnh viện của quý vị cho đến khi nào dịch vụ đó còn cần thiết về mặt y tế.

Chuyện gì nếu câu trả lời là **Không Đồng Ý**?

- Nếu Tổ chức Cải tiến Chất lượng nói **Không Đồng ý** với kháng nghị của quý vị, họ sẽ nói rằng ngày xuất viện dự kiến 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 tiến Chất lượng trả lời cho quý vị.
- Nếu Tổ chức Cải tiến Chất lượng 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 tiến Chất lượng trả lời cho quý vị.
- Nếu Tổ chức Cải tiến Chất lượng bác kháng nghị của quý vị, và quý vị ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện dự kiến của quý vị, quý vị có thể Kháng nghị Cấp 2 như mô tả tại mục tiếp theo.

G3. Kháng nghị Cấp 2 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Nếu Tổ chức Cải tiến Chất lượng đã bác kháng nghị của quý vị, và quý vị ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện dự kiến của quý vị, quý vị có thể Kháng nghị Cấp 2. Quý vị sẽ cần liên hệ lại với Tổ chức Cải tiến Chất lượng để yêu cầu xem xét lại lần nữa.

Yêu cầu xét duyệt Cấp 2 **trong vòng 60 ngày** sau ngày Tổ chức Cải tiến Chất lượng trả lời **Không Đồng Ý** với Kháng nghị Cấp 1 của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu xét duyệt này chỉ khi quý vị nằm viện sau ngày mà đài thọ của quý vị đối với dịch vụ đó đã kết thúc.

Tại California, Tổ chức Cải tiến Chất lượng được gọi là Livanta. Quý vị có thể liên hệ Livanta theo số: 1-877-588-1123.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



- Người xem xét của Tổ chức Cải tiến Chất lượng sẽ xem xét cẩn thận một lần nữa tất cả mọi thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.
- Trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ khi nhận được yêu cầu xem xét lần thứ hai của quý vị, người xem xét của Tổ chức Cải tiến Chất lượng sẽ ra quyết định.

Sơ lược: Cách tiến hành Kháng nghị Cấp 2 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Gọi cho Tổ chức Cải tiến Chất lượng tại tiểu bang của quý vị theo số 1-877-588-1123 và yêu cầu việc xét duyệt khác.

Điều gì sẽ xảy ra nếu câu trả lời là Đồng Ý?

- 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 nghị đầu tiên của quý vị. Chúng tôi phải tiếp tục đài thọ 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 Tổ chức Cải tiến Chất lượng 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 nghị.

Nếu Tổ chức Cải tiến Chất lượng bác bỏ Kháng nghị 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 dự kiến của quý vị.

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 tham khảo Mục E4 tại trang 180 để tìm hiểu cách nộp đơn khiếu nại hoặc xin DMHC cho Đánh giá Y tế Độc lập.

G4. Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn kháng nghị

Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn kháng nghị, có một cách khác để làm tiến hành Kháng nghị Cấp 1 và Cấp 2, được gọi là Kháng nghị Thay thế. Nhưng hai cấp độ kháng nghị đầu tiên này có sự khác biệt.

Kháng nghị Thay thế Cấp 1 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn liên hệ với Tổ chức Cải tiến Chất lượng (trong vòng 60 ngày hoặc không muộn hơn ngày xuất viện dự kiến của quý vị, tùy điều kiện nào đến trước), quý vị có thể kháng nghị với chúng tôi, yêu cầu “xét duyệt nhanh”. Một xét duyệt nhanh là một kháng nghị sử dụng các thời hạn nhanh thay vì thời hạn thông thường.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 khi xem xét, chúng tôi sẽ xem lại tất cả các thông tin 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 các thời hạn “nhanh” thay vì các thời hạn tiêu chuẩn để đưa ra cho quý vị câu trả lời cho 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”.
- **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 đài thọ cho các dịch vụ bệnh viện miễn sao là 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 nói Không đồng ý với yêu cầu trong xem xét nhanh** của quý vị, tức là chúng tôi nói rằng ngày xuất viện dự kiến của quý vị là phù hợp về mặt y tế. 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 dự kiến, **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 dự kiến.
- Để bảo đảm chúng tôi tuân thủ tất cả các quy tắc khi nói **Không đồng ý** với kháng nghị nhanh của quý vị, chúng tôi sẽ chuyển vụ kháng nghị của quý vị cho “Cơ quan 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 nghị.

Sơ lược: Cách tiến hành Kháng nghị Thay thế Cấp 1

Gọi số Ban 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 giờ.

Thuật ngữ pháp lý cho “xét duyệt nhanh” là “kháng nghị nhanh.”

Kháng nghị Thay thế Cấp 2 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Chúng tôi sẽ gửi thông tin phục vụ cho việc Kháng nghị cấp 2 của quý vị cho Cơ quan 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 J tại trang 214 cho biết phải làm sao để khiếu nại.

Trong quá trình Kháng nghị 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.

Sơ lược: Cách tiến hành Kháng nghị Thay thế Cấp 2

Quý vị không phải làm bất cứ điều gì. Chương trình sẽ tự động gửi kháng nghị của quý vị lên Cơ quan Đánh giá Độc lập.

- IRE sẽ thực hiện “xem xét nhanh” cho kháng nghị 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 kết nối với chương trình của chúng tôi và không phải là một cơ quan chính phủ.
- Người đánh giá của IRE sẽ xem xét cẩn thận tất cả mọi thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị về việc xuất viện.
- Nếu IRE nói **Đồng ý** với kháng nghị 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 dự kiến của quý vị. Chúng tôi cũng phải tiếp tục đài thọ 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 nghị của quý vị, tức là họ đồng ý với chúng tôi rằng ngày xuất viện dự kiến của quý vị là phù hợp về mặt y tế.
- 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 nghị 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 tham khảo Mục E4 tại trang 180 để tìm hiểu 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 nghị Cấp 3.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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. 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 Cơ sở Phục hồi Chức năng Toàn diện cho Bệnh nhân Ngoại trú (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 Toàn diện cho Bệnh nhân Ngoại trú (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 dịch vụ bất kỳ trong ba dịch vụ chăm sóc này, quý vị có quyền tiếp tục nhận được các dịch vụ được đài thọ, miễn là bác sĩ nói rằng quý vị cần đến dịch vụ đó.
 - Khi chúng tôi quyết định ngưng đài thọ 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 cho rằng chúng tôi đang kết thúc việc đài thọ cho dịch vụ chăm sóc của quý vị quá sớm, **quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi**. Mục này cho quý vị biết cách yêu cầu kháng nghị.

H1. Chúng tôi sẽ báo trước cho quý vị khi nào việc đài thọ của quý vị sẽ chấm dứt

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 và cách kháng nghị quyết định này.

Quý vị hoặc người đại diện của quý vị nên ký tên vào văn bản thông báo để chứng tỏ quý vị 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.

H2. Kháng nghị Cấp 1 để tiếp tục dịch vụ chăm sóc của quý vị

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi kết thúc đài thọ cho dịch vụ chăm sóc của quý vị quá sớm, quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi. Mục này cho quý vị biết cách yêu cầu kháng nghị.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



Trước quý vị khi tiến hành kháng nghị, chúng tôi muốn bảo đảm quý vị biết được những việc cần làm và các thời hạn.

- **Tuân thủ 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 J tại trang 214 cho biết phải làm sao để nộp đơn khiếu nại.)
- **Yêu cầu trợ giúp nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp tại bất cứ thời điểm nào, xin gọi đến 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 Health Insurance Assistance Program của Tiểu bang theo số 1-800-434-0222.

Trong quá trình Kháng nghị Cấp 1, một Tổ chức Cải tiến Chất lượng sẽ xem xét kháng nghị của quý vị rồi quyết định xem có thay đổi quyết định của chúng tôi hay không. Tại California, Tổ chức Cải tiến Chất lượng 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 tiến 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 đài thọ cho dịch vụ chăm sóc của quý vị.

Sơ lược: Cách tiến hành Kháng nghị Cấp 1 để yêu cầu chương trình tiếp tục dịch vụ chăm sóc 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 “kháng nghị khẩn.”

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, xin 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.

Tổ chức Cải tiến Chất lượng 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 phải là một phần trong 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.

Quý vị nên yêu cầu những gì?

Yêu cầu họ một “kháng nghị khẩn.” Đây là cuộc xem xét độc lập để xem việc chúng tôi kết thúc đài thọ cho dịch vụ của quý vị có phù hợp về mặt y tế không.

Thời hạn của quý vị để liên hệ tổ chức này là như thế nào?

- Quý vị phải liên hệ với Tổ chức Cải tiến 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 đài thọ cho dịch vụ của quý vị.
- Nếu quý vị bị lỡ hạn liên hệ với Tổ chức Cải tiến Chất lượng để kháng nghị, quý vị có thể kháng nghị trực tiếp với chương trình chúng tôi. Để biết chi tiết về cách kháng nghị khác này của quý vị, tham khảo Mục H4 tại trang 210.
- Nếu Tổ chức Cải tiến Chất lượng không thụ lý yêu cầu của quý vị được tiếp tục đài thọ các 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 dữ dội, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại và yêu cầu California Department of Managed Health Care (DMHC) cho Đánh giá Y tế Độc lập. Vui lòng tham khảo Mục E4 tại trang 180 để tìm hiểu 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 nhận một bản sao mẫu, 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 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. Hoặc xem bản sao trực tuyến tại www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.

Điều gì sẽ diễn ra trong quá trình xét duyệt của Tổ chức Cải tiến Chất lượng?

- Người xem xét của Tổ chức Cải tiến Chất lượng sẽ hỏi quý vị hoặc đại diện của quý vị tại sao quý vị lại cho rằng cần phải tiếp tục đài thọ cho các dịch vụ đó. Quý vị không cần phải chuẩn bị bằng văn bản nhưng nếu muốn, quý vị có thể làm.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



- Khi quý vị kháng nghị, chương trình phải gửi thư giải thích cho quý vị và Tổ chức Cải tiến Chất lượng 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.
- **Trong vòng tròn 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 một lá thư giải thích về quyết định.

Thuật ngữ pháp lý cho thư giải thích lý do chấm dứt các dịch vụ của quý vị là **“Giải thích Chi tiết về Khoản được Bảo hiểm.”**

Điều gì sẽ xảy ra nếu người xét duyệt trả lời Đồng Ý?

- Nếu người xét duyệt trả lời **Đồng Ý** đối với kháng nghị của quý vị, khi đó chúng tôi phải tiếp tục cung cấp các dịch vụ được đòi hỏi của quý vị miễn sao đó là cần thiết về mặt y tế.

Điều gì sẽ xảy ra nếu người xét duyệt trả lời Không Đồng Ý?

- Nếu người xét duyệt trả lời **Không Đồng Ý** với kháng nghị của quý vị thì việc đòi hỏi của quý vị sẽ kết thúc vào ngày chúng tôi thông báo với quý vị. 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 Toàn diện cho Bệnh nhân Ngoại trú (CORF) sau ngày kết thúc việc đòi hỏi cho quý vị, quý vị sẽ phải tự thanh toán toàn bộ chi phí của việc chăm sóc đó.

H3. Kháng nghị Cấp 2 để tiếp tục dịch vụ chăm sóc của quý vị

Nếu Tổ chức Cải tiến Chất lượng nói **Không đồng ý** với kháng cáo và quý vị quyết định tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau khi việc đòi hỏi cho dịch vụ chăm sóc đó của quý vị đã kết thúc, quý vị có thể Kháng nghị Cấp 2.

Trong Kháng nghị Cấp 2, Tổ chức Cải tiến Chất lượng 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 Cơ sở Phục hồi Chức năng Toàn diện cho Bệnh nhân Ngoại trú (CORF) của quý vị sau ngày mà chúng tôi thông báo rằng việc đòi hỏi của quý vị sẽ kết thúc.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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, Tổ chức Cải tiến Chất lượng 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 tiến Chất lượng trả lời **Không Đồng Ý** với Kháng nghị 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.

Sơ lược: Cách tiến hành Kháng nghị Cấp 2 để yêu cầu chương trình đài thọ dịch vụ chăm sóc của quý vị lâu hơn

Gọi cho Tổ chức Cải tiến 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.

- Người xem xét của Tổ chức Cải tiến Chất lượng sẽ xem xét cẩn thận một lần nữa tất cả mọi thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.
- Tổ chức Cải tiến Chất lượng sẽ ra quyết định của họ trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ khi nhận được yêu cầu kháng nghị của quý vị.

Điều gì sẽ xảy ra nếu tổ chức xét duyệt trả lời Đồng Ý?

- 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 đài thọ cho quý vị sẽ kết thúc. Chúng tôi phải tiếp tục đài thọ cho dịch vụ chăm sóc đó cho đến khi nào dịch vụ đó còn cần thiết về mặt y tế.

Điều gì sẽ xảy ra nếu tổ chức xét duyệt trả lời Không Đồng Ý?

- Điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định họ đưa ra ở Kháng nghị Cấp 1 và sẽ không thay đổi quyết định đó.
- Lá thư quý vị nhận được sẽ cho biết những gì quý vị cần làm nếu muốn tiếp tục thủ tục xét duyệt. Thông tin đó sẽ cho quý vị biết chi tiết về cách thức tiếp tục thực hiện Kháng nghị 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 đài thọ cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Vui lòng tham khảo Mục E4 tại trang 180 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 nghị Cấp 3.

H4. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn tiến hành Kháng nghị Cấp 1 thì sao

Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn kháng nghị, có một cách khác để làm tiến hành Kháng nghị Cấp 1 và Cấp 2, được gọi là Kháng nghị Thay thế. Nhưng hai cấp độ kháng nghị đầu tiên này có sự khác biệt.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



Kháng nghị Thay thế Cấp 1 để tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc của quý vị lâu hơn

Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn để liên lạc với Tổ chức Cải tiến Chất lượng, quý vị có thể đưa ra kháng nghị trực tiếp lên chúng tôi, yêu cầu “xét duyệt nhanh.” Một xét duyệt nhanh là một kháng nghị 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 Toàn diện cho Bệnh nhân Ngoại trú (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 các thời hạn “nhanh” thay vì các thời hạn tiêu chuẩn để đưa ra cho quý vị câu trả lời cho 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 đài thọ 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 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 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: Cách tiến hành Kháng nghị Thay thế Cấp 1

Gọi cho Ban 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 giờ.

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.

Để bảo đảm chúng tôi tuân thủ tất cả các quy tắc khi nói **Không đồng ý** với kháng nghị nhanh của quý vị, chúng tôi sẽ chuyển vụ kháng nghị của quý vị cho “Cơ quan 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 nghị.

Thuật ngữ pháp lý cho “xét duyệt nhanh” là “**kháng nghị nhanh.**”



Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.

Kháng nghị 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 nghị cấp 2 của quý vị cho Cơ quan 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 J tại trang 214 cho biết phải làm sao để khiếu nại.

Trong quá trình Kháng nghị 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.

Sơ lược: Cách tiến hành Kháng nghị Cấp 2 để yêu cầu chương trình tiếp tục dịch vụ chăm sóc của quý vị

Quý vị không phải làm bất cứ điều gì. Chương trình sẽ tự động gửi kháng nghị của quý vị lên Cơ quan Đánh giá Độc lập.

- IRE sẽ thực hiện “xem xét nhanh” cho kháng nghị 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 kết nối với chương trình của chúng tôi, và không phải là một cơ quan chính phủ.
- Người đánh giá của IRE sẽ xem xét cẩn thận tất cả mọi thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.
- **Nếu IRE nói Đồng ý** với kháng nghị 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 đài thọ 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 nghị của quý vị, tức là họ đồng ý với chúng tôi rằng việc ngưng đài thọ cho dịch vụ của quý vị là phù hợp về mặt y tế.

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 nghị lên Cấp 3, kháng nghị 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 đài thọ cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Vui lòng tham khảo Mục E4 tại trang 180 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 nghị Cấp 3.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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. Tiến hành kháng nghị của quý vị sau Cấp 2

I1. Các bước tiếp theo đối với các dịch vụ và khoản mục Medicare

Nếu quý vị đã tiến hành Kháng nghị Cấp 1 và Kháng cáo Cấp 2 đối với các dịch vụ hoặc khoản mục Medicare, và cả hai kháng nghị của quý vị đều đã bị bác bỏ, thì quý vị có thể có quyền đối với các cấp độ kháng nghị 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 nghị.

Cấp 3 của quy trình kháng nghị là một Phiên Điều trần của Thẩm phán Luật Hành chính (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 tiền tệ thấp hơn mức tối thiểu, quý vị không thể kháng nghị thêm nữa. Nếu giá trị tính bằng đô-la đủ cao, quý vị có thể yêu cầu một ALJ hoặc quan tòa phân xử cho kháng nghị của quý vị.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của ALJ hoặc quan tòa, quý vị có thể đến gặp Medicare Appeals Council. Sau đó, quý vị có thể có quyền yêu cầu tòa án liên bang xem xét kháng nghị của quý vị.

Nếu quý vị cần được trợ giúp ở bất kỳ giai đoạn nào của quy trình kháng nghị, quý vị có thể liên hệ với Cal MediConnect Ombuds Program theo số 1-855-501-3077.

I2. Các bước tiếp theo đối với các dịch vụ và khoản mục Medi-Cal

Quý vị cũng có thêm quyền kháng nghị nếu kháng cáo của quý vị là về các dịch vụ hoặc khoản mục có thể được Medi-Cal đài thọ. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định Điều trần 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, xin 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 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.

J. Cách đưa ra khiếu nại

J1. 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 Mỹ chẳng hạn.

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 biết thêm thông tin, xin xem Mục J3 tại trang 217.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 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 sạch sẽ

- Quý vị nghĩ rằng phòng khám, bệnh viện hoặc phòng khám bác sĩ không sạch sẽ.

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 nghị

- 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 nghị của quý vị.
- Quý vị tin rằng sau khi nhận được một quyết định bảo hiểm hoặc quyết định kháng nghị 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 đúng thời hạn.

Thuật ngữ pháp lý cho một “khiếu nại” là “khiếu nại**.”**

Thuật ngữ pháp lý cho việc “tiến hành khiếu nại” là “nộp khiếu nại**.”**

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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



J2. Khiếu nại nội bộ

Để nộp đơn khiếu nại nội bộ, gọi cho 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 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 khiếu nại bằng văn bản thì chúng tôi sẽ phản hồi khiếu nại đó 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 “**khiếu nại 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 điều kiện sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi trả lời nhanh chóng, chúng tôi sẽ làm như vậy.

- 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 nghị 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 phản hồi dù chúng tôi có đồng ý với khiếu nại đó hay không.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



J3. Khiếu nại 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: 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 xin 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 thành viên của chúng tôi được nhận tất cả các dịch vụ được đài thọ mà chúng tôi phải cung cấp. Cal MediConnect Ombuds Program không quan hệ với chúng tôi hoặc bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm y tế 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 bảo hiểm y tế. 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 hệ 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 dữ dội, 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 TDD miễn phí, 1-877-688-9891. Cuộc gọi được miễn phí.
- Vào trang web của Department of Managed Health Care (www.dmhc.ca.gov).

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Phòng Dân quyền

Quý vị có thể khiếu nại với Office for Civil Rights của Department of Health and Human Services nếu quý vị cho rằng mình đã không được đối xử 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 Office for Civil Rights là 1-800-368-1019. Người dùng TTY xin gọi 1-800-537-7697. Quý vị cũng có thể truy cập www.hhs.gov/ocr để biết thêm thông tin.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 gọi cho Office for Civil Rights 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

Trung tâm Phản hồi Khách hàng (Customer Response Center): 1-800-368-1019

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 hệ Cal MediConnect Ombuds Program để được hỗ trợ. Số điện thoại là 1-855-501-3077.

Quý vị có thể khiếu nại với Tổ chức Cải tiến Chất lượng

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 tiến 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 tiến Chất lượng. Nếu quý vị tiến hành khiếu nại tổ chức này, chúng tôi sẽ làm việc với họ để giải quyết khiếu nại của quý vị.

Tổ chức Cải tiến Chất lượng 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 tiến Chất lượng, tham khảo Chương 2.

Tại California, Tổ chức Cải tiến Chất lượng được gọi là Livanta. Số điện thoại của Livanta là 1-877-588-1123.



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

Giới thiệu

Chương này nói về những cách mà quý vị có thể dùng để kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình 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 hội đủ điều kiện. Các thuật ngữ chính và định nghĩa theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ tay Thành viên*.

Mục lục

A. Khi nào quý vị có thể kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi	220
B. Cách kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi.....	222
C. Cách tham gia vào một chương trình Cal MediConnect khác.....	222
D. Cách nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal riêng biệt	223
D1. Cách nhận dịch vụ Medicare của quý vị	223
D2. Cách nhận dịch vụ Medi-Cal của quý vị.....	225
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 thành viên của quý vị kết thúc	226
F. Các tình huống khác khi tư cách thành viên của quý vị trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi kết thúc.....	226
G. Quy tắc không được yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình Cal MediConnect vì bất cứ lý do nào liên quan đến sức khỏe của quý vị.....	228
H. Quý vị có quyền khiếu nại khi chúng tôi kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình chúng tôi.....	228
I. Cách tìm hiểu thêm thông tin về việc kết thúc tư cách thành viên chương trình của quý vị.....	228

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 thành viên của quý vị trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi

Hầu hết những người có Medicare có thể kết thúc tư cách thành viên của họ trong những thời điểm nhất định trong năm. Vì quý vị có Medi-Cal, quý vị có thể kết thúc tư cách thành viên của mình trong chương trình của chúng tôi hoặc chuyển sang chương trình khác một lần trong mỗi **Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt** sau:

- Tháng 1 đến tháng 3
- Tháng 4 đến tháng 6
- Tháng 7 đến tháng 9

Ngoài ba giai đoạn Ghi danh Đặc biệt này, quý vị có thể kết thúc tư cách thành viên của mình trong chương trình của chúng tôi trong các giai đoạn sau:

- **Thời gian Ghi danh Hàng năm**, kéo dài từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12. Nếu quý vị chọn một chương trình mới trong thời gian này, tư cách thành viên của quý vị trong Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sẽ kết thúc vào ngày 31 tháng 12 và tư cách thành viên của quý vị trong chương trình mới sẽ bắt đầu vào ngày 1 tháng 1.
- **Thời gian Ghi danh Mở** của Medicare Advantage, kéo dài từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3. Nếu quý vị chọn một chương trình mới trong giai đoạn này, tư cách thành viên của quý vị trong chương trình mới sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo.

Có thể có những tình huống khác khi quý vị hội đủ điều kiện để thay đổi việc ghi danh của mình. Ví dụ, khi:

- Medicare hoặc tiểu bang California đã ghi danh cho quý vị vào một chương trình Cal MediConnect,
- Tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị đối với Medi-Cal hoặc “Trợ cấp Đặc biệt” (Extra Help) đã thay đổi,
- Quý vị đang được chăm sóc trong viện dưỡng lão hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn, hoặc

Quý vị đã chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi.

Tư cách thành 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 đề nghị của quý vị vào ngày 18 tháng 1 thì bảo hiểm của quý vị với chương trình của 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).

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



Khi quý vị kết thúc tư cách thành 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 chương trình Cal MediConnect 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 thành 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 223.
- Các dịch vụ Medi-Cal tại trang 225.

Quý vị có thể nhận thêm thông tin về cách kết thúc tư cách thành 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.
- State Health Insurance Assistance Program (SHIP), California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều. Để biết thêm thông tin hoặc để tìm một văn phòng HICAP tại địa phương của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.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.

LƯU Ý: Nếu đang tham gia chương trình quản lý thuốc, thì quý vị có thể không được thay đổi chương trình. Tham khảo Chương 5 để biết thông tin về các chương trình quản lý thuốc.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi

Nếu quý vị quyết định kết thúc tư cách thành viên của mình, 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
- Vui lòng gọi cho 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 223.

C. Cách tham gia vào một chương trình Cal MediConnect 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 chương trình Cal MediConnect khác. Quý vị có thể kết thúc tư cách thành viên của mình trong chương trình của chúng tôi trong những thời điểm nhất định trong năm, được gọi là Thời gian Ghi danh Đặc biệt. Trong một số trường hợp nhất định, quý vị cũng có thể hội đủ điều kiện để rời chương trình vào các thời điểm khác trong năm. Tham khảo Mục A để biết thêm thông tin về **thời điểm quý vị có thể tham gia một chương trình mới**.

Để ghi danh vào một chương trình Cal MediConnect khác:

- 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. Cho họ biết quý vị muốn rời khỏi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan và tham gia vào một chương trình Cal MediConnect 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.

Nếu quý vị hội đủ điều kiện cho Thời gian Ghi danh Đặc biệt, 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. Tham khảo Mục A để biết thêm thông tin về **thời điểm quý vị có thể tham gia một chương trình mới**.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal riêng biệt

Nếu quý vị không muốn ghi danh vào một chương trình Cal MediConnect 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.

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 thành viên của quý vị trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi.

1. Quý vị có thể chuyển sang: Một chương trình bảo hiểm y tế Medicare, như chương trình B hoặc, Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE) nếu quý vị đáp ứng các yêu cầu về điều kiện hội đủ và sống trong khu vực dịch vụ	Sau đây là những việc cần làm: Vui lòng gọi cho 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. Để hỏi thăm về PACE, xin gọi 1-855-921-PACE (7223). Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc muốn biết thêm thông tin: • Vui lòng gọi California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều. Để biết thêm thông tin hoặc để tìm một văn phòng HICAP tại địa phương của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.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, xin 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 chuyển sang: Original Medicare có chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt	Sau đây là những việc cần làm: Vui lòng gọi cho 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 này miễn phí. Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc muốn biết thêm thông tin: • Vui lòng gọi California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều. Để biết thêm thông tin hoặc để tìm một văn phòng HICAP tại địa phương của quý vị, vui lòng truy cập 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 chuyển sang:**Original Medicare không có chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt**

LƯU Ý: Nếu quý vị chuyển đổi sang Original Medicare và không ghi danh vào một chương trình thuốc kê 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 kê 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, gọi California 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 biết thêm thông tin hoặc để tìm văn phòng HICAP tại địa phương của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/.

Sau đây là những việc cần làm:

Vui lòng gọi cho 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 này miễn phí.

Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc muốn biết thêm thông tin:

- Vui lòng gọi California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều. Để biết thêm thông tin hoặc để tìm một văn phòng HICAP tại địa phương của quý vị, vui lòng truy cập 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 chương trình Cal MediConnect 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 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 thành viên của quý vị với chương trình Cal MediConnect của chúng tôi.

- 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. Cho họ biết quý vị muốn rời khỏi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan và tham gia vào một chương trình Medi-Cal 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 thành viên của quý vị trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi, quý vị sẽ được nhận một Thẻ ID Thành viên mới, một Sổ tay Thành viên mới, và một Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc mới từ bảo hiểm Medi-Cal của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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. 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 thành 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 thành viên của quý vị kết thúc và chương trình bảo hiểm Medicare và Medi-Cal mới của quý vị bắt đầu. Tham khảo trang 220 để biết thêm thông tin. Trong thời gian này, quý vị sẽ vẫn tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc và thuốc qua chương trình của chúng tôi.

- **Quý vị nên sử dụng các hiệu thuốc trong mạng lưới để nhận thuốc kê toa của mình.** 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 thành viên của quý vị kết thúc, việc nội trú tại bệnh viện của quý vị thường sẽ được chương trình Cal MediConnect của chúng tôi bảo hiểm cho đến khi quý vị xuất viện.** Quyết định này sẽ diễn ra ngay cả khi bảo hiểm sức khỏe mới của quý vị bắt đầu trước ngày quý vị xuất viện.

F. Các tình huống khác khi tư cách thành viên của quý vị trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi kết thúc

Đó là các trường hợp khi Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan phải chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình:

- Nếu có khoảng thời gian tạm ngưng trong đài thọ Medicare Phần A và Phần B của quý vị.
- 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.
- Nếu quý vị chuyển đi khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi.
- Nếu quý vị đi xa khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi trên 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



- Khi quý vị nói dối hoặc che giấu thông tin về bảo hiểm khác mà quý vị có đối với thuốc kê 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 thành 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 thành 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 điều kiện hưởng Medi-Cal hoặc hoàn cảnh của quý vị đã thay đổi khiến quý vị không còn đủ điều kiện 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 cho thêm này sẽ cho phép quý vị được sửa lại thông tin về tiêu chuẩn tham gia của mình nếu quý vị nghĩ rằng mình vẫn đủ tiêu chuẩn tham gia. 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 thành 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 cố ý cung cấp cho chúng tôi các thông tin không chính xác khi ghi danh vào chương trình và thông tin đó ảnh hưởng đến khả năng quý vị hội đủ điều kiện cho 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 thành viên khác của chương trình.
- Nếu quý vị cho người khác sử dụng Thẻ ID Thành Viên của quý vị để được chăm sóc y tế.
 - Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách thành 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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. Quy tắc không được yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình Cal MediConnect 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 này miễn phí.

Quý vị cũng nên **gọi cho 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 thành viên của quý vị trong chương trình chúng tôi

Nếu chúng tôi kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình Cal MediConnect 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 cách quý vị có nộp đơn khiếu nại hoặc phàn nàn về quyết định của chúng tôi kết thúc tư cách thành viên của quý vị. Quý vị cũng có thể tham khảo Chương 9 để biết thông tin về cách khiếu nại.

I. Cách tìm hiểu thêm thông tin về việc kết thúc tư cách thành 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 thành viên của quý vị, 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. Cuộc gọi này miễn phí.
- 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.
- Vui lòng gọi California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều. Để biết thêm thông tin hoặc để tìm một văn phòng HICAP tại địa phương của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/.
- Gọi cho 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.
- Vui lòng gọi cho 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 này miễn phí.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 thành 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 Thành viên*.

Mục lục

A. Thông báo về các luật.....	230
B. Thông báo về không phân biệt đối xử.....	230
C. Thông báo về Medicare là người thanh toán thứ hai và Medi-Cal là người thanh toán cuối cùng.....	231



A. Thông báo về các luật

Có nhiều luật được áp dụng cho *Sổ tay Thành 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 sổ tay 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 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 đài thọ, giới tính, thông tin di truyền, vị trí địa lý trong khu vực dịch vụ, tình trạng sức khỏe, tiền sử bệnh, tình trạng khuyết tật thể xác hoặc tâm thần, nguồn gốc quốc gia, chủng tộc, tôn giáo hoặc giới tính của quý vị. Ngoài ra, chúng tôi không phân biệt đối xử hoặc đối xử với quý vị khác vì tổ tiên, tình trạng hôn nhân hoặc khuynh hướng tình dục 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 đài thọ. 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 Chống Phân biệt Đối xử theo Tuổi 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 xin gọi 1-800-537-7697. Quý vị cũng có thể truy cập 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

Trung tâm Phản hồi Khách hàng (Customer Response Center): 1-800-368-1019

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, xin 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

Đôi khi một người khác phải trả tiền trước cho các dịch vụ mà chúng tôi cung cấp cho quý vị. Ví dụ: nếu quý vị gặp tai nạn ô tô hoặc quý vị bị thương khi làm việc, bảo hiểm hoặc Bồi thường cho Người lao động phải chi trả 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.

Chương trình Cal MediConnect 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 thành 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, xin 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 Thành 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 hệ với Ban Dịch vụ Hội viên.

Bậc chia sẻ chi phí: Là một nhóm thuốc có cùng số tiền đồng chi trả. Mọi thuốc trong *Danh sách Thuốc được Đãi thọ* (còn được gọi là Danh sách Thuốc) thuộc một trong bốn (4) bậc chia sẻ chi phí. Nói chung, bậc chia sẻ 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, thuốc 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.

Bộ phận cơ thể 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 đãi thọ sẽ bao gồm, nhưng không giới hạn ở, cánh tay, lưng, và nẹp cổ; chi giả; mắt nhân tạo; và các thiết bị cần thiết để thay thế một bộ phận hoặc chức năng cơ thể bên trong, bao gồm hậu môn giả và liệu pháp dinh dưỡng qua đường truyền ruột và tĩnh mạch.

Các Chương trình Medi-Cal: 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.

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. Tham khảo Chương 4 để biết thêm về các dịch vụ phục hồi.

Các Dịch vụ Tùy chọn của Chương trình Chăm sóc (Care Plan Optional Services, CPO Services): Các dịch vụ bổ sung có thể tùy chọn theo ý muốn trong Chương Chăm sóc Cá nhân (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.

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 là để giúp quý vị được ở nhà và không phải đi vào viện dưỡng lão hoặc bệnh viện. LTSS bao gồm Dịch vụ dành cho Người trưởng thành trong Cộng đồng (CBAS) và Cơ sở Điều dưỡng (NF).

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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: Là chương trình cung cấp cả quyền lợi Medicare và Medi-Cal của quý vị trong cùng một chương trình bảo hiểm y tế. Quý vị chỉ dùng một Thẻ ID Thành viên duy nhất cho tất cả quyền lợi của mình.

Cần thiết về mặt y tế: Một số các dịch vụ liệt kê trong Bảng Quyền lợi Y tế được đài thọ 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 đài thọ 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 tắc của Medicare. Thứ hai, thường có các tiêu chuẩn được chấp nhận trong thực hành y khoa. 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 dịch vụ đó đúng chỗ với tuần suất phù hợp. 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 chúng tôi phê duyệt trước khi nhận dịch vụ chăm sóc của nhà cung cấp không có trong chương trình của chúng tôi, trừ khi quý vị nhận Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp, Dịch vụ chăm sóc trong trường hợp cấp cứu hoặc dịch vụ Lọc máu thận ngoài khu vực dịch vụ. Để tìm một nhà cung cấp trong chương trình của chúng tôi, tìm kiếm *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* trực tuyến 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 phê duyệt 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 tế có thể là một tổn thương nghiêm trọng hoặc cơn đau dữ dội.

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS): Cơ quan liên bang phụ trách Medicare. Chương 2 sẽ giải thích cách liên hệ 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.

Chăm sóc cuối đời: Là chương trình chăm sóc và hỗ trợ để giúp cho người có tiên lượng bệnh giai đoạn cuối 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.

- 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



Chăm sóc khẩn cấp: Là dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận khi bị bệnh, thương tật, 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 cấp cần 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 vật lý trị liệu hoặc tiêm tĩnh truyền mạch (IV) thực hiện bởi y tá chuẩn định hoặc bác sĩ.

Chi phí tự trả: Yêu cầu thành viên trả khoản chia sẻ 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 trả”. Tham khảo định nghĩa về “chia sẻ chi phí” ở phần trên.

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 đài thọ 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 đài thọ 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 đài thọ cần sự cho phép trước của chương trình được đánh dấu trong Bảng Quyền lợi trong Chương 4.

Một số loại thuốc chỉ được đài thọ khi quý vị được chúng tôi cho phép trước.

- Thuốc được đài thọ phải xin phép trước của chương trình được đánh dấu trong *Danh sách Thuốc được Đài thọ*.

Chương trình bảo hiểm y tế: Một tổ chức cung cấp các bác sĩ, bệnh viện, hiệu thuốc, nhà cung cấp các dịch vụ dài hạn và các nhà cung cấp khác. Tổ chức này cũng có những người quản lý hồ sơ 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 Cá nhân (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.

Chương trình Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE): Là chương trình đài thọ 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



Cơ sở điều dưỡng chuyên môn (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 y tế liên quan khác.

Cơ sở Phục hồi Chức năng Toàn diện cho Bệnh nhân Ngoại trú (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 vật lý trị liệu, các dịch vụ xã hội hoặc tâm lý, trị liệu hô hấp, trị liệu vận động, trị liệu 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 tiền sử bệnh của bệnh nhân và tình trạng hiện tại. Việc đánh giá nguy cơ cho sức khỏe được dùng để tìm hiểu sức khỏe của bệnh nhân và tiên lượng của nó 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 nghị 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 về 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 liệu pháp điều trị mà quý vị yêu cầu cung cấp. Quý vị không phải trả phí cho IMR.

Danh sách Thuốc được Đài thọ (Danh sách Thuốc): Danh sách thuốc kê toa và thuốc không cần toa (OTC) được chương trình đài thọ. Chương trình sẽ chọn các loại thuốc trong danh sách này với sự giúp đỡ của các bác sĩ và dược sĩ. Danh Sách Thuốc cho quý vị biết liệu có bất cứ quy định nào mà quý vị cần tuân thủ để nhận được thuốc của mình hay không. Danh sách Thuốc đôi khi cũng được gọi là “danh mục thuốc”.

Đào tạo 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 cho Người trưởng thành trong Cộng đồng (Community Based Adult Services, CBAS) Chương trình dịch vụ tại cơ sở, ngoại trú cung cấp các dịch vụ chăm sóc 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 cho Người ghi danh hội đủ điều kiện đáp ứng các tiêu chí hội đủ điều kiện hiện hành.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 được đài thọ: 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 đài thọ.

Dịch vụ được Medicare đài thọ: Là các dịch vụ được đài thọ theo Medicare Phần A và Phần B. Tất cả các chương trình bảo hiểm y tế Medicare, kể cả chương trình chúng tôi, đều phải đài thọ cho tất cả các dịch vụ được đài thọ theo Medicare Phần A và Phần B.

Đóng Góp Chi Phí: Là các số tiền mà quý vị phải trả khi nhận một số thuốc kê toa nào đó. Tiền đồng chi trả là một trong các loại tiền chia sẻ chi phí.

Giai đoạn bảo hiểm ban đầu: Giai đoạn trước khi toàn bộ chi phí thuốc Phần D của quý vị đạt \$6,550. 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 kê toa 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 ương: 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 \$7,050 cho thuốc kê toa của quý vị.

Giấy giới thiệu: Giấy giới thiệu có nghĩa là nhà cung cấp dịch vụ 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 phê duyệt, Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan có thể không đài thọ 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 đài thọ cho mỗi toa thuốc.

Health Insurance Counseling and 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 hệ với HICAP.

Hỗ trợ đã trả đang chờ xử lý: Quý vị có thể được tiếp tục nhận quyền lợi của mình trong khi chờ quyết định cho Kháng nghị Cấp 1 hoặc Phiên Điều trần của Tiểu bang (Tham khảo Chương 9 để biết thêm thông tin). Khoản bảo hiểm tiếp tục này được gọi là “khoản hỗ trợ đã trả đang chờ xử lý.”

Kế hoạch Chăm sóc: Tham khảo “Chương trình Chăm sóc Cá nhân”.

Kháng nghị: 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 nghị. Chương 9 sẽ giải thích về các kháng nghị, bao gồm cách đưa ra kháng nghị.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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: 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 bảo hiểm y tế của quý vị cung cấp.

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 đài thọ 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. Thuật ngữ chính thức cho việc “tiến hành khiếu nại” là “nộp khiếu nại.”

Khu vực dịch vụ: Khu vực địa lý nơi chương trình bảo hiểm y tế chấp nhận các thành viên nếu chương trình giới hạn tư cách thành 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 dịch vụ của chúng tôi mới có thể nhận Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.

Lập 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 Thành viên Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan khi quý vị nhận bất kỳ dịch vụ hoặc mua thuốc kê 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 thành 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 đài thọ. Chúng tôi không cho phép nhà cung cấp dịch vụ xuất hóa đơn cho quý vị cao hơn mức này.

Medi-Cal cần thiết về mặt y tế : Hoặc “sự cần thiết về mặt y tế” 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 dữ dội. 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.

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 đài thọ cho các dịch vụ và một số thuốc bổ sung mà không được Medicare đài thọ.
- Các chương trình Medicaid thay đổi tùy theo từng tiểu bang, nhưng hầu hết các chi phí chăm sóc y tế được đài thọ nếu quý vị hội đủ điều kiện cho cả Medicare và Medicaid.
- Tham khảo Chương 2 để biết thông tin về cách liên lạc với Medi-Cal.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 Advantage Plan: Chương trình Medicare, còn được gọi là “Medicare Phần C” hoặc “Chương trình MA” cung cấp các chương trình thông qua các công ty tư nhân. Medicare thanh toán cho các công ty này để đài thọ các quyền lợi Medicare.

Medicare Phần A: Là chương trình Medicare đài thọ 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 cuối đời.

Medicare Phần B: Là chương trình Medicare đài thọ cho các dịch vụ (như xét nghiệm, phẫu thuật, và thăm khám tại bác sĩ) và vật dụng (như xe lăn và khung tập đi (walker)) cần thiết về mặt y tế để điều trị cho một bệnh hoặc bệnh lý. Chương trình Medicare Phần B cũng đài thọ 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 chương trình Medicare Advantage Plan.

Medicare Phần D: Chương trình quyền lợi thuốc kê toa của Medicare. (Chúng tôi gọi ngắn gọn chương trình này là “Phần D”.) Phần D sẽ đài thọ các loại thuốc kê 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 đài thọ. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan bao gồm Medicare Phần D.

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 lọc thận hoặc cấy ghép thận). Người có Medicare có thể được bảo hiểm y tế Medicare qua chương trình Original Medicare hoặc một chương trình bảo hiểm y tế có quản lý (tham khảo “Chương trình Bảo hiểm Y tế”).

Member Services (Dịch vụ Hội viên): Là một ban của chương trình chúng tôi chịu trách nhiệm giải đáp thắc mắc cho quý vị về tư cách thành viên, quyền lợi, khiếu nại, và kháng nghị của quý vị. Tham khảo Chương 2 để biết thông tin về cách liên lạc với Ban Dịch vụ Hội viên.

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 chi trả. Mức chia sẻ chi phí theo ngày là số tiền đồng chi trả chia cho số ngày thuốc được cấp của một tháng.

Ví dụ như sau: Giả sử khoản đồng chi trả cho thuốc của quý vị cho nguồn cấp cho cả tháng (cấp để dùng cho 30 ngày) là \$1.35. Điều này có nghĩa là số tiền quý vị trả cho thuốc của quý vị ít hơn \$0.045 một ngày. Nếu quý vị nhận được lượng cấp của 7 ngày, thì tiền thanh toán của quý vị sẽ ít hơn \$0.05 mỗi ngày nhân cho 7 ngày, ra tổng số là \$0.35

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



Người ghi danh Medicare-Medi-Cal (Hội đủ điều kiện cho Cả hai Chương trình): Là người hội 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 bảo hiểm y tế 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 nhận dịch vụ chăm sóc cần thiết để luôn khỏe mạnh.

- Họ 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.
- Tham khảo 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 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 đài thọ cho thành viên của chương trình chúng tôi. Chương 3 giải thích về các nhà cung cấp hoặc cơ sở ngoài mạng lưới.

Nhà cung cấp 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 bao gồm các bệnh viện, cơ sở y tế chăm sóc tại nhà, phòng khám và các nơi khác cung cấp cho quý vị các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thiết bị y tế cũng như các dịch vụ và hỗ trợ dài kỳ.

- 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 bảo hiểm y tế, chấp nhận tiền thanh toán của chúng tôi và không bắt thành viên chúng tôi phải trả thêm tiền cho họ.
- Trong thời gian làm thành viên của chương trình chúng tôi, quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp dịch vụ trong mạng để nhận các dịch vụ được đài thọ. Các nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới còn được gọi là “nhà cung cấp của chương trình.”

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 ngoài mạng lưới: Nhà thuốc không đồng ý làm việc với chương trình chúng tôi để điều phối hoặc cung cấp các thuốc được đài thọ cho thành 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.

Nhà thuốc trong mạng lưới: Là nhà thuốc (hiệu thuốc) đã đồng ý cung cấp thuốc kê toa cho thành 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.

Nhóm Chăm sóc Liên ngành (ICT hay Nhóm chăm sóc): Nhóm chăm sóc có thể bao gồm các bác sĩ, điều dưỡng, cố vấn, hoặc chuyên viên y tế khác giúp quý vị nhận được sự chăm sóc mà quý vị cần. Nhóm chăm sóc của quý vị cũng sẽ giúp quý vị lập kế hoạch chăm sóc.

Nhóm chăm sóc: Tham khảo “Nhóm Chăm sóc Liên ngành.”

Nội trú: 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.

Original Medicare (Medicare truyền thống hoặc Medicare dịch vụ thu phí): Original Medicare được chính phủ cung cấp. Theo Original Medicare, các dịch vụ Medicare được đài thọ 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.

Phân 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.

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.

Quyết định bảo hiểm: Quyết định về các quyền lợi mà chúng tôi đài thọ. Trong đó có cả những quyết định về thuốc và dịch vụ được đài thọ 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



Quyết 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 đài thọ hay không hoặc quý vị sẽ phải chi trả bao nhiêu cho các dịch vụ được đài thọ. Quyết định của tổ chức được gọi là “quyết định bảo hiểm” trong sổ tay này. Chương 9 giải thích cách thức yêu cầu chúng tôi có quyết định bảo hiểm.

Rút tên: Quy trình kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi. Việc rút tên có thể là tự nguyện (là lựa chọn của quý vị) hoặc không tự nguyện (không phải lựa chọn của quý vị).

Department of Managed Health Care (DMHC): Sở của Tiểu bang California chịu trách nhiệm giám sát các chương trình bảo hiểm y tế. DMHC giúp mọi người trong chương trình Cal MediConnect kháng nghị và khiếu nại về các dịch vụ Medi-Cal. DMHC cũng thực hiện việc Đánh giá Y tế Độc lập (IMR).

Sổ tay Thành 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 thành 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 dược chất.

Thanh tra viên (Ombudsman): Văn phòng tại tiểu bang của quý vị hoạt động như một người ủng 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 viên đều miễn phí. Quý vị có thể tìm thêm thông tin về Cal MediConnect Ombuds Program tại Chương 2 và 9 của sổ tay này.

Thành viên (thành viên chương trình của chúng tôi, hoặc thành viên chương trình): Một người tham gia vào chương trình Medicare và Medi-Cal hội đủ điều kiện để hưởng các dịch vụ được đài thọ, 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.

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, hệ thống 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 dung 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. Tham khảo 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



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. Quyền lợi SSI không phải là quyền lợi An sinh Xã hội.

Thuốc biệt dược: Là thuốc kê toa được sản xuất và bán bởi chính công ty đã sản xuất ra thuốc đó đầu tiên. Thuốc biệt dược 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 đài thọ: Là thuật ngữ chúng tôi dùng để nói đến tất cả các loại thuốc kê toa và thuốc không cần toa (OTC) được chương trình của chúng tôi đài thọ.

Thuốc gốc: Thuốc kê toa bác sĩ được chính phủ liên bang phê duyệt để sử dụng thay thế thuốc biệt dược. Thuốc gốc có cùng thành phần với thuốc biệt dược. Thuốc này thường rẻ hơn và có hiệu quả tương đương với thuốc biệt dược.

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 toa thuốc từ chuyên gia chăm sóc sức khỏe.

Phần A: Tham khảo “Medicare Phần A.”

Phần B: Tham khảo “Medicare Phần B.”

Phần C: Tham khảo “Medicare Phần C.”

Phần D: Tham khảo “Medicare Phần D.”

Thuốc Phần D: Tham khảo “thuốc Medicare Phần D.”

Thuốc Medicare Phần D: Là các thuốc được đài thọ 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 đài thọ cho một số thuốc này.

Tiền đồng chi 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 kê toa. Ví dụ, quý vị có thể trả \$2 hoặc \$5 cho một dịch vụ hoặc thuốc kê toa.

Tổ chức Cải tiến Chất lượng (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. Tham khảo Chương 2 để biết thêm thông tin về cách liên lạc với QIO cho tiểu bang của quý vị.

Trị liệu từng bước: Một quy tắc bảo hiểm yêu cầu quý vị thử một loại thuốc khác trước tiên trước khi chúng tôi đài thọ loại thuốc mà quý vị đang yêu cầu.

Trợ cấp cho người thu nhập thấp (LIS): Tham khảo “Trợ cấp Đặc biệt” (Extra Help).

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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 cấp Đặc biệt (Extra Help): Chương trình Medicare giúp những người có thu nhập và các nguồn lực hạn chế giảm các chi phí thuốc kê toa Medicare Phần D, chẳng hạn như tiền phí bảo hiểm, các khoản khấu trừ và tiền đồng chi trả. “Trợ cấp Đặc biệt” (Extra Help) còn được gọi là “Trợ cấp Thu nhập Thấp” hoặc “LIS”.

Trợ lý sức khỏe tại nhà: 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). Trợ lý sức khỏe tại nhà thường không có bằng y tá hoặc không thể trị liệu được.

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.

Trường hợp ngoại lệ: Sự cho phép nhận khoản bảo hiểm cho một loại thuốc mà thông thường không được đài thọ hoặc sử dụng thuốc mà không phải chịu một số quy tắc và giới hạn.

Viện dưỡng lão hoặc cơ sở điều dưỡng: Cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người không thể nhận chăm sóc tại nhà nhưng không cần nhập viện.

Xuất hóa đơn Dư nợ: 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 thành 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 đài thọ. 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.



Ban Dịch vụ Hội viên của Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

GỌI	1-855-817-5785 Các cuộc gọi tới 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 tới số này được miễn phí. Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối
GỬI THƯ	Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan Member Services 12900 Park Plaza Drive, Suite 150 Mailstop: 6150 Cerritos, CA 90703-9329
TRANG MẠNG	duals.anthem.com



Nếu quý vị có thắc mắc, xin 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.