Hướng dẫn của quý vị về các quyền lợi năm 2023 của quý vị

Chứng từ bảo hiểm

Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)

Ban Dịch vụ Thành viên:
1-833-707-3129 TTY: **711**

www.anthem.com/ca

Sổ tay Hội viên Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)

Ngày 1 Tháng Một – 31 Tháng Mười Hai, 2023

Bảo hiểm Sức khỏe và Thuốc của quý vị theo Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)

Giới thiệu *Sổ tay Hội viên*

Sổ tay Hội viên này, còn được gọi là *Chứng từ Bảo hiểm*, cho quý vị biết về bảo hiểm của quý vị theo chương trình của chúng tôi đến hết ngày 31 Tháng Mười Hai, 2023. Sổ tay sẽ giải thích về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và các rối loạn do lạm dụng dược chất), bảo hiểm thuốc theo toa, các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn. Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn giúp quý vị được ở ngay tại nhà thay vì phải đi nhà điều dưỡng hoặc bệnh viện. Các thuật ngữ chính và định nghĩa theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ tay Hội viên*.

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

Khi *Sổ tay Hội viên* này dùng từ “chúng tôi,” “của chúng tôi” hay "chương trình của chúng tôi", thì đó nghĩa là Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP).

ATTENTION: If you speak If you speak English, Spanish, Chinese, Vietnamese, Tagalog, Korean, Armenian, Persian, Russian, Arabic, Cambodian, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-833-707-3129** (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 **1-833-707-3129** (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 **1-833-707-3129** (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 **1-833-707-3129** (TTY: **711**), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 8:00 tối. Cuộc gọi được miễn tính cước phí. — Vietnamese

---

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** theo số **1-833-707-3129** (TTY: **711**), trong khung giờ từ 08:00 sáng đến 08:00 tối, 7 ngày/tuần (trừ Lễ Tạ ơn và Giáng sinh) từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3 và từ thứ Hai đến thứ Sáu (trừ ngày lễ) từ ngày 1 tháng 4 đến hết ngày 30 tháng 9. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập shop.anthem.com/medicare/ca.

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo nang walang bayad ang mga serbisyo ng tulong sa wika. Tumawag sa **1-833-707-3129** (TTY: **711**), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag.	Tagalog
안내: 한국어를 사용할 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 월요일부터 금요일까지 오전 8시에서 오후 8시 사이에**1-833-707-3129** (TTY: **711**)번으로 전화하십시오. 통화료는 무료입니다.	Korean
ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. եթե դուք խոսում եք հայերեն լեզվով, ձեզ համար մատչելի են անվճար լեզվական աջակցության ծառայությունները: Զանգահարեք **1-844-309-6992** (TTY՝ **711**) հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը 8:00-ից 20:00-ը: Այս զանգն անվճար է:	Armenian
توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک در زمینه زبان، به صورت رایگان، برای شما در دسترس می باشد. دوشنبه تا جمعه، از 8:00 صبح تا 8:00 شب با شماره (TTY: **711**) **1-844-309-6992** تماس بگیرید. این تماس رایگان می باشد.	Persian (Farsi)
ВНИМАНИЕ: если вы говорите по-русски, вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Звоните по тел. **1-833-707-3129** (TTY: **711**) с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонок бесплатный.	Russian
تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك مجانًا. اتصل على الرقم(TTY: **711**) **1-833-707-3129**، من الاثنين حتى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً. وتكون المكالمة مجانية.	Arabic
សូមជ្រាបៈ ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសា មានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមទូរសព្ទមកលេខ **1-833-707-3129"** (TTY: **933**) ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 ល្ងាច។ ទូរសព្ទមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។	Cambodian (Khmer)

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 **1-833-707-3129** (TTY: **711**), thứ Hai đến thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi miễn phí. Khi gọi điện, hãy cho chúng tôi biết nếu quý vị muốn yêu cầu lệnh thường trực. 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 lệnh thường trực. Quý vị cũng có thể tìm thấy các tài liệu của mình tại shop.anthem.com/medicare/ca.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho **Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)** theo số **1-833-707-3129** (TTY: **711**), trong khung giờ từ 08:00 sáng đến 08:00 tối, 7 ngày/tuần (trừ Lễ Tạ ơn và Giáng sinh) từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3 và từ thứ Hai đến thứ Sáu (trừ ngày lễ) từ ngày 1 tháng 4 đến hết ngày 30 tháng 9. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập shop.anthem.com/medicare/ca.

Mục lục

Chương 1: Bắt đầu với vai trò thành viên....5

Chương 2: Các số điện thoại và nguồn hỗ trợ quan trọng....17

Chương 3: Sử dụng bảo hiểm từ chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị....34

Chương 4: Bảng quyền lợi....59

Chương 5: Nhận thuốc theo toa cho bệnh nhân ngoại trú....128

Chương 6: Quý vị phải trả những khoản tiền nào cho thuốc kê toa Medicare và Medi-Cal 150

Chương 7: Yêu cầu chúng tôi trả tiền hóa đơn quý vị đã nhận cho dịch vụ hoặc thuốc được đài thọ....158

Chương 8: Quyền và trách nhiệm của quý vị....164

Chương 9: Phải làm sao khi quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)....195

Chương 10: Kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi....253

Chương 11: Thông báo pháp lý....263

Chương 12: Định nghĩa các từ ngữ quan trọng....266

Điều khoản miễn trừ

- Anthem Blue Cross là một chương trình HMO D-SNP có hợp đồng với Medicare và hợp đồng với chương trình Medicaid của California. Việc ghi danh vào Anthem Blue Cross sẽ phụ thuộc vào việc quý vị có gia hạn hợp đồng hay không. Anthem Blue Cross là tên thương mại của Blue Cross of California. Bên được cấp phép độc lập của Blue Cross Association. Anthem là thương hiệu đã được đăng ký của Anthem Insurance Companies, Inc.

- Đây không phải là một danh sách đầy đủ. Các thông tin về quyền lợi chỉ là bản tóm lược ngắn gọn, không phải là bản mô tả đầy đủ các quyền lợi. Để biết thêm thông tin, liên hệ với chương trình hoặc đọc Sổ tay Hội viên của Chương trình Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP).

- Sử dụng thuốc opioid để điều trị cơn đau trong hơn bảy ngày có các rủi ro nghiêm trọng như - nghiện, dùng quá liều, hoặc thậm chí tử vong. Nếu cơn đau của quý vị vẫn tiếp tục tiếp diễn, hãy nói chuyện với bác sĩ của quý vị về các phương pháp điều trị thay thế với ít rủi ro hơn. Một số lựa chọn để hỏi bác sĩ của quý vị là: Thuốc không chứa opioid, châm cứu hoặc vật lý trị liệu để xem liệu chúng có phù hợp với quý vị không. Tìm hiểu cách chương trình của quý vị đài thọ các tùy chọn này bằng cách gọi cho Dịch vụ Thành viên theo số **1-833-707-3129** (TTY: **711**).

- Bảo hiểm theo Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) là bảo hiểm sức khỏe đủ điều kiện được gọi là “bảo hiểm thiết yếu tối thiểu”. Nó 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 cả 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.

Chương 1: Bắt đầu với vai trò thành viên

Giới thiệu

Chương này bao gồm thông tin về Anthem MediBlue Dual Advantage (HMO D-SNP), một chương trình bảo hiểm y tế đài thọ tất cả dịch vụ Medicare và điều phối tất cả các dịch vụ Medi-Cal. Nó cũng cho quý vị biết điều gì sẽ xảy ra và những thông tin nào khác quý vị sẽ nhận được từ chúng tôi. Các thuật ngữ chính và định nghĩa theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ tay Hội viên*.

Mục lục

A. Chào mừng quý vị đến với chương trình của chúng tôi 7

B. Thông tin về Medicare và Medi-Cal 7

B1. Medicare 7

B2. Medi-Cal 7

C. Ưu điểm của chương trình của chúng tôi 8

D. Khu vực dịch vụ trong chương trình của chúng tôi 9

E. Quý vị phải hội đủ những tiêu chuẩn gì thì mới được làm hội viên của chương trình.....9

F. Điều gì sẽ xảy ra khi quý vị mới tham gia chương trình sức khỏe của chúng tôi.....10

G. Đội ngũ chăm sóc và kế hoạch chăm sóc của quý vị.....11

G1. Đội ngũ chăm sóc.....11

G2. Kế hoạch chăm sóc 11

H. Phí bảo hiểm chương trình hàng tháng 12

I. *Sổ tay Hội viên* của Quý vị 12

J. Thông tin quan trọng khác quý vị nhận từ chúng tôi 12

J1. Thẻ ID Chương trình của Quý vị.....12

J2. *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc*.....13

J3. *Danh sách Thuốc được Đài thọ* 15

J4. *Giải thích Quyền lợi* 15

K. Luôn cập nhật hồ sơ hội viên của quý vị.....15

K1. Quyền riêng tư về thông tin sức khỏe cá nhân (PHI).....16

A. Chào mừng quý vị đến với chương trình của chúng tôi

Chương trình của chúng tôi cung cấp các dịch vụ Medicare và Medi-Cal cho những cá nhân hội đủ điều kiện cho cả hai chương trình. Chương trình của chúng tôi bao gồm các bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc, nhà cung cấp dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi, và các nhà cung cấp khác. Chúng tôi cũng có các điều phối viên chăm sóc và đội ngũ nhân viên chăm sóc để giúp quý vị quản lý được 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 đã phục vụ cư dân California trong hơn 75 năm. Tại Anthem Blue Cross, chúng tôi nỗ lực cung cấp dịch vụ chăm sóc tốt hơn cho hội viên, cung cấp giá trị tuyệt vời hơn cho khách hàng và giúp cải thiện sức khỏe của cộng đồng.

B. Thông tin về Medicare và Medi-Cal

B1. Medicare

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

- Người từ 65 tuổi trở lên,
- Một số người 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 này giúp cho người có thu nhập và nguồn hỗ trợ hạn chế thanh toán các Dịch vụ và Hỗ trợ Dài hạn (LTSS) và chi phí y tế. Chương trình này đài thọ cho các dịch vụ và thuốc kê toa bổ sung mà không được Medicare đài thọ.

Mỗi tiểu bang quyết định:

- Cái gì được coi là thu nhập và nguồn trợ giúp,
- Ai đủ điều kiện,
- Dịch vụ nào được đài thọ, **và**
- Chi phí cho các dịch vụ.

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

Medicare và tiểu bang California đã chấp thuận chương trình của chúng tôi. 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 Tiểu bang 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 tư cách hội đủ điều kiện của quý vị cho dịch vụ Medicare và Medi-Cal sẽ không bị ảnh hưởng.

C. Ưu điểm của chương trình của chúng tôi

Giờ đây quý vị sẽ nhận được tất cả các dịch vụ Medicare và Medi-Cal được đài thọ của mình từ chương trình của chúng tôi, bao gồm các loại thuốc kê toa. **Quý vị không phải trả thêm tiền để được tham gia chương trình sức khỏe này.**

Chúng tôi 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 có thể làm việc với chúng tôi cho **tất cả** các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của mình.
- Quý vị có một đội ngũ chăm sóc sức khỏe do chính quý vị góp phần chọn lựa. Đội ngũ chăm sóc sức khỏe này có thể bao gồm bản thân quý vị, người chăm sóc của quý vị, các bác sĩ, y tá, người tư vấn, hoặc các nhân viên y tế khác.
- Quý vị có quyền tiếp cận với một điều phối viên chăm sóc. Đây là người sẽ làm việc với quý vị, với chương trình của chúng tôi, và đội ngũ chăm sóc sức khỏe của quý vị để thiết lập kế hoạch chăm sóc.
- Quý vị sẽ có thể điều khiển việc chăm sóc cho riêng mình với sự trợ giúp của đội ngũ chăm sóc và điều phối viên chăm sóc của quý vị.
- Đội ngũ chăm sóc và điều phối viên chăm sóc của quý vị sẽ phối hợp với quý vị để thiết lập một kế hoạch chăm sóc được thiết kế để đáp ứng cho nhu cầu chăm sóc **của quý vị**. Đội ngũ chăm sóc giúp điều phối các dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần. Ví dụ: điều này có nghĩa là đội ngũ chăm sóc của quý vị đảm bảo:
    - 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 sẽ có thể giảm được bất kỳ tác dụng phụ nào mà quý vị có thể gặp do các loại thuốc đó.

- 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.

Các thành viên mới của Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP): Đa số các trường hợp, quý vị sẽ được ghi danh vào Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) để hưởng các quyền lợi Medicare của quý vị vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị yêu cầu ghi danh vào Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP). Quý vị vẫn có thể nhận được các dịch vụ Medi-Cal từ chương trình sức khỏe Medi-Cal trước đó của quý vị thêm một tháng. Sau đó, quý vị sẽ nhận được dịch vụ Medi-Cal của mình thông qua Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP). Bảo hiểm Medi-Cal của quý vị sẽ không bị gián đoạn. Vui lòng gọi cho chúng tôi theo số **1-833-707-3129** (TTY: 711), từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào.

D. Khu vực dịch vụ trong chương trình của chúng tôi

Khu vực dịch vụ của chúng tôi bao gồm các quận Los Angeles và Santa Clara.

Chỉ những người sống tại khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi mới được tham gia chương trình của chúng tôi.

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

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

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

- Sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi (các cá nhân bị giam giữ không được coi là sống trong khu vực dịch vụ địa lý ngay cả khi họ thực sự sống ở đó.), **và**
- Từ 21 tuổi trở lên vào thời điểm ghi danh, **và**
- Có cả Medicare Phần A lẫn Medicare Phần B, **và**
- Hiện đủ điều kiện tham gia Medi-Cal , **và**
- Là công dân Hoa Kỳ hoặc cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ.

Xin gọi Dịch vụ Hội viên để biết thêm thông tin.

Xin lưu ý: nếu quý vị mất tư cách hội đủ điều kiện nhưng có thể được dự kiến một cách hợp lý để lấy lại tư cách hội đủ điều kiện trong vòng ba tháng, thì quý vị vẫn đủ điều kiện để trở thành hội viên trong chương trình của chúng tôi (Chương 4, Phần A cho quý vị biết về phạm vi bảo hiểm và mức chia sẻ chi phí trong thời gian này, được coi là tiếp tục đủ điều kiện).

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

Khi lần đầu tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ nhận được một đánh giá rủi ro về sức khỏe (HRA) trong vòng 90 ngày sau khi ngày ghi danh của quý vị có hiệu lực.

Chúng tôi phải thực hiện cuộc HRA cho quý vị. Cuộc HRA sẽ là nền tảng để thiết lập kế hoạch chăm sóc cho quý vị. Cuộc HRA sẽ có những câu hỏi để xác định nhu cầu về y tế, LTSS và các nhu cầu về sức khỏe tâm thần và hoạt động.

Chúng tôi sẽ liên lạc với quý vị để hoàn tất cuộc HRA. Chúng tôi sẽ hoàn thành HRA trực tiếp, qua điện thoại hoặc thư.

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

Khi mới tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị có thể tiếp tục khám bệnh với bác sĩ mà quý vị hiện đang khám trong một khoảng thời gian nào đó, nếu họ không thuộc mạng lưới của chúng tôi. Chúng tôi gọi đây là sự chăm sóc liên tục. Nếu họ không thuộc mạng lưới của chúng tôi, quý vị được tiếp tục sử dụng nhà cung cấp dịch vụ và giấy phép sử dụng dịch vụ hiện tại của quý vị tối đa là 12 tháng cho các dịch vụ Medi-Cal nếu tất cả các tiêu chí sau đây đều được thỏa mãn:

- Quý vị, người đại diện của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ của quý vị yêu cầu chúng tôi cho phép quý vị tiếp tục sử dụng nhà cung cấp hiện tại của mình.
- Chúng tôi xác minh được rằng quý vị đã sẵn có mối quan hệ với một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính hoặc bác sĩ chuyên khoa, ngoại trừ vài trường hợp ngoại lệ. Đã có sẵn mối quan hệ tức là quý vị đã thăm khám tại một nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới ít nhất là một lần trong trường hợp không phải là cấp cứu trong 12 tháng trước ngày ghi danh đầu tiên của quý vị vào chương trình của chúng tôi.
    - Chúng tôi 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 có thể yêu cầu chúng tôi ra quyết định nhanh hơn là chúng tôi phải trả lời trong 15 ngày.

- Quý vị hoặc nhà cung cấp 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: Quý vị chỉ có thể đưa ra yêu cầu này đối với các dịch vụ của Thiết bị Y tế Bền (DME), dịch vụ vận chuyển hoặc các dịch vụ phụ trợ khác không có trong chương trình của chúng tôi. Quý vị **không thể** đưa ra yêu cầu này cho các nhà cung cấp dịch vụ DME, dịch vụ vận chuyển hoặc các nhà cung cấp phụ trợ khác.

Sau khi thời hạn tiếp tục chăm sóc kết thúc, quý vị sẽ cần phải thăm khám với bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ khác trong mạng lưới của Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP), trừ khi chúng tôi đồng ý cho quý vị thăm khám với bác sĩ ngoài mạng lưới. Nhà cung cấp trong mạng lưới là một nhà cung cấp hoạt động cùng với chương trình sức khỏe này. Xem **Chương 3** của *Sổ tay Hội viên* để biết thêm thông tin về việc nhận dịch vụ chăm sóc.

G. Đội ngũ chăm sóc và kế hoạch chăm sóc của quý vị

G1. Đội ngũ chăm sóc

Một đội ngũ chăm sóc có thể giúp quý vị tiếp tục nhận được dịch vụ chăm sóc quý vị cần. Đội ngũ chăm sóc có thể bao gồm bác sĩ, điều phối viên chăm sóc của quý vị, hoặc nhân viên y tế khác mà quý vị chọn.

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

G2. Kế hoạch chăm sóc

Đội ngũ chăm sóc quý vị sẽ phối hợp 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 tâm thần, và LTSS của quý vị.

Kế hoạch chăm sóc cuả quý vị bao gồm:

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

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

H. Phí bảo hiểm chương trình hàng tháng

Chương trình của chúng tôi không có phí bảo hiểm chương trình hàng tháng.

I. *Sổ tay Hội viên* của Quý vị

Sổ tay Hội viên của quý vị là một phần của hợp đồng giữa chúng tôi và quý vị. Điều này nghĩa là chúng tôi phải tuân thủ mọi quy định trong tài liệu này. Nếu quý vị nghĩ chúng tôi đã làm việc gì đó trái với các quy định này, quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi. Để biết thông tin về kháng nghị, hãy tham khảo **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* của quý vị hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Quý vị có thể yêu cầu *Sổ tay Hội viên* bằng cách gọi cho Ban Dịch vụ Thành viên theo các số điện thoại ở cuối trang. Quý vị cũng có thể tham khảo *Sổ tay Hội viên* trên trang web của chúng tôi theo địa chỉ web ở cuối trang hoặc tải về.

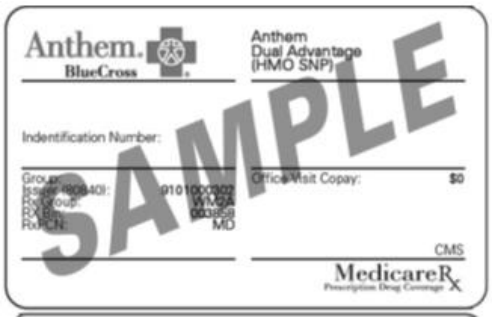
Hợp đồng có hiệu lực cho các tháng quý vị ghi danh vào chương trình của chúng tôi từ ngày 1 Tháng Một đến ngày 31 Tháng Mười Hai, 2023.

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

Thông tin quan trọng khác mà chúng tôi cung cấp cho bạn bao gồm Thẻ ID Thành viên của quý vị, 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 Đài thọ*.

J1. Thẻ ID Chương trình của Quý vị

Trong chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ được cấp chỉ một thẻ để nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal của quý vị được chương trình của chúng tôi đài thọ, kể cả các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi tâm thần cụ thể và thuốc kê toa. Quý vị trình thẻ này khi nhận bất cứ dịch vụ hoặc thuốc kê toa Phần D nào. Đây là một mẫu Thẻ ID Thành viên:



Nếu Thẻ ID Thành viên của quý vị bị hỏng, bị thất lạc hoặc bị đánh cắp, hãy gọi ngay cho Ban Dịch vụ Thành viên theo số điện thoại ở cuối trang. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thẻ mới.

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. Cất giữ thẻ này ở nơi an toàn trong trường hợp quý vị cần tới nó sau này. Nếu quý vị xuất trình thẻ Medicare của mình thay vì Thẻ ID Thành viên 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** của *Sổ tay Hội viên* của quý vị để biết phải làm gì nếu quý vị nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp.

Hãy nhớ rằng, quý vị cần thẻ Medi-Cal hoặc Thẻ Nhận dạng Quyền lợi (BIC) để sử dụng các dịch vụ sau:

> Với các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa mà quý vị có thể nhận được từ chương trình sức khỏe tâm thần (MHP) của quận quý vị, quý vị phải có thẻ Medi-Cal thì mới được tiếp cận 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 chương trình của chúng tôi. Trong thời gian làm thành viên của chương trình chúng tôi, quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới để nhận các dịch vụ được đài thọ.

Quý vị có thể yêu cầu *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* bằng cách gọi cho Ban Dịch vụ Thành viên theo các số điện thoại ở cuối trang. Quý vị cũng có thể tham khảo *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* tại địa chỉ shop.anthem.com/medicare/ca.

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

Định nghĩa nhà cung cấp trong mạng lưới

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

Các nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới 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.

Định nghĩa nhà thuốc trong mạng lưới

- Nhà thuốc trong mạng lưới là các nhà thuốc đồng ý cung cấp thuốc theo 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 theo toa tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi nếu quý vị muốn chương trình chúng tôi giúp thanh toán tiền cho các loại thuốc đó.

Gọi cho Ban Dịch vụ Thành viên theo các số điện thoại ở cuối trang để biết thêm thông tin. Cả Ban Dịch vụ Thành viên và trang mạng của 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.

Danh mục Thiết bị Y tế Lâu bền (DME)

Cùng với *Sổ tay Hội viên này*, chúng tôi cũng sẽ gửi cho quý vị Danh sách Thiết bị Y tế Lâu bền của Medical. Danh sách này cho quý vị biết các nhãn hiệu và nhà sản xuất DME được chúng tôi bảo hiểm. Danh sách mới nhất này gồm các nhãn hiệu, nhà sản xuất và nhà cung cấp cũng có sẵn trên trang web của chúng tôi theo địa chỉ ở cuối trang. Tham khảo **Chương 3 và 4** trong *Sổ tay Hội viên* của quý vị để tìm hiểu thêm về thiết bị DME.

J3. *Danh sách Thuốc được Đài thọ*

Chương trình có *Danh sách Thuốc được Đài thọ*. Chúng tôi gọi tắt là "Danh sách Thuốc". Nó sẽ cho quý vị biết những loại thuốc kê toa nào được chương trình đài thọ.

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

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 nhất về các loại thuốc được đài thọ, hãy gọi cho Ban Dịch vụ Thành viên hoặc truy cập trang web của chúng tôi (tham khảo thông tin ở cuối trang).

J4. *Giải thích Quyền lợi*

Khi quý vị sử dụng các quyền lợi thuốc theo toa Phần D của mình, 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. Tóm tắt này được gọi là tờ *Giải thích Quyền lợi* (EOB).

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 theo toa Phần D của quý vị và tổng số tiền mà chúng tôi đã trả cho mỗi loại thuốc theo toa Phần D của quý vị trong tháng đó. EOB có thêm thông tin về thuốc quý vị dùng. **Chương 6** trong *Sổ tay Hội viên* của quý vị cung cấp thêm thông tin về EOB và cách nó giúp quý vị theo dõi việc đài thọ thuốc của mình.

Quý vị có thể yêu cầu một EOB. Để nhận một bản sao, hãy liên hệ với Ban Dịch vụ Thành viên theo các số điện thoại ở cuối trang.

K. Luôn cập nhật hồ sơ hội viên của quý vị

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

Chúng tôi cần thông tin này để đảm bảo rằng chúng tôi có thông tin chính xác của quý vị trong hồ sơ của chúng tôi. Các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi cũng cần 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.**

Hãy cho chúng tôi biết ngay về những điều sau:

- Thay đổi tên, địa chỉ hoặc số điện thoại của quý vị

- Các thay đổi về bất kỳ bảo hiểm y tế nào khác, ví dụ như bảo hiểm do chủ sở làm của quý vị cung cấp, bảo hiểm do chủ lao động của vợ/chồng hoặc chủ lao động của bạn đời sống chung của quý vị cung cấp, hay tiền đền bù cho công nhân chẳng hạn.
- Bất kỳ yêu cầu trách nhiệm nào, chẳng hạn như yêu cầu từ một vụ tai nạn xe hơi.
- Vào một nhà điều dưỡng hoặc bệnh viện.
- Chăm sóc tại một bệnh viện hay phòng cấp cứu.
- Các thay đổi về người chăm sóc (hoặc bất kỳ ai chịu trách nhiệm về quý vị)
- Quý vị tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng. (**Lưu ý:** Quý vị không bắt buộc phải cho chúng tôi biết về một nghiên cứu lâm sàng mà quý vị đang tham gia hoặc trở thành một phần của nó, nhưng chúng tôi khuyến khích quý vị làm như vậy.)

Nếu bất kỳ thông tin nào thay đổi, hãy gọi cho Ban Dịch vụ Thành viên.

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 bảo vệ PHI của quý vị. Để biết thêm thông tin chi tiết về cách chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị, hãy tham khảo **Chương 8** trong *Sổ tay Hội viên* của quý vị.

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

Giới thiệu

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

Mục lục

A. Dịch vụ Hội viên....18

B. Điều phối viên Chăm sóc của Quý vị....21

C. Đường dây Tư vấn Y tá....23

D. Đường dây Khủng hoảng Sức khỏe Hành vi....24

E. Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (HICAP)....25

F. Tổ chức Cải thiện Chất lượng (QIO)....26

G. Medicare....27

H. Medi-Cal....28

I. Văn phòng Thanh tra....29

J. Các Dịch vụ Xã hội của Quận....30

K. Chương trình Sức khỏe Tâm thần Chuyên khoa của Quận....31

L. Cơ quan Chăm sóc Sức khỏe Có Quản lý Tiểu bang California....32

M. Các nguồn trợ giúp khác....33

A. Dịch vụ Hội viên

GỌI	**1-833-707-3129** Cuộc gọi này miễn phí. trong khung giờ từ 08:00 sáng đến 08:00 tối, 7 ngày/tuần (trừ Lễ Tạ ơn và Giáng sinh) từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3 và từ thứ Hai đến thứ Sáu (trừ ngày lễ) từ ngày 1 tháng 4 đến hết ngày 30 tháng 9 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. Số điện thoại này dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi nó. trong khung giờ từ 08:00 sáng đến 08:00 tối, 7 ngày/tuần (trừ Lễ Tạ ơn và Giáng sinh) từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3 và từ thứ Hai đến thứ Sáu (trừ ngày lễ) từ ngày 1 tháng 4 đến hết ngày 30 tháng 9
GỬI THƯ	P.O. Box 60007 Los Angeles, CA 90060-0007
TRANG WEB	shop.anthem.com/medicare/ca

Liên hệ với Ban Dịch vụ Thành viên để nhận trợ giúp về:

- Thắc mắc về chương trình
- Thắc mắc về yêu cầu thanh toán hoặc lập hóa đơn
- 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 bao trả của quý vị, **hoặc**
    - số tiền chúng tôi sẽ trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.
  - Hãy gọi cho chúng tôi khi quý vị có thắc mắc về quyết định bảo hiểm cho việc chăm sóc sức khỏe của quý vị.
  - Để tìm hiểu thêm về các quyết định bảo hiểm, hãy tham khảo **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* của quý vị.

- Kháng nghị về chăm sóc sức khỏe của quý vị
  - Kháng cáo là một biện pháp chính thức yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định của chúng tôi về việc bao trả cho quý vị và yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định đó nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn hoặc không đồng ý với quyết định.
  - Để tìm hiểu thêm về cách kháng nghị, hãy tham khảo **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* của quý vị.
- Khiếu nại về chăm sóc sức khỏe của quý vị
  - Quý vị có thể khiếu nại về chúng tôi hoặc bất cứ nhà cung cấp dịch vụ nào (bao gồm cả nhà cung cấp dịch vụ ngoài hoặc trong mạng lưới). Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp có cộng tác với chương trình của chúng tôi. Quý vị cũng có thể khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được cho chúng tôi hoặc lên Tổ chức Cải thiện Chất lượng (xem **Mục F***)*.
  - Quý vị có thể gọi cho chúng tôi và giải thích theo số 1-833-707-3129.
  - Nếu khiếu nại của quý vị là về một quyết định bảo hiểm của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, quý vị có thể kháng cáo (xem mục trên **– Mục F**).
  - Quý vị có thể gửi đơn khiếu nại về chương trình của chúng tôi cho Medicare. Quý vị có thể sử dụng mẫu đơn 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 khiếu nại về chương trình của chúng tôi với Ombuds Program (Chương trình Thanh tra) bằng cách gọi đến 1-888-452-8609.
  - Để tìm hiểu thêm về việc tiến hành khiếu nại về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, xem **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* của quý vị.
- Quyết định bảo hiểm về các loại thuốc được Medicare đài thọ
  - Quyết định bảo hiểm về các loại thuốc Medicare của quý vị là quyết định về:
    - các quyền lợi và thuốc Medicare được đài thọ của quý vị, **hoặc**
    - số tiền chúng tôi sẽ trả cho thuốc Medicare.
  - Các loại thuốc không được Medicare đài thọ, chẳng hạn như thuốc mua tự do (OTC) và một số loại vitamin nhất định, có thể được Medi-Cal Rx đài thọ. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (medi-Calrx.dhcs.ca.gov/) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi cho Trung tâm Dịch vụ Khách hàng Medi-Cal Rx theo số 1-800-977-2273.

- Để biết thêm về các quyết định bảo hiểm đối với các loại thuốc kê toa Medicare của mình, hãy tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay Hội viên* của quý vị.

- Kháng cáo về các loại thuốc Medicare của quý vị
  - Kháng nghị là biện pháp yêu cầu chúng tôi thay đổi một quyết định bảo hiểm.
  - Để biết thêm về cách kháng nghị đối với các loại thuốc kê toa Medicare của mình, hãy tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay Hội viên* của quý vị.

- Khiếu nại về các loại thuốc Medicare 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 Medicare của quý vị.
  - Nếu khiếu nại của quý vị là về một quyết định bảo hiểm của chúng tôi cho thuốc theo toa Medicare của quý vị, quý vị có thể kháng nghị. (Tham khảo mục trên.)
  - Quý vị có thể gửi đơn khiếu nại về chương trình của chúng tôi cho Medicare. Quý vị có thể sử dụng mẫu đơn 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 cách khiếu nại đối với các loại thuốc kê toa Medicare của mình, hãy tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay Hội viên* của quý vị.

- Thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc các loại thuốc Medicare quý vị đã trả tiền
  - Để biết thêm cách yêu cầu chúng tôi hoàn trả hoặc trả một hóa đơn quý vị đã nhận được, xem **Chương 7** trong *Sổ tay Hội viên* của quý vị.
  - Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán một hóa đơn và chúng tôi từ chối bất cứ mục nào trong yêu cầu của quý vị, thì quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi. Xem **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên.*

B. Điều phối viên Chăm sóc của Quý vị

Tại Anthem MediBlue Full Dual Advantage, quý vị sẽ nhận được sự hỗ trợ của điều phối viên chăm sóc để hỗ trợ quý vị trước, trong và sau một sự kiện sức khỏe.

Khi quý vị trở thành hội viên của Anthem MediBlue Full Dual Advantage, quý vị sẽ được chỉ định một điều phối viên chăm sóc.

- Một điều phối viên chăm sóc làm việc với quý vị, với chương trình chăm sóc sức khỏe và với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc để đảm bảo quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết.
- Điều phối viên chăm sóc sẽ liên lạc với quý vị nhằm đảm bảo rằng quý vị có những cái quý vị đang cần.
- Nếu quý vị nhập viện, điều phối viên chăm sóc 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 điều phối viên chăm sóc, quý vị có thể liên lạc với Dịch vụ Hội viên và yêu cầu được nói chuyện với điều phối viên chăm sóc.
- Nếu quý vị không hài lòng với điều phối viên chăm sóc của mình, quý vị có thể gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-707-3129 (TTY: 711), thứ Hai đến thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối để tìm một điều phối viên chăm sóc đáp ứng các yêu cầu của quý vị.

GỌI	**1-833-707-3129** 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	TTY: **711** Cuộc gọi này miễn phí. Số điện thoại này dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi nó. Thứ Hai đến thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
GỬI THƯ	P.O. Box 60007 Los Angeles, CA 90060-0007
TRANG WEB	shop.anthem.com/medicare/ca

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

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

LTSS bao gồm các Dịch vụ dành cho Người lớn tại Cộng đồng (CBAS), và Cơ sở Điều dưỡng (NF).

Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) là hàng loạt các dịch vụ và hỗ trợ nhằm giúp đỡ người cao tuổi và người khuyết tật để đáp ứng nhu cầu trợ giúp hàng ngày của họ và cải thiện chất lượng cuộc sống cho họ. Các ví dụ bao gồm hỗ trợ tắm rửa, mặc quần áo và các hoạt động cơ bản khác trong sinh hoạt hàng ngày và tự chăm sóc, cũng như hỗ trợ các công việc hàng ngày như giặt ủi, mua sắm và đưa đón.

LTSS thường được cung cấp tại nhà và cộng đồng, ngoài ra còn có ở các địa điểm dạng cơ sở như cơ sở điều dưỡng. Phải đáp ứng một số yêu cầu điều kiện để đủ điều kiện tham gia các chương trình này. Gọi cho điều phối viên chăm sóc của quý vị để biết chi tiết và giúp quý vị đăng ký.

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

Quý vị có thể nhận các dịch vụ sau:

• Dịch vụ dành cho Người lớn tại Cộng đồng (CBAS)

• Cơ sở chăm sóc bởi điều dưỡng chuyên môn,

• Vật lý trị liệu,

• Hoạt động trị liệu,

• Ngữ âm trị liệu,

• Các dịch vụ xã hội trong y tế, **và**

• Chăm sóc sức khỏe tại nhà.

C. Đường dây Tư vấn Y tá

Có Đường dây Tư vấn Y tá để giải đáp thắc mắc và lo lắng của quý vị. Đường dây Tư vấn Y tá có thể giúp giảm lo lắng hoặc giúp quý vị xác định liệu quý vị có nên khám bác sĩ hay không. Đôi khi, quý vị sẽ có những thắc mắc về sức khỏe khi đã về đêm, vào cuối tuần hoặc ngày lễ. Bất kể là ngày hay giờ giấc nào, quý vị đều có thể trao đổi với y tá bằng cách gọi tới Đường dây Tư vấn Y tá. Quý vị có thể liên hệ với Đường dây Gọi Tư vấn Y tá nếu có thắc mắc về sức khoẻ hoặc chăm sóc sức khoẻ của quý vị.

GỌI	1-800-224-0336 Cuộc gọi này miễn phí. Hoạt động 24 giờ một ngày, 7 ngày một 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. Số điện thoại này dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi nó. Hoạt động 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần

D. Đường dây Khủng hoảng Sức khỏe Hành vi

GỌI	1-800-854-7771 Cuộc gọi này miễn phí. Hoạt động 24 giờ một ngày, 7 ngày một 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. Số điện thoại này dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi nó. Hoạt động 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần

Liên hệ Đường dây Khủng hoảng Sức khỏe Hành vi để được trợ giúp về:

Hỏi về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi tâm thần và lạm dụng dược chất

o Tầm soát

o Đánh giá

o Giấy giới thiệu

o Tư vấn Khủng hoảng

Nếu có thắc mắc về các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa, tham khảo **Mục K**.

E. Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (HICAP)

Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (HICAP) tư vấn miễn phí về bảo hiểm y tế cho người có Medicare. Các tư vấn viên của HICAP có thể giải đáp thắc mắc của quý vị và giúp quý vị biết phải làm sao để giải quyết vấn đề của quý vị. HICAP đã đào tạo tư vấn viên cho tất cả các quận, và các dịch vụ của họ đều miễn phí.

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

GỌI	1-800-824-0780 Thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8:30 sáng đến 4:30 chiều.
GỬI THƯ	520 S. La Fayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057
TRANG WEB	www.healthcarerights.org

Liên hệ HICAP để được trợ giúp về:

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

F. Tổ chức Cải thiện Chất lượng (QIO)

Tiểu bang của chúng tôi có một tổ chức có tên Tổ chức Cải thiện Chất lượng Chăm sóc Tập trung vào Gia đình và Người thụ hưởng Livanta (BFCC-QIO). Đây là một nhóm các bác sĩ và chuyên gia y tế khác nhằm giúp cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc cho những ai tham gia Medicare. Livanta 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.
GỬI THƯ	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
TRANG WEB	www.livantaqio.com

Liên hệ Tổ chức Cải thiện Chất lượng Chăm sóc Tập trung vào Gia đình và Người thụ hưởng Livanta (BFCC-QIO) để được trợ giúp về:

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

G. Medicare

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

Cơ quan liên bang phụ trách Medicare là Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid, 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 gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi nó.
TRANG WEB	medicare.gov Đây là trang web chính thức dành cho Medicare. Trang web này sẽ cung cấp cho quý vị các thông tin cập nhật về chương trình Medicare. Nó cũng có thông tin về bệnh viện, viện dưỡng lão, bác sĩ, cơ quan y tế tại gia, cơ sở lọc máu, cơ sở phục hồi chức năng nội trú và chăm sóc cuối đời. Nó bao gồm các trang web và số điện thoại hữu ích. Trang web này có các tài liệu 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 thông tin trên trang web và cùng quý vị xem xét thông tin.

H. Medi-Cal

Medi-Cal là chương trình Medicaid tại California. Đây là một chương trình bảo hiểm y tế công cộng cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết cho những người có thu nhập thấp, bao gồm các gia đình có trẻ em, người già, người khuyết tật, chăm sóc nuôi dưỡng, phụ nữ mang thai và những người mắc các bệnh cụ thể như bệnh lao, ung thư vú hoặc HIV/AIDS. Medi-Cal được tài trợ bởi chính phủ tiểu bang và liên bang.

GỌI	1-844-580-7272 Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều.
TTY	1-800-430-7077 Số điện thoại này dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi nó.
GỬI THƯ	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
TRANG WEB	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

I. Văn phòng Thanh tra

Văn phòng Thanh tra hoạt động như một người biện hộ thay cho quý vị. Họ có thể trả lời các câu hỏi nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại và có thể giúp quý vị hiểu phải làm gì. Văn phòng Thanh tra có thể giúp quý vị giải quyết các vấn đề về dịch vụ hoặc hóa đơn. Văn phòng Thanh tra sẽ không tự động đứng về phía nào trong một khiếu nại. Họ xem xét mọi mặt một cách vô tư và khách quan. Công việc của họ là giúp phát triển các giải pháp công bằng cho các vấn đề tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Các dịch vụ của họ đều miễn phí.

GỌI	1-888-452-8609 Cuộc gọi này miễn phí. Từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều
TTY	711 Cuộc gọi này miễn phí.
GỬI THƯ	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
EMAIL	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
TRANG WEB	www.dhcs.ca.gov/services/Medi-Cal/Pages/MMCDOfficeoftheOmbudsman.aspx

J. Các Dịch vụ Xã hội của Quận

Nếu quý vị cần được trợ giúp về các quyền lợi của quận Los Angeles hoặc Santa Clara, hãy liên hệ với Dịch vụ Xã hội Quận tại địa phương của quý vị.

	LOS ANGELES
GỌI	1-888-944-4477 Cuộc gọi này miễn phí. Thứ Hai đến thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều
GỬI THƯ	IHSS Applications 2707 S. Grand Avenue Los Angeles, CA 90007
TRANG WEB	https://dpss.lacounty.gov/en.html
	SANTA CLARA
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 WEB	www.sccgov.org/sites/ssa/Pages/default.aspx

K. Chương trình Sức khỏe Tâm thần Chuyên khoa của Quận

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	1-800-854-7771 Cuộc gọi này miễn phí. 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần, kể cả ngày 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. Số điện thoại này dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi nó. 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần

Liên hệ với chương trình sức khỏe tâm thần chuyên khoa của quận để được trợ giúp:

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

L. Cơ quan Chăm sóc Sức khỏe Có Quản lý Tiểu bang California

Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý tiểu bang California (DMHC) chịu trách nhiệm quản lý các chương trình bảo hiểm y tế. Trung tâm Trợ giúp của DMHC có thể giúp quý vị kháng nghị hoặc khiếu nại 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 gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi nó.
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 WEB	www.dmhc.ca.gov

M. Các nguồn trợ giúp khác

Chương trình Thanh tra của Liên minh Người tiêu dùng Y tế (Chương trình Thanh tra của Health Consumer Alliance, HCA) cung cấp hỗ trợ MIỄN PHÍ để giúp những người đang gặp khó khăn trong việc nhận hoặc duy trì bảo hiểm y tế và giải quyết các vấn đề với các chương trình sức khỏe của họ.

Nếu quý vị gặp vấn đề với:

- Medi-Cal
- Medicare
- Chương trình bảo hiểm y tế của quý vị
- Tiếp cận các dịch vụ y tế
- Khiếu nại các dịch vụ bị từ chối, thuốc, thiết bị y tế lâu bền (DME), dịch vụ sức khỏe tâm thần, v.v.
- Lập hóa đơn y tế
- IHSS (Dịch vụ Hỗ trợ tại Nhà)

Health Consumer Alliance hỗ trợ các khiếu nại, kháng nghị và điều trần. Số điện thoại của Health Consumer Alliance là 1-888-804-3536.

Chương 3: Sử dụng bảo hiểm từ chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ được bao trả 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 bao trả khác với chương trình của chúng tôi. Nó cũng cho quý vị biết về điều phối viên chăm sóc 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 nếu quý vị thanh toán trực tiếp cho các dịch vụ được chúng tôi bao trả và quy tắc sở hữu Thiết bị Y tế Lâu bền (DME). Các thuật ngữ chính và định nghĩa theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ tay Hội viên*.

Mục lục

A. Thông tin về các dịch vụ và nhà cung cấp 36

B. Quy định khi nhận dịch vụ được bao trả bởi chương trình của chúng tôi 36

C. Điều phối viên chăm sóc của quý vị....38

C1. Điều phối viên chăm sóc là ai 38

C2. Quý vị có thể liên lạc với điều phối viên chăm sóc của quý vị bằng cách nào 39

C3. Quý vị có thể thay đổi điều phối viên chăm sóc của quý vị bằng cách nào....39

D. Dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp....39

D1. Chăm sóc từ nhà cung cấp chăm sóc chính 39

D2. Chăm sóc từ các bác sĩ chuyên khoa và nhà cung cấp khác trong mạng lưới 42

D3. Khi nhà cung cấp rời khỏi chương trình 43

D4. Nhà cung cấp ngoài mạng lưới 44

E. Dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và rối loạn do lạm dụng dược chất) 45

E1. Các dịch vụ sức khỏe hành vi Medi-Cal được cung cấp bên ngoài chương trình của chúng tôi 45

F. Các dịch vụ vận chuyển 47

F1. Vận chuyển y tế cho các tình huống không khẩn cấp 47

F2. Vận chuyển không phải là y tế 48

G. Các dịch vụ được bao trả trong trường hợp cấp cứu y tế, khi cần gấp hoặc trong khi xảy ra thảm họa 49

G1. Dịch vụ chăm sóc trong trường hợp khẩn cấp về mặt y tế 49

G2. Chăm sóc khẩn cấp cần thiết 51

G3. Chăm sóc khi gặp tai họa 52

H. Cần phải làm gì nếu quý vị bị tính hóa đơn trực tiếp cho các dịch vụ được chương trình bao trả 53

H1. Cần phải làm gì khi chương trình chúng tôi không bao trả các dịch vụ 53

I. Bao trả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong nghiên cứu lâm sàng 54

I1. Định nghĩa nghiên cứu lâm sàng 54

I2. Thanh toán các dịch vụ khi quý vị tham gia nghiên cứu lâm sàng 55

I3. Tìm hiểu thêm về các nghiên cứu lâm sàng 55

J. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ được bao trả như thế nào trong tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế thuộc tôn giáo 55

J1. Định nghĩa tổ chức chăm sóc sức khỏe phi tế thuộc tôn giáo 55

J2. Dịch vụ chăm sóc từ tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế thuộc tôn giáo 56

K. Thiết bị y tế bền lâu (DME) 56

K1. DME với tư cách hội viên của chương trình chúng tôi 56

K2. Quyền sở hữu thiết bị y tế bền lâu (DME) nếu quý vị chuyển sang Original Medicare 57

K3. Quyền lợi thiết bị ôxy với tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi 57

K4. Thiết bị ôxy khi quý vị chuyển sang Original Medicare 57

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

Dịch vụ nghĩa là các dịch vụ chăm sóc sức khỏe (chẳng hạn như thăm khám bác sĩ và điều trị y tế), dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS), vật dụng y tế, dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi (bao gồm sức khỏe tâm thần và sức khỏe), thuốc theo toa và thuốc mua không cần toa, thiết bị và các dịch vụ khác. **Dịch vụ được bao trả** là bất kỳ dịch vụ nào trong các dịch vụ này mà chương trình chúng tôi sẽ thanh toán. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, sức khỏe hành vi, và dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) được bảo hiểm trong **Chương 4** của *Sổ tay Hội viên.* Toa thuốc và thuốc không kê toa được bảo hiểm trong **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên.*

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

Nhà cung cấp trong mạng lưới là các nhà cung cấp cộng tác với chương trình của chúng tôi. Các nhà cung cấp này 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 với nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị thường *không thanh toán gì* cho các dịch vụ được bao trả.

B. Quy định khi nhận dịch vụ được bao trả bởi chương trình của chúng tôi

Chương trình của chúng tôi bao trả các dịch vụ Medicare và bao trả hoặc điều phối tất cả các dịch vụ Medi-Cal. Các dịch vụ đó bao gồm cả dịch vụ sức khỏe hành vi tâm thần, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS).

Chương trình của chúng tôi sẽ điều phối các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ sức khỏe hành vi tâm thần, và LTSS mà quý vị sử dụng khi quý vị tuân thủ các quy định của chúng tôi. Để được chương trình của chúng tôi bảo hiểm:

- Dịch vụ chăm sóc mà quý vị sử dụng phải là một **quyền lợi chương trình.** Nghĩa là chúng tôi đã thêm vào Bảng quyền lợi trong **Chương 4** của *Sổ tay Hội viên*.
- Dịch vụ chăm sóc phải **cần thiết về mặt y tế**. Chăm sóc cần thiết về mặt y tế nghĩa là các dịch vụ quan trọng hợp lý và bảo vệ tính mạng. Chăm sóc cần thiết về mặt y tế để giữ cho cá nhân khỏi bị bệnh nặng hoặc tàn tật và giảm đau dữ dội bằng cách điều trị bệnh tật hoặc thương tích.

- Về dịch vụ y tế, quý vị phải được một **nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP)** trong mạng lưới yêu cầu sử dụng dịch vụ đó cho quý vị hoặc bảo quý vị đi khám chữa tại một nhà cung cấp khác. Là hội viên của chương trình, quý vị phải chọn một nhà cung cấp trong mạng lưới làm PCP cho quý vị.
    - Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải được *PCP trong mạng lưới của quý vị* **hoặc** *chương trình của chúng tôi* chấp thuận trước trước khi quý vị có thể thăm khám tại một nhà cung cấp 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**. Nếu quý vị không được chấp thuận, chúng tôi có thể không bao trả cho các dịch vụ. Quý vị không cần được giới thiệu đến một số chuyên gia nhất định, chẳng hạn như chuyên gia sức khỏe phụ nữ.
    - Nếu quý vị chọn một PCP thuộc hiệp hội thực hành độc lập (IPA) hoặc nhóm y tế, chuyên gia, nhà cung cấp dịch vụ phụ trợ và bệnh viện mà quý vị có thể chọn có thể chỉ giới hạn với những bên đã ký hợp đồng với IPA hoặc nhóm y tế của PCP. 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 biết thêm thông tin, vui lòng xem phần D1 trong chương này).
- **Quý vị phải nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới.** Thông thường, chúng tôi không bao trả cho việc chăm sóc từ một nhà cung cấp không cộng tác với chương trình sức khỏe của chúng tôi. Nghĩa là quý vị sẽ phải thanh toán đầy đủ cho nhà cung cấp đối với dịch vụ từ các nhà cung cấp bên ngoài mạng lưới. Dưới đây là một số trường hợp không áp dụng quy định này:
    - Chúng tôi 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 biết thêm thông tin, vui lòng xem phần H trong chương này.)
    - Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc mà chương trình của chúng tôi bao trả 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 bao trả dịch vụ chăm sóc miễn phí cho quý vị.
    - Chúng tôi bao trả cho các dịch vụ lọc thận khi quý vị ở ngoài khu vực cung cấp dịch vụ của chương trình trong một khoảng thời gian ngắn khi nhà cung cấp của quý vị tạm thời không có mặt hoặc không thể liên lạc. Quý vị có thể sử dụng các dịch vụ này tại một cơ sở lọc thận được Medicare chứng nhận.

- Khi mới tham gia chương trình của chúng tôi, 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 phải chấp thuận yêu cầu này nếu chúng tôi xác minh được rằng quý vị đã có sẵn mối quan hệ với nhà cung cấp đó. Xem **Chương 1** của *Sổ tay Hội viên*. 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, điều phối viên chăm sóc sẽ liên lạc với quý vị để giúp quý vị tìm nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi. Sau 12 tháng, chúng tôi sẽ không bao trả cho các dịch vụ chăm sóc của quý vị nữa nếu quý vị tiếp tục thăm khám với những nhà cung cấp dịch vụ không nằm trong mạng lưới của chúng tôi.

Các hội viên mới của Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP): Đa số các trường hợp, quý vị sẽ được ghi danh vào Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) để hưởng các quyền lợi Medicare của quý vị vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị yêu cầu ghi danh vào Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP). Quý vị vẫn có thể nhận được các dịch vụ Medi-Cal từ chương trình sức khỏe Medi-Cal trước đó của quý vị thêm một tháng. Sau đó, quý vị sẽ nhận được dịch vụ Medi-Cal của mình thông qua Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP). Bảo hiểm Medi-Cal của quý vị sẽ không bị gián đoạn. Vui lòng gọi cho chúng tôi theo số **1-833-707-3129** (TTY: **711**) trong khung giờ từ 08:00 sáng đến 08:00 tối, 7 ngày/tuần (trừ Lễ Tạ ơn và Giáng sinh) từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3 và từ thứ Hai đến thứ Sáu (trừ ngày lễ) từ ngày 1 tháng 4 đến hết ngày 30 tháng 9. Cuộc gọi này sẽ được miễn phí nếu quý vị có bất cứ thắc mắc nào.

C. Điều phối viên chăm sóc của quý vị

C1. Điều phối viên chăm sóc là ai

Điều phối viên chăm sóc 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 với tư cách là một nhóm
- Đáp ứng mục tiêu trở nên khỏe mạnh

C2. Quý vị có thể liên lạc với điều phối viên chăm sóc của quý vị bằng cách nào

Liên lạc với điều phối viên chăm sóc bằng cách gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên. Trong nhiều trường hợp, điều phối viên chăm sóc có thể cung cấp cho quý vị thông tin liên lạc trực tiếp của họ.

C3. Quý vị có thể thay đổi điều phối viên chăm sóc của quý vị bằng cách nào

Nếu quý vị muốn gặp một điều phối viên chăm sóc khác, gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên để chia sẻ các quan ngại của quý vị và yêu cầu một điều phối viên chăm sóc khác.

D. Dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp

D1. Chăm sóc từ nhà cung cấp 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. Nếu quý vị chọn một PCP thuộc hiệp hội thực hành độc lập (IPA) hoặc nhóm y tế, chuyên gia, nhà cung cấp dịch vụ phụ trợ và bệnh viện khả dụng với quý vị có thể chỉ giới hạn với những bên đã ký hợp đồng với IPA hoặc nhóm y tế của PCP.

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. Quý vị sẽ gặp PCP của mình để kiểm tra sức khỏe thường xuyên. Nếu quý vị bị ốm, PCP của quý vị sẽ là người đầu tiên quý vị liên lạc. Bác sĩ sẽ kê đơn thuốc cho quý vị và giới thiệu cho quý vị các bác sĩ chuyên khoa hoặc các nhà cung cấp khác nếu cần.

PCP của quý vị có thể là:

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

Lựa chọn PCP

Mối quan hệ của quý vị với PCP rất quan trọng. Vì vậy hãy thử nghĩ về các lý do bên dưới khi quý vị chọn PCP. 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 tham gia Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP), quý vị sẽ chọn một PCP bằng cách sử dụng *Danh bạ Nhà cung cấp và Nhà thuốc.* 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 hỗ trợ chọn PCP, vui lòng gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số **1-833-707-3129** (TTY: **711**) trong khung giờ từ 08:00 sáng đến 08:00 tối, 7 ngày/tuần (trừ Lễ Tạ ơn và Giáng sinh) từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3 và từ thứ Hai đến thứ Sáu (trừ ngày lễ) từ ngày 1 tháng 4 đến hết ngày 30 tháng 9. Cuộc gọi này miễn phí.

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

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

Để được trợ giúp chọn PCP, quý vị cũng có thể gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số **1-833-707-3129** (TTY: 711) trong khung giờ từ 08:00 sáng đến 08:00 tối, 7 ngày/tuần (trừ Lễ Tạ ơn và Giáng sinh) từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3 và từ thứ Hai đến thứ Sáu (trừ ngày lễ) từ ngày 1 tháng 4 đến hết ngày 30 tháng 9. Cuộc gọi này miễn phí.

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.

Để thay đổi PCP, vui lòng gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số **1-833-707-3129** (TTY: 711) trong khung giờ từ 08:00 sáng đến 08:00 tối, 7 ngày/tuần (trừ Lễ Tạ ơn và Giáng sinh) từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3 và từ thứ Hai đến thứ Sáu (trừ ngày lễ) từ ngày 1 tháng 4 đến hết ngày 30 tháng 9. Cuộc gọi này miễn phí. Khi quý vị gọi, đảm bảo thông báo cho Dịch vụ Hội viên nếu quý vị sẽ đến gặp chuyên gia hoặc nhận các dịch vụ khác mà cần sự phê duyệt của PCP của quý vị. Một số dịch vụ trong đó có thể là dịch vụ chăm sóc tại nhà và thiết bị y tế lâu bền.

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

Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thẻ ID Hội viên Anthem Blue Cross Cal MediConnect mới có tên và số điện thoại của PCP mới của quý vị. **Các dịch vụ quý vị có thể nhận mà không cần chấp thuận từ PCP của mình**

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị đều phải có sự chấp thuận trước của PCP, thì mới được khám với các nhà cung cấp khác. Việc chấp thuận này được gọi là **giới thiệu**. Quý vị có thể nhận các dịch vụ như được liệt kê bên dưới mà không cần chấp thuận 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.
- 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 nếu quý vị ở bên ngoài khu vực cung cấp dịch vụ của chương trình hoặc vào cuối tuần).

Lưu ý: Chăm sóc khẩn cấp cần thiết phải cần thiết về mặt y tế ngay lập tức.

- Các dịch vụ lọc thận thực hiện tại một cơ sở lọc thận được Medicare chứng nhận khi quý vị đang ở ngoài khu vực cung cấp dịch vụ của chương trình. Hãy gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên trước khi quý vị rời khỏi khu vực cung cấp dịch vụ. Chúng tôi có thể giúp quý vị chạy thận nhân tạo khi quý vị đi xa.
- Tiêm cúm, vắc-xin phòng COVID-19 , vắc-xin phòng viêm gan B và vắc-xin phòng viêm 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 nhũ, chụp quang tuyến vú tầm soát (chụp X-quang nhũ), các xét nghiệm tầm soát ung thư cổ tử cung PAP và các kiểm tra vùng chậu miễn là quý vị sử dụng các dịch vụ này từ một nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới.
- Ngoài ra, nếu quý vị hội đủ điều kiện nhận các dịch vụ từ các nhà cung cấp dịch vụ Người Da Đỏ, quý vị có thể đến khám tại các nhà cung cấp dịch vụ này mà không cần giấy giới thiệu.

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

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

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

- 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 phải được giới thiệu từ PCP của mình giới thiệu trước khi quý vị có thể thăm khám bác sĩ chuyên khoa. Nếu quý vị có thắc mắc về bác sĩ chuyên khoa hoặc bệnh viện PCP của quý vị làm việc cùng, liên lạc với PCP hoặc Ban Dịch vụ Hội viên.

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

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

Ngoài ra, PCP còn có một số bác sĩ chuyên khoa và bệnh viện họ sử dụng để giới thiệu, do đó PCP mà quý vị chọn thường quyết định các bác sĩ chuyên khoa và bệnh viện quý vị sẽ được giới thiệu đến. Nếu có 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. Khi nhà cung cấp rời khỏi chương trình

Nhà cung cấp trong mạng lưới mà quý vị 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 thay đổi quanh năm, chúng tôi vẫn phải cho quý vị liên tục sử dụng các nhà cung cấp đủ điều kiện.
- Chúng tôi sẽ nỗ lực để gửi thông báo cho quý vị trước ít nhất 30 ngày để quý vị có thời gian lựa chọn một nhà cung cấp mới.
- Chúng tôi sẽ giúp quý vị chọn một nhà cung cấp mới đủ điều kiện để tiếp tục quản lý các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Nếu quý vị đang trong quá trình điều trị, quý vị có quyền yêu cầu, và chúng tôi sẽ bàn bạc với quý vị để bảo đảm, việc điều trị cần thiết về mặt y tế mà quý vị đang thực hiện sẽ không bị gián đoạn.
- Nếu chúng tôi không thể tìm thấy chuyên gia đủ điều kiện trong mạng lưới để quý vị tìm đến, chúng tôi sẽ phải sắp xếp một chuyên gia ngoài mạng lưới để cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị.
- 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 điều kiện hoặc việc chăm sóc của quý vị không được quản lý một cách thích hợp, quý vị có quyền đệ đơn khiếu nại về chất lượng chăm sóc với QIO, than phiền về chất lượng chăm sóc hoặc cả hai. (Xem Chương 9 để tìm hiểu thêm.)

Nếu phát hiện một trong những nhà cung cấp của quý vị sắp rời khỏi chương trình, hãy liên lạc với chúng tôi. Chúng tôi có thể hỗ trợ quý vị tìm kiếm một nhà cung cấp mới và điều quản hoạt động chăm sóc của quý vị. Liên lạc với Dịch vụ Hội viên theo số **1-833-707-3129** (TTY: 711), trong khung giờ từ 08:00 sáng đến 08:00 tối, 7 ngày/tuần (trừ Lễ Tạ ơn và Giáng sinh) từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3 và từ thứ Hai đến thứ Sáu (trừ ngày lễ) từ ngày 1 tháng 4 đến hết ngày 30 tháng 9. Cuộc gọi này miễn phí.

D4. Nhà cung cấp ngoài mạng lưới

Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi sẽ không bao trả 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 bao trả dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Dưới đây là ba trường hợp khi chúng tôi sẽ bao trả dịch vụ chăm sóc của quý vị từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới:

- Nếu quý vị cần chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp. Để biết thêm thông tin về việc này, và để xem dịch vụ cấp cứu hoặc dịch vụ khẩn cấp có nghĩa là gì, xem Chăm sóc cấp cứu hoặc Dịch vụ khẩn cấp trong Bảng Quyền lợi ở Chương 4.

- Nếu quý vị cần chăm sóc y tế mà Medicare nói rằng chương trình của chúng tôi phải bao trả nhưng không nhà cung cấp nào trong mạng lưới của chúng tôi bao trả loại chăm sóc này. Trong trường hợp này, PCP hoặc Bác sĩ chuyên khoa của quý vị sẽ cần "Xin phép Trước". Điều này có nghĩa là Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) phải chấp thuận trước khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc. Nếu quý vị có chấp thuận trước, quý vị sẽ thanh toán đúng bằng mức quý vị sẽ trả nếu quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp trong mạng lưới. Điều rất quan trọng là phải nhận được giấy giới thiệu từ PCP, Bác sĩ chuyên khoa của quý vị hoặc Bác sĩ gia đình trước khi quý vị đến thăm khám với nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Nếu quý vị không có giấy giới thiệu trước khi quý vị nhận các dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới, quý vị có thể phải tự thanh toán cho những dịch vụ này.

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

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

- Chúng tôi không thể thanh toán cho 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 Medicare hay không.

E. Dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và rối loạn do lạm dụng dược chất)

Quý vị có quyền tiếp cận các dịch vụ sức khỏe hành vi cần thiết về mặt y tế mà Medicare và Medi-Cal bao trả. Chúng tôi cung cấp tiếp cận tới các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi được Medicare bao trả. Chương trình của chúng tôi không cung cấp các dịch vụ sức khỏe hành vi được Medi-Cal bao trả, nhưng các dịch vụ này được cung cấp thông qua Sở Sức khỏe tâm thần Los Angeles (LACDMH và Sở Sức khỏe tâm thần Santa Clara và Sở Dịch vụ Rượu và Ma túy.

E1. Các dịch vụ sức khỏe hành vi Medi-Cal được cung cấp bên ngoài chương trình của chúng tôi

Các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa của 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 để tiếp cận dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa. Các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa Medi-Cal được cung cấp bởi Sở Sức khỏe tâm thần Los Angeles (LACDMH và Sở Sức khỏe tâm thần Santa Clara và Sở Dịch vụ Rượu và Ma túy bao gồm:

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

Các dịch vụ Medi-Cal hoặc dịch vụ trong Hệ thống giao thuốc có tổ chức của Medi-Cal được cung cấp bởi Sở sức khỏe tâm thần Los Angeles (LACDMH và Sở sức khỏe tâm thần Santa Clara và Sở Dịch vụ Rượu và Ma túy nếu quý vị đạt tiêu chí nhận các dịch vụ này. Các dịch vụ thuốc Medi-Cal được cung cấp bởi Sở Sức khỏe tâm thần Los Angeles (LACDMH và Sở Sức khỏe tâm thần Santa Clara và Sở Dịch vụ Rượu và Ma túy bao gồm:

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

Các dịch vụ trong Hệ thống giao thuốc có tổ chức của Medi-Cal bao gồm:

- Các dịch vụ ngoại trú và ngoại trú chuyên sâu
- Thuốc cai nghiện (hay còn gọi là thuốc hỗ trợ điều trị)
- Nội trú
- Quản lý cai nghiện
- Các dịch vụ điều trị nghiện ma túy
- Các dịch vụ phục hồi
- Điều phối dịch vụ chăm sóc

Ngoài các dịch vụ 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.

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.

F. Các dịch vụ vận chuyển

F1. Vận chuyển y tế cho các tình huống không khẩn cấp

Quý vị được quyền nhận dịch vụ vận chuyển y tế không khẩn cấp nếu quý vị có nhu cầu y tế nhưng không được sử dụng ô tô, xe buýt hoặc taxi đến các cuộc hẹn khám. Vận chuyển y tế không khẩn cấp có thể được cung cấp cho các dịch vụ được bao trả như các cuộc hẹn khám, nha khoa, tâm thần, điều trị cai nghiện và hẹn lấy thuốc. Nếu quý vị cần vận chuyển y tế không khẩn cấp, quý vị có thể liên hệ và yêu cầu PCP của mình. PCP của quý vị sẽ quyết định loại phương tiện vận chuyển tốt nhất để đáp ứng nhu cầu của quý vị. Nếu quý vị cần vận chuyển y tế không khẩn cấp, họ sẽ yêu cầu bằng cách điền vào biểu mẫu và gửi cho Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) để xin phê duyệt. Tùy theo nhu cầu y tế của quý vị, giấy phê duyệt này sẽ có hiệu lực trong một năm. PCP của quý vị sẽ đánh giá lại nhu cầu vận chuyển y tế không khẩn cấp của quý vị để xin phê duyệt lại sau mỗi 12 tháng.

Dịch vụ vận chuyển y tế phi cấp cứu là xe cứu thương, xe tải có cáng, xe tải chuyên dùng chở xe lăn hoặc vận chuyển đường hàng không. Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) hỗ trợ loại hình vận chuyển được bao trả có chi phí thấp nhất và vận chuyển y tế không khẩn cấp phù hợp nhất với nhu cầu y tế của quý vị khi quý vị cần đi tới cuộc hẹn. Ví dụ, nếu quý vị có thể được vận chuyển bằng xe tải chuyên dùng chở xe lăn vì lý do thể chất hoặc bệnh trạng, Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) sẽ không chi trả cho xe cứu thương. Quý vị chỉ được vận chuyển bằng đường hàng không nếu tình trạng y tế của quý vị không thể dùng bất kỳ hình thức vận chuyển trên bộ nào.

Cần sử dụng dịch vụ vận chuyển y tế phi cấp cứu khi:

- Quý vị cần dịch vụ này về mặt thể chất hoặc y tế theo như xác định trong giấy ủy quyền của PCP vì quý vị không thể sử dụng xe buýt, taxi, xe hơi hoặc xe tải để đến cuộc hẹn.
- Quý vị cần trợ giúp từ lái xe khi đến và rời khỏi nơi cư trú, xe hoặc địa điểm điều trị do khuyết tật về thể chất hoặc tâm thần.

Để yêu cầu vận chuyển y tế mà bác sĩ của quý vị đã chỉ định cho **cuộc hẹn khám định kỳ** không khẩn cấp, hãy gọi cho Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) theo số **1-844-923-0744** (TTY: **711**) trước cuộc hẹn ít nhất 48 giờ (thứ Hai - thứ Sáu). Đối với **những lịch khám khẩn cấp**, hãy gọi điện càng sớm càng tốt. Chuẩn bị sẵn thẻ ID thành viên khi quý vị gọi tới. Quý vị cũng có thể gọi để tìm hiểu thêm thông tin.

Các hạn chế khi vận chuyển y tế

Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) bao trả cho loại vận chuyển y tế có chi phí thấp nhất đáp ứng nhu cầu y tế của quý vị từ nhà đến phòng khám của nhà cung cấp gần nhất mà quý vị có thể hẹn khám. Dịch vụ vận chuyển y tế sẽ không được cung cấp nếu Medicare hoặc Medi-Cal không bao trả dịch vụ này. Nếu loại hình cuộc hẹn của quý vị được Medi-Cal bao trả nhưng không thông qua chương trình bảo hiểm y tế, Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) sẽ giúp quý vị lên lịch dịch vụ vận chuyển. Danh sách các dịch vụ được bao trả nằm ở Chương 4 của sổ tay này. Dịch vụ vận chuyển không được bao trả bên ngoài mạng lưới hoặc khu vực cung cấp dịch vụ của Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) trừ khi được cấp phép trước.

F2. Vận chuyển không phải là y tế

Quyền lợi vận chuyển phi y tế bao gồm đi đến và rời khỏi cuộc hẹn cho một dịch vụ mà nhà cung cấp ủy quyền. Quý vị có thể được chở đi miễn phí khi:

- Đi đến và rời khỏi cuộc hẹn cho một dịch vụ mà nhà cung cấp ủy quyền, hoặc
- Lấy thuốc theo toa và vật tư y tế.

Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) cho phép quý vị sử dụng xe hơi, taxi, xe buýt hoặc phương tiện công cộng/riêng khác để đi đến cuộc hẹn phi y tế cho các dịch vụ được nhà cung cấp cho phép. Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) sử dụng American Logistics. Chúng tôi bao trả cho loại vận chuyển phi y tế có chi phí thấp nhất đáp ứng nhu cầu của quý vị.

Đôi khi, quý vị có thể được hoàn tiền khi đi trên xe riêng mà quý vị tự sắp xếp. Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) phải phê duyệt **trước khi** quý vị nhận chuyến xe và quý vị phải cho chúng tôi biết lý do tại sao quý vị không thể đi bằng phương tiện khác, chẳng hạn như xe buýt. Quý vị có thể cho chúng tôi biết bằng cách gọi cho Dịch vụ Hội viên. **Quý vị sẽ không được hoàn tiền nếu tự lái xe.**

Bồi hoàn theo số dặm cần tất cả các giấy tờ sau:

- Bằng lái xe của tài xế
- Giấy đăng ký xe của tài xế
- Bằng chứng bảo hiểm xe của tài xế

Để yêu cầu xe cho dịch vụ được cho phép, hãy gọi cho Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) theo số **1-844-923-0744** (TTY: **711**), từ 8:00 sáng đến 8:00 tối, từ thứ Hai đến thứ Sáu. trước cuộc hẹn ít nhất 48 giờ (thứ Hai - thứ Sáu). Đối với **những lịch khám khẩn cấp**, hãy gọi điện càng sớm càng tốt. Chuẩn bị sẵn thẻ ID thành viên khi quý vị gọi tới. Quý vị cũng có thể gọi để tìm hiểu thêm thông tin.

Lưu ý: Thổ dân Mỹ có thể liên hệ với Phòng khám sức khỏe dành cho Thổ dân Mỹ tại địa phương để yêu cầu dịch vụ vận chuyển phi y tế.

Các hạn chế khi vận chuyển phi y tế

Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) cung cấp loại vận chuyển phi y tế có chi phí thấp nhất đáp ứng nhu cầu của quý vị từ nhà đến phòng khám của nhà cung cấp gần nhất mà quý vị có thể hẹn khám. **Quý vị không thể tự lái xe hoặc được hoàn tiền trực tiếp.**

Vận chuyển phi y tế **không** được áp dụng nếu:

- Xe cứu thương, xe tải có cáng, xe tải chuyên dùng chở xe lăn hoặc loại hình khác của vận chuyển y tế không khẩn cấp là cần thiết về mặt y tế để nhận dịch vụ.
- Quý vị cần sự hỗ trợ của tài xế khi đến và rời khỏi nơi cư trú, xe hoặc địa điểm điều trị do tình trạng thể chất hoặc y tế của mình.
- Quý vị ngồi trên xe lăn và không thể lên xuống xe nếu không có sự trợ giúp của tài xế.
- Dịch vụ này không được Medicare hoặc Medi-Cal bao trả.

G. Các dịch vụ được bao trả trong trường hợp cấp cứu y tế, khi cần gấp hoặc trong khi xảy ra thảm họa

G1. Dịch vụ chăm sóc trong trường hợp khẩn cấp về mặt y tế

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

- Nguy cơ nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị hoặc của thai nhi của quý vị; **hoặc**
- 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.

Nếu quý vị gặp phải tình trạng 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 từ PCP của mình. Quý vị không cần phải đến khám tại nhà cung cấp trong mạng lưới. Quý vị có thể nhận được dịch vụ chăm sóc y tế cấp cứu bất cứ khi nào quý vị cần, tại bất kỳ nơi đâu trong Hoa Kỳ hoặc lãnh thổ của Hoa Kỳ từ bất kỳ nhà cung cấp nào có giấy phép phù hợp tại bang.

- **Ngay khi có thể được, hãy thông báo cho chương trình chúng tôi biết về việc cấp cứu của quý vị.** Chúng tôi sẽ theo dõi tiếp dịch vụ chăm sóc cấp cứu của quý vị. Quý vị hoặc ai đó khác phải báo cho chúng tôi biết về việc chăm sóc cấp cứu của quý vị, luôn trong vòng 48 giờ. Tuy nhiên, quý vị sẽ không phải trả tiền cho các dịch vụ cấp cứu nếu thông báo chậm trễ cho chúng tôi. Để biết thêm thông tin, vui lòng gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số **1-833-707-3129** (TTY: **711**) trong khung giờ từ 08:00 sáng đến 08:00 tối, 7 ngày/tuần (trừ Lễ Tạ ơn và Giáng sinh) từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3 và từ thứ Hai đến thứ Sáu (trừ ngày lễ) từ ngày 1 tháng 4 đến hết ngày 30 tháng 9. Quý vị có thể tìm thấy thông tin này ở mặt sau thẻ ID Hội viên.

Các dịch vụ được bao trả trong trường hợp cấp cứu y tế

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

Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) cung cấp bao trả chăm sóc y tế khẩn cấp hạn chế bổ sung cho những dịp khi quý vị ở ngoài Hoa Kỳ. Vui lòng tham khảo Bảng Quyền Lợi trong Chương 4 để biết thêm chi tiết.

Sau khi tình trạng cấp cứu đã qua, quý vị có thể cần chăm sóc theo dõi để đảm bảo rằng quý vị cảm thấy khá hơn. Chúng tôi sẽ bao trả dịch vụ tiếp tục chăm sóc cho quý vị. Nếu quý vị được cấp cứu tại một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, chúng tôi sẽ cố gắng sắp xếp cho các nhà cung cấp trong mạng lưới chăm sóc tiếp cho quý vị càng sớm càng tốt. Nếu quý vị cần dịch vụ cứu thương để đến phòng cấp cứu, chương trình của chúng tôi sẽ bao trả dịch vụ đó. Để tìm hiểu thêm, xin tham khảo Bảng Quyền lợi ở **Chương 4** trong Sổ *Tay Hội Viên.*

Chương trình này bao gồm các dịch vụ cấp cứu nếu quý vị đi du lịch bên ngoài Hoa Kỳ dưới sáu tháng. Bảo hiểm được giới hạn $100,000 mỗi năm cho các dịch vụ cấp cứu trên toàn thế giới. Đây là quyền lợi bổ sung. Quyền lợi này không được chương trình Medicare Liên bang đài thọ. Quý vị phải thanh toán tất cả chi phí trên $100,000 và tất cả chi phí để quay lại khu vực dịch vụ của quý vị. Quý vị có thể mua bảo hiểm du lịch bổ sung thông qua một cơ quan được ủy quyền. $0 tiền đồng trả cho mỗi lần khám chăm sóc khẩn cấp trên toàn thế giới, vận chuyển trên mặt đất cấp cứu hoặc thăm phòng cấp cứu. Nếu quý vị cần chăm sóc cấp cứu bên ngoài Hoa Kỳ hoặc các lãnh thổ của Hoa Kỳ, vui lòng gọi cho chương trình Blue Cross Blue Shield Global Core theo số 1-800-810-BLUE (1-800-810-2583). Hoặc gọi bộ phận thu thập tại 1-804-673-1177. Chúng tôi có thể giúp quý vị 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần, 365 ngày một năm.

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

Chương trình của chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc theo dõi của 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. Nếu quý vị được chăm sóc cấp cứu tại một bệnh viện ngoài mạng lưới và cần chăm sóc nội trú sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị đã ổn định, quý vị phải chăm sóc nội trú ở bệnh viện ngoài mạng lưới được chương trình ủy quyền và chi phí của quý vị là khoản chia sẻ chi phí mà quý vị phải trả tại một bệnh viện trong mạng lưới.

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 bao trả cho quý vị.

Sau khi bác sĩ nói rằng đó không phải là cấp cứu, chúng tôi sẽ chỉ bao trả cho việc chăm sóc thêm của quý vị khi:

- Quý vị đến khám tại nhà cung cấp 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 (xem Phần H2) về việc nhận dịch vụ chăm sóc này.

G2. Chăm sóc khẩn cấp cần thiết

Chăm sóc khẩn cấp cần thiết là dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được cho tình huống 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 hoặc bị đau họng dữ dội vào cuối tuần và cần phải được điều trị.

Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết 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 nêu trong chương này.

Nếu quý vị không thể đến với một nhà cung cấp trong mạng lưới, chúng tôi sẽ bao trả cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết mà quý vị sử dụng của nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Dịch vụ khẩn cấp cần thiết có thể được cung cấp bởi các nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc nhà cung cấp ngoài mạng lưới khi tạm thời không có hoặc không thể tiếp cận được các nhà cung cấp trong mạng lưới. Chia sẻ chi phí cho các dịch vụ khẩn cấp cần thiết được cung cấp bên ngoài mạng lưới cũng bằng chia sẻ chi phí cho các dịch vụ đó được cung cấp bên trong mạng lưới. Bảo hiểm dịch vụ cần thiết khẩn cấp là bảo hiểm trên toàn thế giới.

Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết bên ngoài khu vực cung cấp dịch vụ của chương trình

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

Chương trình này bao gồm các dịch vụ cấp cứu nếu quý vị đi du lịch bên ngoài Hoa Kỳ dưới sáu tháng. Bảo hiểm được giới hạn $100,000 mỗi năm cho các dịch vụ cấp cứu trên toàn thế giới. Đây là quyền lợi bổ sung. Quyền lợi này không được chương trình Medicare Liên bang đài thọ. Quý vị phải thanh toán tất cả chi phí trên $100,000 và tất cả chi phí để quay lại khu vực dịch vụ của quý vị. Quý vị có thể mua bảo hiểm du lịch bổ sung thông qua một cơ quan được ủy quyền. $0 tiền đồng trả cho từng dịch vụ khẩn cấp toàn cầu được đài thọ. Nếu quý vị cần chăm sóc khẩn cấp bên ngoài Hoa Kỳ hoặc các lãnh thổ của Hoa Kỳ, vui lòng gọi cho chương trình Blue Cross Blue Shield Global Core theo số 1-800-810-BLUE (1-800-810-2583). Hoặc gọi bộ phận thu thập tại 1-804-673-1177. Chúng tôi có thể giúp quý vị 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần, 365 ngày một năm. Các dịch vụ bổ sung có thể được đài thọ theo các hướng dẫn và quyền lợi Medi-Cal của quý vị.

G3. Chăm sóc khi gặp tai họa

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

Vào trang của chúng tôi để biết cách tìm dịch vụ chăm sóc cần thiết trong tình trạng tai họa đã được công bố: shop.anthem.com/medicare/ca.

Trong lúc xảy ra thảm họa đã tuyên bố, nếu quý vị không thể sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới *khi trả phí.* Nếu không thể dùng hiệu thuốc trong mạng lưới khi có thảm họa tuyên bố, quý vị có thể lấy thuốc kê toa của mình ở hiệu thuốc ngoài mạng lưới. Xem **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* để biết thêm thông tin.

H. Cần phải làm gì nếu quý vị bị tính hóa đơn trực tiếp cho các dịch vụ được chương trình bao trả

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, chúng tôi có thể không hoàn tiền lại cho quý vị.

Nếu quý vị bị tính hóa đơn cho các dịch vụ y tế được bao trả, hãy xem **Chương 7** của *Sổ tay Hội viên* để biết những việc cần làm.

H1. Cần phải làm gì khi chương trình chúng tôi không bao trả các dịch vụ

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

- được xác định là cần thiết về mặt y tế, **và**
- được liệt kê trong Bảng quyền lợi của chương trình (xem **Chương 4** của *Sổ tay Hội viên)* **và**
- quý vị sử dụng theo đúng các quy định của chương trình.

Nếu quý vị sử dụng các dịch vụ không được chương trình của chúng tôi bao trả, **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 cáo quyết định của chúng tôi.

Chương 9 trong *Sổ Tay Hội Viên* giải thích những gì cần làm nếu quý vị muốn chúng tôi bao trả cho một khoản mục hoặc dịch vụ y tế. Các mục đó cũng cho biết quý vị phải làm sao để kháng cáo quyết định bao trả của chúng tôi. Hãy gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên để tìm hiểu thêm về các quyền kháng cáo 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 quyền lợi đó là gì và quý vị đã sử dụng quyền lợi được từng nào.

I. Bao trả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong nghiên cứu lâm sàng

I1. 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. Nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt thường yêu cầu các tình nguyện viên tham gia nghiên cứu.

Sau khi Medicare chấp thuận một nghiên cứu mà quý vị muốn tham gia, một người nào đó làm việc cho nghiên cứu đó sẽ liên lạc với quý vị. Người đó sẽ thông báo về chương trình nghiên cứu và xem quý vị có đủ điều kiện tham gia nghiên cứu đó hay không. Quý vị có thể tham gia một nghiên cứu miễn là quý vị đáp ứng các điều kiện cần thiết. Quý vị phải tìm hiểu và đồng ý với những việc mà quý vị phải làm trong 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. Nhờ đó, chương trình của chúng tôi sẽ tiếp tục bao trả cho dịch vụ và dịch vụ chăm sóc của quý vị không liên quan đến nghiên cứu.

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

Quý vị nên 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 điều phối viên chăm sóc của quý vị nên liên lạc với Ban Dịch vụ Hội viên để cho chúng tôi biết quý vị sẽ tham gia thử nghiệm lâm sàng.

I2. 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 bao trả theo nghiên cứu. Medicare sẽ thanh toán cho các dịch vụ được bao trả 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 bao trả cho hầu hết mọi khoản mục và dịch vụ mà quý vị nhận được theo chương trình nghiên cứu đó. Điều này bao gồm:

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

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

I3. 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 tới 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.

J. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ được bao trả như thế nào trong tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế thuộc tôn giáo

J1. Định nghĩa tổ chức chăm sóc sức khỏe phi tế thuộc 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 bao trả cho dịch vụ chăm sóc tại tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế của tôn giáo. Phúc lợi này chỉ dành cho các dịch vụ nội trú Medicare Phần A (dịch vụ chăm sóc sức khỏe không liên quan đến y tế).

J2. Dịch vụ chăm sóc từ tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế thuộc 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 và** do luật pháp của liên bang, tiểu bang hoặc địa phương **yêu cầu.**

Để được chương trình của chúng tôi bao trả, 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:
  - Quý vị phải có bệnh trạng y tế mà sẽ cho phép quý vị nhận được các dịch vụ được bao trả để chăm sóc nội trú trong bệnh viện hoặc tại một cơ sở điều dưỡng chuyên môn.
  - Quý vị phải xin chúng tôi chấp thuận trước thì mới được nhận vào cơ sở này, nếu không việc nội trú của quý vị tại các cơ sở đó sẽ **không** được bao trả.

Giới hạn bảo hiểm Bệnh viện Nội trú Medicare được áp dụng. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Bảng Quyền Lợi ở Chương 4.

K. Thiết bị y tế bền lâu (DME)

K1. DME với tư cách hội viên của chương trình chúng tôi

Các thiết bị y tế lâu bền (DME) bao gồm một số vật dụng cần thiết về mặt y tế mà nhà cung cấp đặt hàng như xe lăn, nạng chống, bộ nệm điện, vật dụng cho bệnh tiểu đường, giường bệnh do một nhà cung cấp đặt hàng để sử dụng tại nhà, bơm truyền tĩnh mạch (IV), thiết bị tạo giọng nói, thiết bị ôxy và vật dụng, máy xông khí và khung tập đi.

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

Trong mục này, chúng tôi sẽ thảo luận về thiết bị y tế lâu bền **(**DME) quý vị phải thuê. Trong Original Medicare, người thuê một số loại thiết bị y tế lâu bền (DME) nhất định được sở hữu thiết bị đó sau khi trả các khoản đồng thanh toán cho vật dụng đó trong 13 tháng. Tuy nhiên, là hội viên của chương trình, quý vị sẽ **không** sở hữu DME, bất kể thời gian thuê của quý vị là bao lâu.

Mặc dù quý vị đã có thiết bị y tế lâu bền (DME) trong tối đa 12 tháng liên tiếp theo Medicare trước khi tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị vẫn sẽ **không** sở hữu thiết bị.

K2. Quyền sở hữu thiết bị y tế bền lâu (DME) nếu quý vị chuyển sang Original Medicare

Nếu quý vị không được sở hữu DME trong thời gian tham gia chương trình của chúng tôi, để sở hữu thiết bị đó, quý vị phải thanh toán 13 lần liên tiếp sau khi chuyển sang Original Medicare. Các khoản thanh toán mà quý vị đã trả trong thời gian tham gia chương trình của chúng tôi **không** được tính vào 13 lần thanh toán liên tiếp này.

Nếu quý vị đã trả ít hơn 13 khoản thanh toán cho vật dụng thiết bị y tế lâu bền đó theo Original Medicare **trước khi** quý vị tham gia chương trình của chúng tôi, các khoản thanh toán trước đây cũng không được tính vào 13 khoản thanh toán liên tiếp này. Để sở hữu thiết bị đó, quý vị phải thanh toán 13 lần liên tiếp sau khi quay về Original Medicare. Không có ngoại lệ cho trường hợp này khi quý vị trở lại Original Medicare.

K3. Quyền lợi thiết bị ôxy với tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi

Nếu quý vị đủ điều kiện nhận thiết bị ôxy được Medicare bao trả và quý vị là hội viên trong chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ bao trả:

- 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.

K4. Thiết bị ôxy khi quý vị chuyển sang Original Medicare

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 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.
- 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.

Chương 4: Bảng quyền lợi

Giới thiệu

Chương này cho quý vị biết về các dịch vụ *mà chương trình của chúng tôi bao trả* 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 bao trả theo chương trình của chúng tôi. Các thuật ngữ chính và định nghĩa theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ tay Hội viên*.

Các hội viên mới của Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP): Đa số các trường hợp, quý vị sẽ được ghi danh vào *Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)* để hưởng các quyền lợi Medicare của quý vị vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị yêu cầu ghi danh vào *Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP).* Quý vị vẫn có thể nhận được các dịch vụ Medi-Cal từ chương trình sức khỏe Medi-Cal trước đó của quý vị thêm một tháng. Sau đó, quý vị sẽ nhận được dịch vụ Medi-Cal của mình thông qua **Anthem Medi-Cal**. Bảo hiểm Medi-Cal của quý vị sẽ không bị gián đoạn. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số **1-844-309-6996** (TTY: **711**).

Mục lục

A.Các dịch vụ được bao trả của quý vị.....60

B. Quy tắc nhà cung cấp tính phí dịch vụ của quý vị 60

C. Về Bảng Quyền lợi của chương trình 60

D. Bảng Quyền lợi chương trình của chúng tôi 64

E. Các quyền lợi được bao trả bên ngoài chương trình của chúng tôi 123

E1. Chương trình chuyển về cộng đồng của California (CCT).....123

E2. Chương trình nha khoa Medi-Cal.....124

E3. Chăm sóc cuối đời 124

F.Quyền lợi không được chương trình của chúng tôi, Medicare hoặc Medi-Cal bao trả.....125

A.Các dịch vụ được bao trả của quý vị

Chương này cho quý vị biết về các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi bao trả. Quý vị cũng được biết về những dịch vụ không được bảo hiểm. Thông tin về các quyền lợi thuốc có trong **Chương 5**. Chương này cũng giải thích các giới hạn đối với một số dịch vụ.

Bởi quý vị được hỗ trợ từ Medi-Cal, quý vị sẽ không phải trả gì cho các dịch vụ được bao trả của mình miễn là quý vị tuân thủ các quy định của chương trình của chúng tôi. Xem **Chương 3** của *Sổ tay Hội viên* để biết chi tiết về quy định của chương trình.

Nếu quý vị cần giúp hiểu rõ các dịch vụ nào được bao trả, hãy gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số 1-844-309-6996 (TTY: 711).

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

Chúng tôi không cho phép nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi gửi hóa đơn cho quý vị về các dịch vụ được bao trả. 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 bao trả. Nếu quý vị nhận, hãy xem **Chương 7** trong *Sổ Tay Hội Viên* hoặc gọi Ban Dịch vụ Hội viên.

C. Về Bảng Quyền lợi của chương trình

Bảng Quyền lợi này cho quý vị biết những dịch vụ nào được chương trình của chúng tôi thanh toán. Bảng này liệt kê và giải thích về các dịch vụ được bao trả theo thứ tự bảng chữ cái.

Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền 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 được mô tả bên dưới.

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

- Các dịch vụ này (kể cả chăm sóc y tế, chăm sóc sức khỏe hành vi tâm thần và lạm dụng dược chất, dịch vụ và hỗ trợ lâu dài, vật dụng, thiết bị, và thuốc) phải cần thiết về mặt y tế." Cần thiết về mặt y tế nghĩa là các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc quý vị cần để ngăn ngừa, chẩn đoán, hoặc điều trị một tình trạng sức khỏe hoặc để duy trì tình trạng sức khỏe hiện tại của quý vị. Các dịch vụ này bao gồm dịch vụ chăm sóc để giúp quý vị không phải vào bệnh viện hoặc viện dưỡng lão. Ngoài ra còn bao gồm các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp nhận trong thực hành y khoa.
- 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** trong *Sổ tay Hội viên* 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 quản lý dịch vụ chăm sóc của mình. Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải được PCP của quý vị chấp thuận trước trước khi quý vị có thể thăm khám với nhà cung cấp 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** trong *Sổ tay Hội viên* có thêm thông tin về việc lấy giấy giới thiệu và khi nào quý vị **không** 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 tổ hợp y tế của PCP của quý vị. Xem **Chương 3** của *Sổ tay Hội viên* để biết thêm thông tin.
- Chúng tôi chỉ bao trả cho một số dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền Lợi 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. Chúng tôi đánh dấu vào các dịch vụ được bao trả trong Bảng Quyền lợi cần xin phép trước.
- Nếu quý vị đang lấy lại tư cách hội đủ điều kiện cho chương trình của chúng tôi trong vòng 3 tháng, chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp tất cả các quyền lợi Medicare do chương trình Medicare Advantage bao trả. Tuy nhiên, trong thời gian này, chúng tôi sẽ không tiếp tục chi trả các quyền lợi Medicaid có trong Chương trình Medicaid hiện hành của bang. Số tiền chia sẻ chi phí Medicare cho các phúc lợi cơ bản và bổ sung của Medicare sẽ không thay đổi trong thời gian này.
- Medicare đã chấp thuận Anthem cung cấp những quyền lợi này và/hoặc khoản đồng thanh toán/đồng bảo hiểm thấp hơn trong chương trình Thiết kế Bảo hiểm theo Giá trị. Chương trình này giúp Medicare thử những cách mới để cải thiện các chương trình Medicare Advantage.

Thông tin quan trọng về quyền lợi cho tất cả những người đăng ký tham gia dịch vụ Lập kế hoạch Chăm sóc Y tế và Sức khỏe (WHP)

Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) tham gia một số quyền lợi Thiết kế Bảo hiểm Theo Giá trị (các quyền lợi được đánh dấu trong Bảng Quyền lợi Y tế bằng chú thích), quý vị sẽ đủ điều kiện nhận các dịch vụ WHP sau đây, bao gồm dịch vụ lập kế hoạch chăm sóc trước (ACP):

Nguồn trợ giúp lập kế hoạch chăm sóc trước trực tuyến MyDirectives®. Nguồn trợ giúp này giúp quý vị tạo chỉ dẫn trước để kết hợp các yếu tố sau: • Ý nguyện điều trị – quyết định phương pháp điều trị y tế quý vị muốn hoặc không muốn nhận • Giấy ủy quyền y tế - chỉ định một hoặc nhiều đại lý bảo hiểm chăm sóc sức khỏe để đưa ra quyết định y tế cho quý vị nếu quý vị không thể quyết định • Mẫu hiến tặng nội tạng • Và tờ khai ưu tiên tôn giáo - Quý vị có thể tạo một kế hoạch chăm sóc kỹ thuật số mới trên MyDirectives® hoặc, nếu quý vị đã có sẵn những tài liệu này, quý vị có thể tải lên để chia sẻ dễ dàng hơn với những người có thể cần quyền truy cập vào các tài liệu này. MyDirectives® có sẵn cho quý vị và các nhà cung cấp dịch vụ y tế được chỉ định của quý vị 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần. Quý vị có thể thêm thông tin mới bất kỳ lúc nào khi tình trạng sức khỏe hoặc mong muốn của quý vị thay đổi. − Để bắt đầu, hãy truy cập vào cổng hội viên Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) và truy cập trang thông tin tổng quan về chương trình và chọn Chương trình Chỉ Thị Trước. Quý vị sẽ phải truy cập vào MyDirectives® để tạo tài khoản mới hoặc liên kết tài khoản hiện có của quý vị. - Việc tham gia vào bất kỳ chương trình nào bao gồm Lập kế hoạch Thăm khám và Chăm sóc Sức khỏe và Sức khỏe hoặc Lập kế hoạch Chăm sóc Trước là tự nguyện và quý vị có thể từ chối các dịch vụ bất cứ lúc nào.

Thông tin quan trọng về quyền lợi cho tất cả những người đăng ký tham gia: Vì quý vị nhận được "Trợ cấp đặc biệt" để thanh toán chi phí chương trình thuốc theo toa của Medicare, chẳng hạn như phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và đồng bảo hiểm, quý vị đủ điều kiện nhận các quyền lợi bổ sung theo mục tiêu khác và/hoặc giảm chia sẻ chi phí theo mục tiêu. **Hội viên trong chương trình này sẽ không phải trả gì cho các loại thuốc được bao trả bởi Phần D** trong tất cả các giai đoạn của bảo hiểm Phần D.

- 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.

- ***Hỗ trợ cộng đồng:*** *Các dịch vụ hỗ trợ cộng đồng có thể có sẵn theo Kế hoạch Cá nhân của quý vị.* Hỗ trợ Cộng đồng là các dịch vụ hoặc cơ sở thay thế phù hợp về mặt y tế và có mức phí tiết kiệm. Những dịch vụ này không bắt buộc đối với hội viên. Nếu quý vị đủ điều kiện, những dịch vụ này có thể giúp quý vị sống độc lập hơn. Chúng không thay thế các quyền lợi mà quý vị đã nhận được theo Medi-Cal. Ví dụ về hỗ trợ cộng đồng chúng tôi cung cấp bao gồm:

- **Chuyển cộng đồng về nhà riêng:** Dành cho các hội viên sống trong NF muốn chuyển sang cộng đồng một cách an toàn và cần hỗ trợ để chuyển đổi.
- **Phục hồi chức năng vào ban ngày:** Đào tạo kỹ năng quản lý tài chính, hỗ trợ việc làm, kỹ năng sống hàng ngày, v.v. để đảm bảo sinh sống ổn định trong cộng đồng
- **Sửa sang nhà cửa** để hội viên sống trong nhà, ví dụ như đường dốc và thanh vịn trong phòng tắm
- **Đặt cọc nhà ở:** Thanh toán tiền đặt cọc bảo đảm, tiền cọc tiện ích và các loại thanh toán khác để có nhà; hội viên cũng phải tham gia tìm chuyển nhà
- **Thuê nhà và duy trì nhà ở:** Sau khi có nhà ở, hỗ trợ hội viên duy trì nhà ở
- **Chuyển nhà và tìm nhà** Hoàn thành chương trình hỗ trợ nhà ở để xác định các rào cản tìm nhà ở, giúp tìm kiếm nhà ở, làm việc với chủ nhà và bất kỳ hoạt động nào khác để tạo thuận lợi bố trí nhà ở
- **Chăm sóc nghỉ ngơi sau điều trị:** Sắp xếp nhà ở lên đến 90 ngày cho những người vô gia cư hoặc có hoàn cảnh sống không ổn định, quá ốm yếu không thể phục hồi trong môi trường sống bình thường và cần được giám sát lâm sàng (kiểm soát và uống thuốc, các hoạt động hỗ trợ sinh hoạt hàng ngày (ADL), nhưng không nhất thiết phải cần dịch vụ chăm sóc của cơ sở điều dưỡng (NF)
- **Bữa ăn được điều chỉnh theo điều trị y tế hoặc thức ăn hỗ trợ điều trị y tế:** Tối đa hai bữa ăn một ngày hoặc phiếu mua thực phẩm lành mạnh dành cho những hội viên có nhu cầu về chế độ ăn đặc biệt và không có nguồn lực nào khác để giúp họ chuẩn bị bữa ăn
- **Chuyển cơ sở điều dưỡng hoặc chuyển cơ sở sinh sống có hỗ trợ (ALF):** Hội viên trong cộng đồng có nguy cơ vào NF hoặc hiện đang sống trong NF, và hỗ trợ họ tìm ALF để sống
- **Chăm sóc cá nhân:** Thêm giờ chăm sóc cá nhân cho những người đang chờ bắt đầu Dịch vụ Hỗ trợ Tại nhà (IHSS), hoặc ngoài IHSS trong một số trường hợp Khả năng tiếp cận môi trường:
- **Chăm sóc nghỉ ngơi:** Dành cho các hội viên có người chăm sóc không chính thức cần nghỉ ngơi để tiếp tục cung cấp dịch vụ chăm sóc không chính thức
- **Dịch vụ nhà ở ngắn hạn sau khi xuất viện:** Sắp xếp nhà ở lên đến 180 ngày cho những người vô gia cư và cần giám sát lâm sàng; các hội viên sẽ được cung cấp dịch vụ tìm chuyển nhà ở

- **Trung tâm cai nghiện**: ngắn hạn, không quá 24 giờ, thay cho phòng cấp cứu hoặc nhà tù để người nghiện tỉnh táo trở lại và kết nối với các dịch vụ điều trị rối loạn do sử dụng chất kích thích (SUD)}
- **Chữa bệnh hen suyễn:** Đảm bảo an toàn trong nhà để ngăn bệnh hen suyễn trở nên trầm trọng hơn

- Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc muốn biết quý vị có thể sử dụng Hỗ trợ Cộng đồng nào, hãy gọi 1-844-309-6996 (TTY: 711) hoặc gọi cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khoẻ của quý vị.

D. Bảng Quyền lợi chương trình của chúng tôi

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
🍎	**Khám tầm soát phình động mạch chủ ở bụng** Chúng tôi sẽ trả cho một kỳ siêu âm cho người có nguy cơ bị bệnh này. Chương trình chỉ bảo hiểm cho việc tầm soát này khi quý vị có các yếu tố nguy cơ nhất định và nếu quý vị có giấy giới thiệu đi tầm soát của bác sĩ, phụ tá bác sĩ, chuyên viên điều dưỡng, hoặc bác sĩ chuyên khoa điều dưỡng lâm sàng.	$0
	Châm cứu - Được Medicare đài thọ **Đối với chứng đau thắt lưng mãn tính** Đến 12 lần trong 90 ngày được đài thọ cho những người thụ hưởng Medicare trong các trường hợp sau: Với quyền lợi này, đau lưng dưới 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. **Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau**	$0

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Châm cứu - Được Medicare đài thọ (tiếp) 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 được Medicare đài thọ 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. Yêu cầu về Nhà cung cấp: Bác sĩ (như được định nghĩa trong 1861(r)(1) của Đạo luật An sinh Xã hội (Đạo luật) có thể cung cấp dịch vụ châm cứu phù hợp với các yêu cầu hiện hành của tiểu bang. Trợ lý bác sĩ (PA), y tá hành nghề (NP)/chuyên gia y tá lâm sàng (CNS) (như được định nghĩa trong 1861(aa)(5) của Đạo luật), và nhân viên trợ giúp có thể cung cấp dịch vụ châm cứu nếu họ đáp ứng tất cả các yêu cầu hiện hành của tiểu bang và có bằng thạc sĩ hoặc tiến sĩ về châm cứu hoặc Đông y từ một trường được Ủy ban Chứng nhận Châm cứu và Y học Phương Đông (ACAOM) công nhận; và giấy phép hiện hành, đầy đủ, đang hoạt động và không bị hạn chế để thực hiện châm cứu ở Tiểu bang, Lãnh thổ hoặc Vùng thịnh vượng Chung (ví dụ Puerto Rico) của Hoa Kỳ, hoặc District of Columbia. Nhân viên trợ giúp cung cấp dịch vụ châm cứu phải dưới sự giám sát thích hợp của bác sĩ, PA hoặc NP/CNS theo quy định của chúng tôi tại 42 CFR §§ 410.26 và 410.27. Hãy trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu và/hoặc giấy cho phép trước. **Châm cứu - Bổ sung** Chương trình này bao trả cho các buổi châm cứu bổ sung với số lần vô hạn mỗi năm.	

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Tầm soát và tư vấn về lạm dụng rượu Chúng tôi sẽ chỉ thanh toán cho một lần tầm soát lạm dụng rượu (SABIRT) cho người trưởng thành lạm dụng rượu nhưng chưa nghiện rượu. Quy định này bao gồm các phụ nữ mang thai. Nếu quý vị khám sàng lọc dương tính với việc lạm dụng cồn rượu, quý vị có thể nhận được tối đa bốn buổi tư vấn trực tiếp, ngắn gọn mỗi năm với một nhà cung cấp hoạt động chăm sóc chính đủ năng lực hoặc người hành nghề tại cơ sở chăm sóc chính (nếu quý vị có thể và tỉnh táo trong quá trình tư vấn). **Trung tâm cai nghiện**: ngắn hạn, không quá 24 giờ, thay cho phòng cấp cứu hoặc nhà tù để người nghiện tỉnh táo trở lại và kết nối với các dịch vụ điều trị rối loạn do sử dụng chất kích thích (SUD) Hãy trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu và/hoặc giấy cho phép trước.	$0
	Dịch vụ xe cứu thương Dịch vụ xe cứu thương được bao trả gồm có phương tiện vận chuyển trên mặt đất, máy bay thường, và máy bay chong chóng (trực thăng). 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 trạng 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 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.	$0

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Thăm khám sức khỏe thường niên Quý vị sẽ được khám sức khỏe hàng năm. Cuộc khám này là để thiết lập hoặc cập nhật kế hoạch phòng bệnh theo các yếu tố nguy cơ hiện tại của quý vị. Chúng tôi sẽ thanh toán cho dịch vụ này một lần cho mỗi 12 tháng.	$0
	Khám thể chất định kỳ hàng năm Ngoài lần khám "Chào mừng đến với Medicare" hoặc thăm khám chăm sóc sức khỏe hàng năm, quý vị còn được đài thọ cho một lần khám sức khỏe định kỳ mỗi năm. Khám sức khỏe thông thường bao gồm kiểm tra toàn diện và đánh giá tình trạng sức khỏe của quý vị và các bệnh mạn tính.	$0
	Dịch vụ Phòng ngừa Bệnh hen suyễn Quý vị có thể được giáo dục về bệnh hen suyễn và đánh giá môi trường trong nhà để tìm các tác nhân thường thấy trong nhà đối với người bị bệnh hen suyễn không được kiểm soát tốt.	$0
	Đo khối lượng xương Chúng tôi sẽ thanh toán cho một số các thủ thuật nào đó cho hội viên hội đủ điều kiện (thường là cho người có nguy cơ bị giảm khối lượng xương hoặc có nguy cơ bị loãng xương). Các thủ thuật này sẽ xác định khối lượng xương, tìm hiện tượng giảm 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

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

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Kiểm tra bệnh tim mạch (tim) Chúng tôi trả tiền cho các xét nghiệm máu để kiểm tra bệnh tim mạch một lần mỗi năm năm (60 tháng). Xét nghiệm máu cũng được kiểm tra để phát hiện khiếm khuyết do nguy cơ bệnh tim cao.	$0
	Tầm soát ung thư cổ tử cung và âm đạo Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau đây: • Đối với mọi phụ nữ: Xét nghiệm tầm soát ung thư cổ tử cung (Pap test) và kiểm tra vùng chậu một lần mỗi 24 tháng • Dành cho phụ nữ có nguy cơ cao về ung thư cổ tử cung và âm đạo: một xét nghiệm tầm soát ung thư cổ tử cung (Pap test) mỗi 12 tháng • Đối với phụ nữ đã có xét nghiệm tầm soát ung thư cổ tử cung (Pap test) bất thường trong vòng 3 năm gần đây và đang trong độ tuổi sinh đẻ: thực hiện một xét nghiệm tầm soát ung thư cổ tử cung mỗi 12 tháng • Đối với phụ nữ độ tuổi 30-65: xét nghiệm vi-rút gây u nhú ở người (HPV) hoặc Pap cùng với xét nghiệm HPV cứ 5 năm một lần	$0
	Các dịch vụ chữa bệnh bằng phương pháp nắn xương khớp Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau đây: • Nắn bóp cột sống bằng tay để điều chỉnh trật khớp nhẹ. Chúng tôi có thể cung cấp các dịch vụ bổ sung. Liên hệ với Điều phối viên Chăm sóc của quý vị để được hỗ trợ. Hãy trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu và/hoặc giấy cho phép trước.	$0

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	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 bằng ống mềm (hoặc chụp tầm soát với bari) mỗi 48 tháng • Xét nghiệm tìm máu lẫn trong phân, mỗi 12 tháng • Xét nghiệm máu trong phân bằng Guaiac hoặc xét nghiệm miễn dịch hóa học, 12 tháng một lần • Tầm soát đại-trực tràng bằng DNA, mỗi 3 năm • Nội soi đại tràng mỗi mười năm (nhưng không được làm trong vòng 48 tháng kể từ khi làm nội soi đại tràng signma) • Nội soi đại tràng (hoặc chụp tầm soát với bari) cho người có nguy cơ bị ung thư đại-trực tràng cao, mỗi 24 tháng	$0
	Dịch vụ dành cho Người lớn tại Cộng đồng (CBAS) CBAS là chương trình dịch vụ ngoại trú, tại cộng đồng, trong đó mọi người sẽ tham gia theo lịch. Chương trình này cung cấp các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn, dịch vụ xã hội, 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 thanh toán cho CBAS nếu quý vị hội đủ tiêu chuẩn. **Lưu ý:** Nếu không có cơ sở CBAS, chúng tôi có thể cung cấp các dịch vụ này riêng.	$0

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Tư vấn bỏ hút thuốc hoặc ngưng dùng thuốc lá Nếu quý vị hút thuốc lá, không có dấu hiệu hoặc triệu chứng của các bệnh liên quan đến thuốc lá, và muốn hoặc cần ngừng hút thuốc: • Chúng tôi sẽ thanh toán cho hai lần cố gắng ngừng hút thuốc lá trong thời gian 12 tháng theo dạng dịch vụ phòng ngừa. Dịch vụ này được miễn phí cho quý vị. Mỗi lần cố gắng ngừng hút thuốc bao gồm tối đa bốn lần tư vấn trực tiếp. Nếu quý vị sử dụng thuốc lá và đã được chẩn đoán nhiễm bệnh liên quan tới thuốc lá hay đang uống thuốc mà có thể bị ảnh hưởng bởi thuốc lá: • Chúng tôi sẽ thanh toán cho hai đợt cai thuốc lá có tư vấn trong thời gian 12 tháng. Mỗi đợt tư vấn bao gồm tối đa bốn lần khám trực tiếp. Nếu có thai, quý vị có thể được tư vấn cai thuốc lá không giới hạn nhưng phải được chấp thuận trước.	$0
	Các dịch vụ nha khoa Nói chung, các dịch vụ nha khoa phòng ngừa (ví dụ như làm sạch, kiểm tra nha khoa định kỳ và chụp X-quang răng) không được Original Medicare đài thọ. Quý vị phải sử dụng nhà cung cấp là một phần của mạng lưới y tế Anthem MediBlue Dual Select Advantage (HMO D-SNP). Quý vị có thể tìm các nhà cung cấp này trong Danh mục Nhà cung cấp. Hãy gọi điện đến Ban Dịch vụ Hội viên để tìm hiểu thêm. **Dịch vụ nha khoa - Bổ sung** Chương trình này cung cấp bảo hiểm nha khoa bổ sung không được Original Medicare đài thọ. Chương trình này bảo hiểm: 2 lần khám miệng, 2 lần vệ sinh, 1 lần chụp X-quang răng, 1 lần điều trị flour mỗi năm. **Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau**	$0

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Dịch vụ nha khoa (tiếp) Các dịch vụ nha khoa dự phòng ở trên được giới hạn như sau: - D0120 Đánh giá miệng định kỳ - D0150 Đánh giá miệng toàn diện - D1110 Nguồn dự phòng, người lớn - D0210 Trong miệng, loạt ảnh x-quang đầy đủ - D0330 Ảnh x-quang toàn cảnh - D1208 Bôi florua cục bộ, ngoại trừ tráng men Chương trình này bảo hiểm lên đến **$1.500,00** phụ cấp cho dịch vụ nha khoa toàn diện được đài thọ hàng năm. Bất kỳ số tiền nào không được sử dụng vào cuối năm theo lịch sẽ hết hạn. Có thể sử dụng phụ cấp nha khoa toàn diện của chúng tôi cho bất kỳ dịch vụ nha khoa nào, bao gồm nhưng không giới hạn ở: Khám bổ sung, làm sạch và chụp x-quang, làm sạch răng sâu, điều trị bằng fluoride, trám và sửa chữa, lấy tủy chân răng (Nội nha), mão răng (Mũ), cầu răng và cấy ghép, răng giả, nhổ răng và các dịch vụ khác. Để được bảo hiểm trong mạng lưới, quý vị cần sử dụng một nhà cung cấp được ký hợp đồng với bên cung cấp nha khoa của chúng tôi để cung cấp các dịch vụ nha khoa bổ sung. Chăm sóc được cung cấp bởi một nhà cung cấp không thuộc mạng lưới nha khoa bổ sung của chúng tôi sẽ không được bảo hiểm. Hãy trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu và/hoặc giấy cho phép trước. Medi-Cal có thể đài thọ quyền lợi bổ sung. Liên hệ với Điều phối viên Chăm sóc của quý vị để biết thêm chi tiết.	

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Tầm soát chứng trầm cảm Chúng tôi sẽ thanh toán cho một lần tầm soát bệnh trầm cảm mỗi năm. Khám sàng lọc phải được thực hiện tại cơ sở chăm sóc chính là nơi có thể cung cấp dịch vụ điều trị theo dõi và cấp giấy giới thiệu.	$0
	Tầm soát bệnh tiểu đường Chúng tôi sẽ thanh toán cho dịch vụ tầm soát này (kể cả đo đường huyết vào lúc đói), nếu quý vị có bất kỳ yếu tố nguy cơ nào sau đây: • Cao huyết áp • Tiền sử có các mức cholesterol và triglyceride bất thường (dyslipidemia - rối loạn mỡ máu) • Béo phì • Tiền sử đường huyết (glucose) cao Các xét nghiệm có thể được bao trả 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

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Huấn luyện cách tự kiểm soát 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 tiểu đường (dù họ có sử dụng insulin hay không): • Các đồ tiếp liệu để theo dõi lượng glucose trong máu, bao gồm các mục sau: ○ Máy theo dõi đường glucose trong máu ○ Que thử glucose trong máu ○ Dụng cụ trích và mũi trích máu ○ Dung dịch đường đối chứng để kiểm tra độ chính xác của giấy thử và máy theo dõi huyết đường • Với người tiểu đường bị bệnh chân do tiểu đường nặng, chúng tôi sẽ thanh toán cho những thứ sau đây: ○ Một đôi giày trị liệu đúc theo chân từng người (kể cả vật chèn), kể cả sửa cho vừa và hai đôi vật chèn dự phòng nữa cho mỗi năm theo lịch, **hoặc** ○ Một đôi giày sâu lòng, kể cả sửa cho vừa, và ba đôi vật chèn mỗi năm (không bao gồm vật chèn tháo được không làm cho từng người được cung cấp kèm theo các giày đó) • Chúng tôi sẽ thanh toán cho việc đào tạo giúp quý vị kiểm soát bệnh tiểu đường của mình, trong một số trường hợp. Để tìm hiểu thêm, liên lạc Ban Dịch vụ Hội viên.	$0
	Dịch vụ hỗ trợ sinh nở Đối với phụ nữ đang mang thai, chúng tôi thanh toán cho chín lần khám với hộ sinh trước và sau khi sinh cũng như hỗ trợ trong quá trình chuyển dạ và sinh nở.	$0

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 Xem chương cuối trong *Sổ tay Hội viên* để biết định nghĩa về "Thiết bị y tế lâu bền (DME)." Chúng tôi bao trả cho các vật phẩm sau: • Xe lăn, bao gồm xe lăn điện • Nạng chống • Bộ nệm điện • Tấm ép 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 ngoài đường ruột và vật tư • Thiết bị trợ nói • Thiết bị cho thở oxy kèm vật dụng • Máy khí dung • Ghế tập đi bộ • Tay cầm cong tiêu chuẩn hoặc bốn gậy và vật tư thay thế • Nâng cổ tử cung (qua cửa) • Kích thích xương • Thiết bị chăm sóc lọc máu Các mục khác có thể được bao trả. **Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau**	$0 Chương trình này bao trả một lần theo dõi đường huyết hàng năm. Que thử đường huyết được bao trả tối đa 100 đơn vị sau mỗi 30 ngày cho những bệnh nhân đã tiêm insulin trong vòng 180 ngày qua. Que thử đường huyết được bao trả tối đa 50 đơn vị sau mỗi 30 ngày cho những bệnh nhân chưa tiêm insulin trong vòng 180 ngày qua. Dụng cụ chích máu được bao trả cho 100 đơn vị sau mỗi 30 ngày và tối đa 300 đơn vị cung cấp trong vòng 90 ngày.

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 (tiếp) Cùng với Sổ tay Hội viên này, chúng tôi cũng sẽ gửi cho quý vị Danh sách Thiết bị Y tế Lâu bền của Medical. Danh sách này cho quý vị biết các nhãn hiệu và nhà sản xuất DME được chúng tôi bảo hiểm. Quý vị cũng có thể tìm danh sách mới nhất này gồm các nhãn hiệu, nhà sản xuất và nhà cung cấp trên trang web của chúng tôi tại shop.anthem.com/medicare/ca. Nói chung, chương trình của chúng tôi bao trả bất kỳ DME nào được Medicare và Medi-Cal đài thọ từ các thương hiệu và nhà sản xuất trong danh sách này. Chúng tôi không bao trả cho các nhãn hiệu và nhà sản xuất khác trừ khi bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác của quý vị cho chúng tôi biết rằng quý vị cần nhãn hiệu đó. Tuy nhiên, nếu quý vị mới tham gia chương trình của chúng tôi và đang sử dụng thương hiệu DME không có trong danh sách của chúng tôi, chúng tôi sẽ tiếp tục thanh toán thương hiệu này cho quý vị trong tối đa 90 ngày. Trong thời gian này, nói chuyện với bác sĩ của quý vị để quyết định thương hiệu nào là tốt nhất về mặt y tế cho quý vị sau thời hạn 90 ngày. (Nếu quý vị không đồng ý với bác sĩ của mình, quý vị có thể yêu cầu họ đưa ra ý kiến thứ hai.) Nếu quý vị (hoặc bác sĩ của mình) không đồng ý với quyết định bảo hiểm của chương trình, quý vị hoặc bác sĩ có thể gửi đơn kháng cáo. Quý vị cũng có thể gửi đơn kháng cáo nếu quý vị không đồng ý với quyết định của bác sĩ về sản phẩm hoặc nhãn hiệu nào phù hợp với tình trạng sức khỏe của quý vị. Xem **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* để biết thêm thông tin về kháng cáo. Nếu nhà cung cấp của chúng tôi tại khu vực của quý vị không có hàng của nhãn hiệu hoặc nhà sản xuất cụ thể nào đó, quý vị có thể yêu cầu họ đặt hàng riêng cho quý vị. Danh sách nhà cung cấp mới nhất này có trên trang web của chúng tôi. Nếu quý vị nhận được một bộ thiết bị y tế lâu bền trong khi nội trú tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chi phí sẽ được bao gồm trong yêu cầu điều trị nội trú của quý vị. **Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau**	

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 (tiếp) Máy đo Đường huyết Trị liệu Liên tục (CGM) và các vật liệu liên quan được Medicare đài thọ khi chúng đáp ứng các tiêu chí Xác định Bảo hiểm Quốc gia của Medicare (NCD) và Xác định Bảo hiểm Khu vực của Medicare (LCD). Ngoài ra, trong trường hợp không có tiêu chuẩn cho NCD/LCD, máy CGM phải đáp ứng bất kỳ giới hạn phúc lợi nào của chương trình và tuân theo các hướng dẫn về thực hành lâm sàng dựa trên bằng chứng. Chương trình này chỉ đài thọ cho Máy đo Huyết đường hiệu FreeStyle Libre Continuous Glucose Monitor (CGM). Chúng tôi sẽ không đài thọ cho các thương hiệu khác trừ khi bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết nó là cần thiết về mặt y tế. PHẢI mua CGM tại nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới hoặc nhà thuốc đặt hàng qua bưu điện. Nếu quý vị mua những vật dụng này thông qua nhà cung cấp Thiết bị Y tế Lâu bền (DME), những vật dụng này sẽ KHÔNG được đài thọ. Hạn chế bảo hiểm: -2 Cảm biến mỗi tháng - Một người nhận cứ sau 2 năm Bơm Insulin khác với CGM và có thể được mua thông qua nhà cung cấp DME. Nhà cung cấp của quý vị phải chúng tôi chấp nhận đối với các mục như xe trợ lực, xe lăn có trợ lực và các mục liên quan, xe lăn và giường không phải loại tiêu chuẩn. Nhà cung cấp của quý vị cũng phải được sự chấp thuận cho các máy theo dõi đường huyết điều trị liên tục được Medicare bảo hiểm. Chương trình này chỉ bảo hiểm 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. Hãy trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu và/hoặc giấy cho phép trước.	

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 trạng y tế có cơn đau dữ dội hoặc thương tổn nghiêm trọng. Bệnh trạng này nghiêm trọng đến mức, nếu không được chăm sóc y tế ngay, bất kỳ người nào có kiến thức trung bình về sức khỏe và y học cũng có thể cho rằng nó sẽ dẫn đến:
	• Nguy cơ nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị hoặc của thai nhi của quý vị; **hoặc**
	• 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.
	
	Dịch vụ chăm sóc cấp cứu toàn cầu:
	
	Chương trình này bao gồm các dịch vụ cấp cứu nếu quý vị đi du lịch bên ngoài Hoa Kỳ dưới sáu tháng.
	
	Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau
		$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.
		
		$0 tiền đồng trả cho mỗi lần khám chăm sóc khẩn cấp trên toàn thế giới, vận chuyển trên mặt đất cấp cứu hoặc thăm phòng cấp cứu.

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Chăm sóc cấp cứu (tiếp) Bảo hiểm được giới hạn $100,000 mỗi năm cho các dịch vụ cấp cứu trên toàn thế giới. Đây là quyền lợi bổ sung. Quyền lợi này không được chương trình Medicare Liên bang đài thọ. Quý vị phải thanh toán tất cả chi phí trên $100,000 và tất cả chi phí để quay lại khu vực dịch vụ của quý vị. Quý vị có thể mua bảo hiểm du lịch bổ sung thông qua một cơ quan được ủy quyền. Nếu quý vị cần chăm sóc cấp cứu bên ngoài Hoa Kỳ hoặc các lãnh thổ của Hoa Kỳ, vui lòng gọi cho chương trình Blue Cross Blue Shield Global Core theo số 1-800-810-BLUE (1-800-810-2583). Hoặc gọi bộ phận thu thập tại 1-804-673-1177. Chúng tôi có thể giúp quý vị 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần, 365 ngày một năm.	
	Bổ sung Thiết yếu Mỗi năm, quý vị chỉ có thể chọn hai (2) trong những quyền lợi bổ sung bên dưới: • Thiết bị hỗ trợ: $500 mỗi năm • Khoản linh hoạt – Nha khoa, Thị lực, Thính lực: $500 mỗi năm • Khoản linh hoạt - Dịch vụ tiện ích: $50 mỗi tháng • Thực phẩm lành mạnh: $50 mỗi tháng • Hỗ trợ tại Nhà: 60 giờ mỗi năm • Chuyên chở: 60 chuyến một chiều mỗi năm Xem phần dưới về mô tả khoản phúc lợi Quý vị không phải trả đồng nào cho hai (2) quyền lợi Bổ sung Thiết yếu cho các tùy chọn mà quý vị đã chọn. **Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau**	$0

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Bổ sung Thiết yếu (tiếp) **Thiết bị Hỗ trợ[1]:** Quyền lợi này cung cấp khoản trợ cấp hàng năm đối với việc mua các thiết bị hỗ trợ bằng thẻ tín dụng trả trước. Các vật phẩm được bao trả bởi Medicare bao gồm nhưng không giới hạn ở: Ghế vệ sinh ADA, ghế ngồi tắm, vòi hoa sen cầm tay, thiết bị lấy đồ, đường nối cho xe lăn tạm thời và nhiều mục khác. Chương trình trả trước thẻ tín dụng bằng khoản trợ cấp. Quý vị chỉ có thể thanh toán cho các dịch vụ của chính mình và không thể chuyển đổi thẻ thành tiền mặt. Mọi khoản chưa sử dụng sẽ hết hạn vào cuối năm và không thể chuyển sang năm sau. Đây là những cách để tiếp cận quyền lợi của quý vị: • Đặt hàng trực tuyến. • Gọi để đặt hàng. Chọn các vật phẩm bằng cách mua sắm trực tuyến hoặc từ catalog Thiết Bị Hỗ Trợ. Chuẩn bị sẵn (các) tên sản phẩm và số thẻ phúc lợi Thiết bị Hỗ trợ. Quý vị có thể chọn đến cửa hàng lấy rồi mang về nhà. Lưu ý: • Ngay khi sử dụng khoản hàng năm đó, quý vị chịu trách nhiệm đối với bất kỳ chi phí nào còn lại. • Bất kỳ sửa chữa hoặc thay thế các mặt hàng được chọn đều được giới hạn trong bảo hành của nhà sản xuất. • Các mục được giới hạn ở những mục được cung cấp trong danh mục và tùy thuộc vào tình trạng sẵn có. • Các vật phẩm phải chỉ phục vụ chủ yếu cho quý vị. • Các mục được giới hạn ở những mục được cung cấp trong danh mục và tùy thuộc vào tình trạng sẵn có. • Có thể áp dụng định mức số lượng. • Không bao gồm dịch vụ lắp đặt. **Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau**	

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Bổ sung Thiết yếu (tiếp) **Khoản linh hoạt - Nha khoa, Thị lực, Thính lực[1]:** Khoản linh hoạt - Quyền lợi Nha khoa, Thị lực, Thính lực là thẻ tín dụng trả trước có thể được sử dụng để giảm chi phí tự trả hàng năm của quý vị cho bất kỳ dịch vụ nha khoa, thị lực và/hoặc thính lực nào như được mô tả trong các phần tương ứng của bảng này. Thẻ có thể được sử dụng để thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp dịch vụ nha khoa, thị lực hoặc thính lực cho bất kỳ chi phí tự trả nào mà quý vị phải chịu. Chương trình trả trước thẻ tín dụng bằng khoản trợ cấp. Quý vị chỉ có thể thanh toán cho các dịch vụ của chính mình và không thể chuyển đổi thẻ thành tiền mặt. Thủ thuật phẫu thuật thẩm mỹ không được bao trả trong quyền lợi này. Mọi khoản chưa sử dụng sẽ hết hạn vào cuối năm và không thể chuyển sang năm sau. **Tài khoản - Dịch vụ tiện ích[1]:** Khoản linh hoạt - Dịch vụ tiện ích là thẻ tín dụng trả trước với một khoản phụ cấp có thể được sử dụng để giảm chi phí tự trả của quý vị cho các tiện ích như khí tự nhiên/propan, điện, nước, cống thoát nước, băng thông rộng và cước phí di động. Thẻ có thể được sử dụng để trang trải các chi phí này từ bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ tiện ích nào chấp nhận thẻ tín dụng trả trước. Chương trình trả trước thẻ tín dụng bằng khoản trợ cấp. Quý vị chỉ có thể thanh toán cho các dịch vụ của chính mình và không thể chuyển đổi thẻ thành tiền mặt. Không được sử dụng thẻ để thiết lập cho các giao dịch định kỳ tự động. Mọi khoản chưa sử dụng sẽ hết hạn vào cuối tháng và không thể chuyển sang tháng sau. Nếu nhà cung cấp của quý vị không chấp nhận thẻ tín dụng trả trước để thanh toán hoặc trong trường hợp giao dịch thẻ không thành công, quý vị có thể gửi đơn yêu cầu hoàn tiền kèm theo bằng chứng thanh toán. Quý vị phải gửi yêu cầu hoàn tiền trong vòng 90 ngày kể từ ngày thanh toán. **Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau**	

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Bổ sung Thiết yếu (tiếp) **Thực phẩm lành mạnh[1]:** Thực phẩm lành mạnh cung cấp cho quý vị một khoản trợ cấp để mua các mặt hàng thực phẩm lành mạnh bằng thẻ quyền lợi tại các nhà bán lẻ tham gia chương trình. Không bao gồm một số mặt hàng như các sản phẩm thuốc lá và rượu. Mọi khoản chưa sử dụng sẽ hết hạn vào cuối tháng. Các khoản chưa sử dụng sẽ không được chuyển sang tháng tiếp theo. Đây là những cách để tiếp cận quyền lợi của quý vị: 1. Mua sắm trong cửa hàng 2. Đặt hàng trực tuyến 3. Gọi để đặt hàng Lưu ý: • Tất cả các Giao dịch mua phải được thực hiện thông qua các nhà bán lẻ được chương trình chấp thuận. • Sau khi dùng hết khoản trợ cấp hàng tháng, quý vị phải chịu trách nhiệm thanh toán chi phí cho các giao dịch mua hàng còn lại • Các đơn hàng được gửi qua thư và giới hạn mỗi tháng một đơn hàng và phải có giá ít nhất là $35. **Hỗ trợ tại nhà[1]:** Quyền lợi này cung cấp dịch vụ đồng hành và hỗ trợ với các hoạt động sinh hoạt hàng ngày độc lập như làm việc nhà, hỗ trợ đưa đón đến cuộc hẹn khám hoặc lấy các mặt hàng ở ngoài như cửa hàng tạp hóa hoặc thuốc men, v.v. Hỗ trợ tại nhà có thể được áp dụng cùng lúc với các quyền lợi hoặc chương trình chăm sóc khác để khuyến khích hội viên sống độc lập, giúp giảm cảm giác bị cô lập với xã hội và cải thiện tinh thần của họ. **Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau**	

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Bổ sung Thiết yếu (tiếp) Quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp được chương trình chấp thuận. **Dịch vụ chuyên chở[1]:** Quyền lợi này bao trả cho chuyến đi một chiều đến các địa điểm trong khu vực dịch vụ địa phương (60 dặm cho mỗi chuyến đi một chiều) khi nhận được các dịch vụ được chương trình bao trả. Quý vị có thể đến nhà thuốc sau cuộc hẹn với bác sĩ của mình để lấy đơn thuốc. Điều này sẽ không được tính là một chuyến đi riêng biệt. Khi quý vị lên lịch đón từ chuyến thăm khám, hãy nói với bên cung cấp rằng quý vị cần đến nhà thuốc. Yêu cầu nhà cung cấp/cơ sở gọi để mua đơn thuốc để quý vị phải chờ đợi ít hơn. Điểm dừng này sẽ không được tính là một chuyến đi riêng biệt. Quý vị phải sử dụng nhà cung cấp được phê duyệt của chương trình và đặt các chuyến đi trước 48 giờ. **Cách chọn quyền lợi Bổ sung Thiết yếu của quý vị.** Quý vị có thể chọn (các) lợi ích của mình thông qua cổng thông tin hội viên hoặc bằng cách liên hệ với Ban dịch vụ Hội viên. Để được bao trả cho các quyền lợi, quý vị phải sử dụng một nhà cung cấp đã được phê duyệt. Quý vị có thể thay đổi chọn lại một (1-) lần mỗi năm đối với lựa chọn ban đầu nếu chưa sử dụng bất kỳ phần nào trong (các) quyền lợi của mình và muốn chọn một tùy chọn khác. Quý vị sẽ nhận được thư xác nhận trong vòng 7 ngày làm việc kể từ khi chọn lại kèm theo các thông tin chi tiết về quyền lợi. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng liên hệ với Ban dịch vụ Hội viên. [1]Quyền lợi trong Thiết kế Bảo hiểm theo Giá trị	

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 thanh toán 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 ngừa thai, thuốc dán, hoặc vòng xoắn) • Các vật dụng kế hoạch hóa gia đình theo toa (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 • Cố vấn, xét nghiệm và điều trị bệnh nhiễm trùng qua đường tình dục (STI) • Tư vấn và xét nghiệm HIV và AIDS, và các bệnh khác liên quan đến HIV • Triệt sản (quý vị phải từ 21 tuổi trở lên mới được chọn phương pháp tránh thai này. Quý vị phải ký mẫu đồng ý triệt sản của liên bang ít nhất 30 ngày, nhưng không quá 180 ngày trước ngày triệt sản.) • Tư vấn về di truyền Chúng tôi cũng sẽ trả cho một số dịch vụ kế hoạch hóa gia đình khác. Tuy nhiên, quý vị phải khám với một nhà cung cấp dịch vụ trong mạng của chúng tôi cho các dịch vụ sau đây: • Điều trị các bệnh trạng vô sinh (Dịch vụ này không bao gồm những phương pháp thụ thai nhân tạo). • Điều trị AIDS và các bệnh khác liên quan đến HIV • Xét nghiệm gien di truyền	$0

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Các chương trình Tập thể dục **Thiết bị theo dõi thể hình** Thiết bị chăm sóc sức khỏe và sức khỏe toàn diện được thiết kế để thúc đẩy lối sống năng động tập trung vào hoạt động thể chất và trách nhiệm đối với kết quả sức khỏe với các hoạt động do máy theo dõi thể dục hỗ trợ. Giới hạn một thiết bị hai năm một lần. Hội viên phải lấy từ một nhà cung cấp đã ký hợp đồng. **Khoản linh hoạt - Dịch vụ thể dục năng động** Chương trình này trợ cấp $25.00 mỗi tháng để thanh toán phí tham gia các lớp/chương trình thể dục và giải trí từ các cơ sở thể dục như sân gôn, hồ bơi và sân tennis tính phí vào cửa. Các khoản chưa sử dụng sẽ được chuyển qua các tháng, nhưng không được chuyển sang năm tiếp theo. **SilverSneakers** SilverSneakers có thể giúp quý vị sống khỏe mạnh hơn, tích cực vận động hơn thông qua kết nối thể dục thể hình và xã hội. Quý vị được đài thọ một quyền lợi thể dục thể hình qua SilverSneakers tại các địa điểm tham gia. Quý vị được tiếp cận các giảng viên hướng dẫn các lớp học thể dục nhóm được thiết kế đặc biệt. Tại các địa điểm tham gia trên toàn quốc, quý vị có thể tham gia các lớp học và sử dụng thiết bị tập thể dục cũng như các tiện nghi khác. Ngoài ra, SilverSneakers FLEX® cho quý vị các lựa chọn để tích cực vận động bên ngoài các trung tâm thể hình truyền thống (như các trung tâm giải trí, trung tâm mua sắm và công viên). SilverSneakers cũng kết nối quý vị với một mạng lưới hỗ trợ và nguồn trợ giúp qua mạng thông qua SilverSneakers Live, SilverSneakers OnDemand™ và ứng dụng di động của chúng tôi, SilverSneakers GO™. **Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau**	$0

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Các chương trình Tập thể dục (tiếp) Bộ dụng cụ tại nhà cung cấp cho những hội viên muốn bắt đầu tập luyện tại nhà hoặc những người không thể đến địa điểm tập thể dục do chấn thương, bệnh tật hoặc không thể rời khỏi nhà. Để bắt đầu, quý vị chỉ cần có mã số SilverSneakers cá nhân của mình. Truy cập SilverSneakers.com để tìm hiểu thêm về quyền lợi của quý vị hoặc gọi 1-888-423-4632 (TTY: 711) thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ ET.	
	Các chương trình giáo dục y tế và sức khỏe Chúng tôi cung cấp nhiều chương trình tập trung vào một số tình trạng sức khỏe nào đó. Các chương trình này gồm có: • Các lớp giáo dục về sức khỏe; • Các lớp giáo dục về dinh dưỡng; • Hút thuốc lá và Cai thuốc lá; **và** • Đường dây nóng tư vấn Điều dưỡng • Khoản linh hoạt - Thể dục năng động xem các chương trình Thể dục để biết thêm chi tiết • Thiết bị theo dõi thể hình - xem các chương trình Thể dục để biết thêm chi tiết • Các chương trình Tập thể dục SilverSneakers® - xem các chương trình Thể dục để biết thêm chi tiết	$0

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Bữa ăn lành mạnh (Healthy Meals) Quý vị có thể đủ điều kiện tham gia chương trình bữa ăn để hỗ trợ quý vị duy trì chế độ ăn uống lành mạnh để hỗ trợ tình trạng bệnh hoặc nhu cầu dinh dưỡng. Quyền lợi này cung cấp tối đa 180 bữa ăn lành mạnh, chế biến sẵn được giao trực tiếp đến nhà của quý vị mỗi năm. Để hội đủ điều kiện nhanh nhất, nhà cung cấp của quý vị phù hợp nhất để yêu cầu điều này thay mặt quý vị. Ngoài ra, quý vị có thể liên hệ với Dịch vụ Khách hàng hoặc điều phối viên chăm sóc của quý vị và một đại diện sẽ giúp xác thực rằng quý vị đủ điều kiện nhận quyền lợi và sắp xếp để quý vị được liên hệ để hoàn thành đánh giá dinh dưỡng và lên lịch giao các bữa ăn của quý vị. Để chúng tôi có thể cung cấp quyền lợi bữa ăn cho quý vị, chúng tôi, hay một bên thứ ba thay mặt chúng tôi, có thể cần liên hệ với quý vị qua số điện thoại mà quý vị cung cấp để xác nhận chi tiết chuyển hàng và bất kỳ yêu cầu về dinh dưỡng nào. Lưu ý: Chúng tôi không thể bắt đầu quyền lợi của quý vị mà không nói chuyện với quý vị. Bằng cách yêu cầu quyền lợi này quý vị chỉ rõ cho phép chúng tôi liên lạc với quý vị qua điện thoại.	$0
	Dịch vụ thính giác Đánh giá cân bằng và thính giác chẩn đoán do nhà cung cấp của quý vị thực hiện để xác định quý vị có cần điều trị y tế không được đài thọ như là chăm sóc ngoại trú khi được cung cấp bởi một bác sĩ, chuyên gia thính học, hoặc một nhà cung cấp đủ khả năng chuyên môn khác. Đối với dịch vụ chăm sóc thính lực được Medicare đài thọ trong mạng lưới, quý vị phải sử dụng bác sĩ trong mạng lưới y tế chuyên khoa Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP). Quý vị có thể tìm chúng trong Danh mục Nhà cung cấp. Để tìm hiểu thêm, gọi số Ban Dịch vụ Hội viên ở bìa sau của tập sách này. **Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau**	$0

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Dịch vụ thính giác (tiếp) Hãy trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu và/hoặc giấy cho phép trước. Các dịch vụ bổ sung có thể được đài thọ theo các hướng dẫn và quyền lợi Medi-Cal của quý vị. Vui lòng liên hệ với Điều phối viên Chăm sóc của quý vị để biết thêm chi tiết. **Các dịch vụ trợ thính - Bổ sung** Chương trình này cung cấp bảo hiểm thính lực bổ sung không được Original Medicare đài thọ. Chương trình này bao gồm 1 lần khám thính lực định kỳ và trang bị thiết bị trợ thính / đánh giá mỗi năm. Phúc lợi chương trình tối đa $3,000.00 cho thiết bị trợ thính được kê đơn mỗi năm. Chương trình đã thương lượng mức giá và lựa chọn thông qua nhà cung cấp máy trợ thính của chúng tôi để cung cấp cho quý vị nhiều lựa chọn nhất. Quý vị phải chọn một thiết bị từ danh sách được đài thọ có sẵn thông qua nhà cung cấp máy trợ thính tham gia của chúng tôi. Máy trở thính có thể yêu cầu cho phép trước từ nhà cung cấp thính giác. Nếu hội viên chọn một thiết bị có pin không thể sạc lại, chương trình sẽ cung cấp pin trong 2 năm (tối đa 64 pin cho mỗi tai, mỗi năm). Hãy gọi điện đến Ban Dịch vụ Hội viên để tìm hiểu thêm. Sau khi chương trình đã trả quyền lợi cho các lần khám thính lực định kỳ hoặc máy trợ thính, quý vị chịu trách nhiệm cho chi phí còn lại. Các dịch vụ bổ sung có thể được đài thọ theo các hướng dẫn và quyền lợi Medi-Cal của quý vị. Vui lòng liên hệ với Điều phối viên Chăm sóc của quý vị để biết thêm chi tiết.	

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	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 trả tiền cho các dịch vụ tầm soát HIV bổ sung khi có đề xuất của nhà cung cấp của quý vị.	$0
	Chăm sóc tại một cơ sở y tế gia đình Trước khi quý vị có thể nhận được các dịch vụ sức khỏe 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 y tế chăm sóc tại nhà. Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau đây, và có thể cho các dịch vụ khác không được nêu tại đây: • Các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và dịch vụ người hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tại gia bán thời gian hoặc thỉnh thoảng (sẽ được bao trả theo quyền lợi chăm sóc sức khỏe tại nhà, dịch vụ điều dưỡng chuyên môn kết hợp với dịch vụ người hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tại nhà của quý vị tổng cộng phải ít hơn 8 giờ mỗi ngày và 35 giờ mỗi tuần.) • Liệu pháp vật lý, liệu pháp chức năng và liệu pháp âm ngữ • Các dịch vụ y tế và dịch vụ xã hội • Vật tư và thiết bị y tế	$0

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Liệu pháp tiêm truyền tại nhà Chương trình của chúng tôi 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 của chúng tôi sẽ bao trả 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 hội 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. Hãy trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu và/hoặc giấy cho phép trước.	$0 Dịch vụ Trị liệu Truyền dịch tại Nhà (HIT) chuyên nghiệp do một nhà cung cấp HIT có trình độ cung cấp tại nhà của bệnh nhân. $0 Thiết bị y tế lâu bền (DME) - bao gồm bơm truyền bên ngoài, các tiếp liệu liên quan, và (các) thuốc tiêm truyền cung cấp bởi một Nhà Cung cấp DME có hợp đồng.

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Chăm sóc cuối đời 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. Quý vị có thể nhận dịch vụ từ bất cứ chương trình chăm sóc cuối đời nào do Medicare chứng nhận. Chương trình phải giúp quý vị tìm được các chương trình chăm sóc giai đoạn cuối đời được Medicare chứng nhận. Bác sĩ chăm sóc cuối đời cho bệnh nhân giai đoạn cuối có thể là một nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Chương trình của chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau trong khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc cuối đời:. • Các thuốc để điều trị các triệu chứng và cơn đau • Chăm sóc tạm thời ngắn hạn • Chăm sóc tại nhà **Các dịch vụ chăm sóc cuối đời và dịch vụ được bao trả bởi Medicare Phần A hoặc B sẽ được ghi hóa đơn cho Medicare.** • Xem **Mục F** của chương này để biết thêm thông tin. **Đối với các dịch vụ được chương trình của chúng tôi bảo hiểm nhưng không được đài thọ bởi Medicare Phần A hoặc B:** • Chương trình của chúng tôi sẽ bao trả cho các dịch vụ không được bảo hiểm theo Medicare Phần A hoặc B. Chúng tôi sẽ bảo hiểm cho các dịch vụ này dù các dịch vụ đó có liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị hay không. Quý vị không phải trả tiền cho các dịch vụ này. **Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau**	$0

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Chăm sóc cuối đời (tiếp) **Đối với thuốc có thể được quyền lợi Medicare Phần D của chương trình chúng tôi bao trả:** • Thuốc sẽ không bao giờ được cả cơ sở chăm sóc giai đoạn cuối đời và chương trình bảo hiểm đồng thời. Tham khảo **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* để biết thêm thông tin. **Lưu ý:** Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc không phải là hồ sơ giai đoạn cuối đời, hãy liên lạc với điều phối viên chăm sóc 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. Chương trình chúng tôi bảo hiểm cho các dịch vụ tư vấn về chăm sóc giai đoạn cuối đời (chỉ một lần mà thôi) cho hội viên bị bệnh cuối đời chưa chọn quyền lợi chăm sóc giai đoạn cuối đời.	
🍎	**Tiêm phòng** Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau đây: • Vắc-xin viêm phổi • Tiêm phòng cúm, mỗi mùa cúm vào mùa thu và mùa đông, với các mũi tiêm phòng cúm bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế • Vắc-xin viêm gan B nếu quý vị có nguy cơ cao hoặc nguy cơ trung bình mắc bệnh viêm gan B • Vắc-xin COVID-19 • Các loại vắc-xin khác nếu quý vị có nguy cơ mắc bệnh và chúng đáp ứng các quy tắc bảo hiểm Medicare Phần B Chúng tôi sẽ thanh toán cho các vắc-xin khác, chẳng hạn vắc-xin Shingles, thỏa mãn các quy định về bảo hiểm của Medicare Phần D. Chúng tôi cũng thanh toán cho tất cả các loại vắc-xin cho người lớn theo khuyến nghị của Ủy ban Khuyến cáo về Tiêm chủng Thực hành (ACIP).	$0

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Dịch vụ 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: • Phòng bán cá nhân (hoặc một phòng cá nhân nếu cần thiết về mặt y tế) • Các bữa ăn, bao gồm chế độ 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 • Các vật dụng, ví dụ như xe lăn • Các dịch vụ thuộc phòng giải phẫu và hồi sức • Vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, và ngữ âm trị liệu • Các dịch vụ lạm dụng dược chất nội trú • Trong một số trường hợp, là các loại cấy ghép sau đây: giác mạc, thận, thận/tụy, tim, gan, phổi, tim/phổi, tủy xương, tế bào gốc, và ruột/đa nội tạng. **Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau**	$0 Quý vị phải được chương trình chấp thuận thì mới được tiếp tục nhận chăm sóc nội trú tại bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị đã được ổn định.

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Chăm sóc tại bệnh viện nội trú (tiếp) Nếu quý vị cần cấy ghép, một trung tâm cấy ghép được Medicare chấp thuận sẽ xem xét trường hợp của quý vị và quyết định xem quý vị có phải là ứng viên của một cuộc cấy ghép hay không. Các nhà cung cấp dịch vụ vận chuyển có thể ở tại địa phương hoặc bên ngoài vùng 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 chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ cấy ghép ở một nơi xa ngoài khu vực cung cấp dịch vụ và quý vị chọn cấy ghép tại đó, chúng tôi sẽ sắp xếp hoặc thanh toán cho các chi phí lưu trú và đi lại của quý vị và một người đi theo. • Máu, bao gồm việc lưu trữ và truyền máu • Dịch vụ của bác sĩ	
	Dịch vụ nội trú trong bệnh viện tâm thần 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 (IMD). Hãy trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu và/hoặc giấy cho phép trước.	$0

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả

	Nằm viện nội trú: Các dịch vụ tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) được bao trả trong trường hợp nội trú không được bao trả
	
	Chúng tôi sẽ không trả cho dịch vụ nằm viện nội trú của quý vị nếu không hợp lý và cần thiết về mặt y khoa.
	
	Tuy nhiên, trong một số trường hợp không được chăm sóc nội trú, chúng tôi vẫn có thể thanh toán cho các dịch vụ quý vị nhận được khi quý vị ở trong bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng. Để tìm hiểu thêm, liên lạc Ban Dịch vụ Hội viên.
	
	Chúng tôi sẽ 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
	• Kiểm tra để chẩn đoán, như xét nghiệm chẳng hạn
	• Chụp X-quang, liệu pháp radium và đồng vị, kể cả vật liệu và dịch vụ của kỹ thuật viên
	• 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 thay thế cho toàn bộ hoặc một phần của:
	  ○ Cơ quan nội tạng (kể cả mô kế cận), **hoặc**
	  ○ 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 quý vị
	• Vật lý trị liệu, ngữ âm trị liệu, và hoạt động trị liệu
		$0

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 Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau đây: • Các dịch vụ giáo dục về bệnh thận để dạy cách chăm sóc thận và giúp quý vị có quyết định sáng suốt về việc chăm sóc của mình. Quý vị phải bị bệnh thận kinh niên ở giai đoạn IV, và bác sĩ của quý vị phải giới thiệu quý vị. Chúng tôi sẽ bao trả cho tối đa sáu buổi dịch vụ giáo dục về bệnh thận. • Các điều trị chạy thận ngoại trú, bao gồm điều trị chạy thận khi tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ, như được giải thích trong **Chương 3** của *Sổ tay Hội viên*, hoặc khi nhà cung cấp của dịch vụ này tạm thời không thể sử dụng hoặc không thể liên lạc được. • Các điều trị chạy thận nội trú nếu quý vị được nhập viện như một bệnh nhân nội trú tại một bệnh viện để chăm sóc đặc biệt • Huấn luyện tự lọc thận, bao gồm việc huấn luyện cho quý vị và bất cứ ai giúp đỡ quý vị điều trị lọc thận tại nhà • Thiết bị và vật dụng chạy thận nhân tạo tại nhà • Các dịch vụ hỗ trợ tại nhà nào đó, như chuyến viếng thăm của nhân viên lọc thận đã được đào tạo để kiểm tra việc lọc thận tại nhà của quý vị, để giúp đỡ khi cấp cứu, và để kiểm tra thiết bị lọc thận và nguồn cung cấp nước của quý vị. Quyền lợi thuốc Medicare Phần B của quý vị sẽ thanh toán cho một số loại thuốc để thẩm tách thận. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem mục “thuốc theo toa Medicare Phần B” trong bảng này.	$0

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Tầm soát ung thư phổi Chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán cho tầm soát ung thư phổi mỗi 12 tháng nếu quý vị: • Từ tuổi 50-77, **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 khói thuốc nào hoặc đã bỏ hút thuốc trong 15 năm qua. Sau lần tầm soát đầu tiên, chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán cho một lần tầm soát nữa cho mỗi năm nếu có văn bản yêu cầu của bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ đủ điều kiện khác của quý vị.	$0
	Các Bữa Ăn - Sau Xuất Viện Sau khi quý vị được xuất viện từ bệnh nhân nội trú tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng có trình độ, quý vị có thể đủ điều kiện nhận các bữa ăn bổ dưỡng, nấu sẵn, đông lạnh được giao cho quý vị miễn phí. Sau khi ở lại qua đêm tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng có trình độ, quý vị có thể được liên lạc với chương trình hoặc một trong những đại diện của nó, để xem quý vị có muốn nhận phúc lợi này không. Ngoài ra, quý vị hoặc nhà cung cấp/điều phối viên chăm sóc có thể liên hệ với Ban Dịch vụ Hội viên sau khi quý vị xuất viện và một đại diện sẽ giúp xác thực rằng quý vị đủ điều kiện nhận phúc lợi và sắp xếp để quý vị được liên hệ để hoàn thành đánh giá dinh dưỡng và lên lịch giao các bữa ăn của quý vị. Để chúng tôi có thể cung cấp quyền lợi bữa ăn cho quý vị, chúng tôi, hay một bên thứ ba thay mặt chúng tôi, có thể cần liên hệ với quý vị qua số điện thoại mà quý vị cung cấp để xác nhận chi tiết chuyển hàng và bất kỳ yêu cầu về dinh dưỡng nào. Các dịch vụ bổ sung có thể được đài thọ theo các hướng dẫn và quyền lợi Medi-Cal của quý vị. Vui lòng liên hệ với Điều phối viên Chăm sóc của quý vị để biết thêm chi tiết.	$0 Lên đến 2 bữa mỗi ngày cho 7 ngày sau khi quý vị xuất viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF).

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 giới thiệu. 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. Chúng tôi có thể phê duyệt các dịch vụ bổ sung nếu cần thiết về mặt y khoa. Chúng tôi sẽ trả cho hai giờ tư vấn một lần - cho mỗi năm sau đó. Nếu bệnh trạng, điều trị hoặc chẩn đoán của quý vị thay đổi thì quý vị có thể nhận được thêm giờ điều trị khi có giấy giới thiệu của bác sĩ. Bác sĩ phải chỉ định cho sử dụng các dịch vụ này và gia hạn giấy giới thiệu mỗi năm nếu quý vị cần được điều trị trong năm theo lịch kế tiếp. Chúng tôi có thể phê duyệt các dịch vụ bổ sung nếu cần thiết về mặt y khoa.	$0
	Hỗ trợ về Nguồn trợ giúp Cộng đồng của Medicare Mặc dù các quyền lợi chương trình của quý vị được thiết kế để đài thọ cho những hạng mục Medicare sẽ đài thọ cũng như một số quyền lợi bổ sung như được mô tả trong mạng lưới này, quý vị có thể cần trợ giúp thêm. Với tư cách một hội viên, chương trình của quý vị cung cấp dịch vụ hỗ trợ của nhóm tiếp cận nguồn lực cộng đồng để giúp thu hẹp khoảng cách giữa quyền lợi y tế của quý vị và các nguồn lực có sẵn cho quý vị trong cộng đồng của quý vị. Nhóm Hỗ trợ Nguồn lực Cộng đồng Medicare sẽ hỗ trợ quý vị bằng cách cung cấp thông tin và giáo dục về các dịch vụ và chương trình hỗ trợ dựa trên cộng đồng trong khu vực của quý vị. Để truy cập quyền lợi này, hãy gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên và yêu cầu nhóm Hỗ trợ Nguồn lực Cộng đồng Medicare.	

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Chương trình Phòng ngừa Tiểu đường Medicare (MDPP) Chương trình chúng tôi thanh toán 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 theo toa Medicare Phần B Những thuốc này được đài thọ theo Phần B của Medicare. Chương trình chúng tôi thanh toán cho các thuốc sau:. • 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 loại thuốc quý vị sử dụng bằng các thiết bị y tế lâu bền (như máy xông khí dung) đã được chương trình cho phép • Yếu tố đông máu mà quý vị tự tiêm nếu quý vị bị mắc bệnh loãng máu • Thuốc ức chế miễn dịch, nếu quý vị đã được ghi danh trong Medicare Phần A khi cấy ghép nội tạng • Các loại thuốc loãng xương được tiêm. Chúng tôi sẽ trả cho các thuốc này nếu quý vị ở 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 • Các chất kháng nguyên • Một số thuốc chống ung thư dạng uống và thuốc chống buồn nôn **Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau**	$0

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Thuốc theo toa Medicare Phần B (tiếp) • 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 • Globulin miễn dịch tiêm tĩnh mạch dùng để điều trị tại nhà các bệnh về suy giảm miễn dịch tiên phát Chúng tôi sẽ bảo hiểm cho một số loại vắc-xin theo quyền lợi thuốc theo toa Medicare Phần B và Phần D của chúng tôi. **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* giải thích về các quyền lợi thuốc kê toa ngoại trú của chúng tôi. Phần này giải thích về các nguyên tắc quý vị phải tuân theo để được bao trả thuốc theo toa của mình. **Chương 6** của *Sổ tay Hội viên* giải thích quý vị sẽ phải trả như thế nào cho các thuốc theo toa ngoại trú qua chương trình của chúng tôi.	
	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 bao gồm, nhưng không giới hạn ở các dịch vụ sau đây: • Phòng nửa riêng nửa chung (hay một phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế) • Các bữa ăn, bao gồm chế độ ăn đặc biệt • Dịch vụ điều dưỡng • Liệu pháp vật lý, liệu pháp chức năng và liệu pháp âm ngữ • Trị liệu đường hô hấp **Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau**	$0

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng (tiếp) • Thuốc cung cấp cho quý vị theo kế hoạch chăm sóc của quý vị. (Những thuốc này gồm có những chất tự nhiên có sẵn trong cơ thể, như yếu tố đông máu). • Máu, bao gồm việc lưu trữ và truyền máu • Vật dụng y tế và giải phẫu thường do cơ sở điều dưỡng cung cấp • Xét nghiệm thường do cơ sở điều dưỡng sử dụng • Chụp X-quang và các dịch vụ phóng xạ khác thường do cơ sở điều dưỡng cung cấp • Việc sử dụng các đồ dùng khác, như xe lăn thường do cơ sở điều dưỡng cung cấp • Các dịch vụ của bác sĩ/bác sĩ thực hành • Thiết bị y tế lâu bền • Các dịch vụ nha khoa, kể cả hàm răng giả • Các quyền lợi về nhãn khoa • Khám thính giác • Chăm sóc bằng phương pháp nắn xương khớp • Các dịch vụ điều trị bệnh về 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 • Nhà điều dưỡng hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc tiếp theo mà quý vị đã sống tại đó ngay trước khi tới bệnh viện (với điều kiện họ có cung cấp dịch vụ chăm sóc của cơ sở điều dưỡng). • Cơ sở điều dưỡng mà vợ/chồng hoặc bạn cùng nhà của quý vị đang sống tại đó vào lúc quý vị rời bệnh viện.	

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
🍎	**Khám 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 chăm sóc chính của quý vị để tìm hiểu thêm.	$0
	Các dịch vụ của chương trình điều trị opioid (OTP) Chương trình chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau để điều trị rối loạn do sử dụng opioid (OUD): • Hoạt động tiếp nhận • Đánh giá định kỳ • Thuốc được chấp thuận bởi Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược Phẩm (FDA) và, nếu có thể, quản lý và cung cấp cho quý vị các loại thuốc này • Tư vấn về lạm dụng dược chất • Liệu pháp cá nhân và nhóm • Xét nghiệm thuốc hoặc hóa chất trong cơ thể quý vị (xét nghiệm độc tính) Hãy trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu và/hoặc giấy cho phép trước.	$0

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Theo dõi bệnh viện ngoại trú Dịch vụ theo dõi là các dịch vụ ngoại trú của bệnh viện được đưa ra để xác định xem quý vị có cần nhập viện như một bệnh nhân nội trú hay có thể được xuất viện hay không. Đối với các dịch vụ theo dõi bệnh viện ngoại trú được đài thọ, họ phải đáp ứng các tiêu chí của Medicare và được coi là hợp lý và cần thiết. Các dịch vụ theo dõi chỉ được bảo hiểm khi được cung cấp theo lệnh của bác sĩ hoặc cá nhân khác được ủy quyền bởi luật cấp phép của tiểu bang và nhân viên bệnh viện để đưa bệnh nhân đến bệnh viện hoặc yêu cầu xét nghiệm ngoại trú. **Lưu ý:** Trừ khi các nhà cung cấp viết yêu cầu để quý vị nhập viện là một bệnh nhân nội trú cho bệnh viện, quý vị là một bệnh nhân ngoại trú và phải trả những khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ bệnh viện ngoại trú. Thậm chí nếu qúy vị nằm viện qua đêm, quý vị vẫn có thể là một "bệnh nhân ngoại trú". Nếu quý vị không chắc chắn mình có phải bệnh nhân ngoại trú hay không, quý vị nên hỏi nhân viên bệnh viện. Quý vị cũng có thể tìm thấy những thông tin khác trong một tờ thông tin Medicare gọi là “Quý vị là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú? Nếu Quý vị Có Medicare – Hỏi!” Quý vị có thể xem tờ thông tin này trên trang web tại https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi các số này miễn cước, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Có thể yêu cầu cho phép trước.	$0

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Dịch vụ xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú, điều trị và đồ tiếp 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: • X-quang • Liệu pháp phóng xạ (radium và chất đồng vị), bao gồm vật liệu và trang thiết bị cho kỹ thuật viên • Các vật dụng giải phẫu, như băng bó • Băng nẹp, bó bột và các dụng cụ khác cho nứt xương và trật khớp • Xét nghiệm • Máu, bao gồm việc lưu trữ và truyền máu • Các thủ thuật kiểm tra chẩn đoán ngoại trú khác Hãy trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu và/hoặc giấy cho phép trước.	$0
	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.” **Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau**	$0

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Các dịch vụ bệnh viện ngoại trú (tiếp) ○ Quý vị có thể nhận thêm thông tin về nội trú hoặc ngoại trú trong tờ thông tin này: www.medicare.gov/media/11101 • 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 tầm soát để phòng ngừa và dịch vụ phòng ngừa được liệt kê trong toàn Bảng Quyền lợi. • Một số loại thuốc mà quý vị không thể tự cung cấp Hãy trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu và/hoặc giấy cho phép trước.	
	Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho bệnh nhân 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 • Cán sự xã hội lâm sàng • Chuyên gia điều dưỡng lâm sàng • Chuyên viên điều dưỡng **Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau**	$0

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho bệnh nhân ngoại trú (tiếp) • 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 sẽ 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 bán trú hoặc 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 Hãy trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu và/hoặc giấy cho phép trước.	

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, hoạt động trị liệu, và ngữ âm trị liệu. 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 chuyên viên trị liệu độc lập, cơ sở phục hồi bệnh nhân ngoại trú toàn diện (CORF) và các cơ sở khác. Hãy trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu và/hoặc giấy cho phép trước.	$0
	Các dịch vụ chăm sóc bệnh nhân ngoại trú lạm dụng chất kích thích Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau đây, và có thể cho các dịch vụ khác không được nêu tại đây: • Tầm soát và tư vấn về lạm dụng rượu • Điều trị lạm dụng dược chất • Tư vấn theo nhóm hoặc theo cá nhân của chuyên viên y tế hội đủ điều kiện • Giải độc bán cấp trong chương trình cai nghiện tại nhà • Các dịch vụ lạm dụng rượu và/hoặc dược chất tại trung tâm điều trị ngoại trú chuyên sâu • Điều trị bằng Naltrexone (vivitrol) phóng thích chậm Hãy trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu và/hoặc giấy cho phép trước.	$0

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Dịch vụ phẫu thuật bệnh nhân ngoại trú Chúng tôi sẽ trả tiền cho ca giải phẫu ngoại trú và các dịch vụ tại cơ sở ngoại trú của bệnh viện và trung tâm giải phẫu ngoại trú. Hãy trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu và/hoặc giấy cho phép trước.	$0
	Bảo hiểm Vật dụng không cần toa (OTC) Chương trình này bảo hiểm một số loại thuốc không cần toa, không kê đơn và các mục liên quan đến sức khỏe được phê duyệt, lên đến **$200 hàng quý.** Số tiền OTC không dùng hết không được chuyển sang quý tiếp. Số tiền OTC không dùng hết không được chuyển sang năm theo lịch tiếp theo. Các dịch vụ bổ sung có thể được đài thọ theo các hướng dẫn và quyền lợi Medi-Cal Rx của quý vị. Liên hệ với Điều phối viên Chăm sóc của quý vị để biết thêm chi tiết. Các mục không kê đơn (OTC) là các loại thuốc và các sản phẩm liên quan đến sức khỏe không cần đơn thuốc. Hơn 1,000 mục OTC được chương trình này chi trả, theo sự cho phép của Medicare. Các mục được đài thọ bao gồm: • Kem đánh răng • Thuốc nhỏ mắt • Thuốc xịt mũi • Vitamin • Viên ngậm trị đau họng • Thuốc giảm đau • Thuốc trị đau dạ dày **Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau**	$0

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Bảo hiểm bổ sung thuốc không kê toa (OTC) (tiếp) • Vật phẩm sơ cứu • Và hơn thế nữa... Khoảng 14 ngày làm việc sau khi ghi danh, quý vị sẽ nhận được một Tập Thông tin Chào mừng trong đó có thẻ quyền lợi của quý vị, catalog và thông tin về cách sử dụng quyền lợi, để quý vị có thể bắt đầu mua sắm các sản phẩm được đài thọ. Đây là những cách để tiếp cận quyền lợi của quý vị: 1. Đặt hàng trực tuyến thông qua web hoặc ứng dụng điện thoại thông minh để nhận tại cửa hàng hoặc giao hàng tận nhà. 2. Mua hàng tại các cửa hàng sử dụng thẻ quyền lợi OTC của quý vị tại hơn 4600 cửa hàng Walmart và các nhà bán lẻ tham gia khác. 3. Gọi để đặt hàng. Chọn các mặt hàng bằng cách mua sắm trực tuyến hoặc từ danh mục OTC. Chuẩn bị sẵn tên sản phẩm, số thẻ quyền lợi OTC và thông tin giao hàng. **Lưu ý:** Mua hàng được giới hạn trong số tiền đô la quyền lợi có sẵn. Sau khi chương trình đã trả quyền lợi OTC, quý vị chịu trách nhiệm cho chi phí còn lại. Đơn đặt hàng được gửi qua thư được giới hạn một đơn hàng mỗi quý. Không có giới hạn về số lượng mua hàng tại cửa hàng ngoài khoản phụ cấp hàng quý tối đa. Các khoản chưa sử dụng sẽ được chuyển sang quý tiếp theo, nhưng không chuyển sang năm tiếp theo. Tất cả các đơn hàng phải được thực hiện thông qua các nhà bán lẻ được chương trình phê duyệt, hoặc mua tại một cửa hàng bán lẻ tham gia. Tên thương hiệu cụ thể có thể không có sẵn và số lượng có thể bị giới hạn hoặc hạn chế. Vui lòng liên lạc với Hội viên hoặc điều phối viên chăm sóc của quý vị nếu quý vị có thắc mắc về quyền lợi này.	

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	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. **Lưu ý:** Vì không có trung tâm sức khỏe cộng đồng nào trong mạng lưới của chúng tôi, chúng tôi chỉ bao trả cho dịch vụ nhập viện bán trú tại dịch vụ ngoại trú của bệnh viện. Hãy trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin giấy giới thiệu và/hoặc giấy cho phép trước.	$0
	Hệ thống Ứng cứu Cá nhân Khẩn cấp (PERS) Bao trả cho một hệ thống ứng cứu cá nhân khẩn cấp và giám sát hàng tháng tại nhà của hội viên khi được Chương trình sắp xếp với một bên cung cấp có hợp đồng. Phúc lợi Hệ thống Ứng cứu Cá nhân Khẩn cấp cung cấp thiết bị tại nhà để thông báo cho nhân viên phù hợp về trường hợp cấp cứu (ví dụ rơi ngã). Hãy gọi ban Dịch Vụ Hội viên để biết thêm thông tin hoặc để yêu cầu đơn vị.	$0
	Các dịch vụ khám bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm đến khám tại phòng khám bác sĩ Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau đây: • Dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết về mặt y khoa 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 **Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau**	$0

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) • Tham vấn, chẩn đoán và điều trị bởi một bác sĩ chuyên khoa • Các lần kiểm tra thính giác và cân bằng cơ bản do nhà cung cấp chăm sóc chính ***hoặc*** bác sĩ chuyên khoa cung cấp, nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu điều đó để xem quý vị có cần điều trị hay không • 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 hội viên ở một số vùng nông thôn hoặc các nơi khác đã được Medicare chấp thuận. ○ Quý vị có tùy chọn nhận các dịch vụ này thông qua lần thăm trực tiếp hoặc thông qua dịch vụ khám từ xa. Nếu quý vị chọn nhận một trong những dịch vụ này bằng dịch vụ sức khỏe từ xa, quý vị phải sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới cung cấp dịch vụ qua dịch vụ sức khỏe từ xa. • 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 hội viên ở một số vùng nông thôn hoặc các nơi khác đã được Medicare chấp thuận • Dịch vụ sức khỏe từ xa cho các lần thăm khám liên quan đến bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD) hàng tháng cho các hội viên chạy thận tại nhà trong một trung tâm lọc thận tại bệnh viện hoặc đến bệnh viện, cơ sở lọc thận hoặc tại nhà • Dịch vụ sức khỏe từ xa chẩn đoán, đánh giá hoặc điều trị các triệu chứng của đột quỵ • Dịch vụ sức khỏe từ xa dành cho các hội viên bị rối loạn do sử dụng chất kích thích hoặc rối loạn sức khỏe tâm thần đồng thời **Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau**	

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 sức khỏe từ xa sẽ chẩn đoán, đánh giá hoặc điều trị rối loạn sức khỏe tâm thần nếu: ○ Quý vị có cuộc thăm khám trực tiếp trong vòng 6 tháng trước lần khám sức khỏe từ xa đầu tiên ○ Quý vị được 1 lần thăm khám trực tiếp mỗi 12 tháng trong khi nhận các dịch vụ từ xa này ○ Có thể có ngoại lệ đối với một số trường hợp nhất định • Các dịch vụ sức khỏe từ xa để thăm khám sức khỏe tâm thần do Phòng khám Sức khỏe Nông thôn và Trung tâm Sức khỏe đạt Tiêu chuẩn Liên bang cung cấp. • Đăng ký ảo (ví dụ: qua điện thoại hoặc trò chuyện video) với bác sĩ của quý vị trong 5-10 phút **nếu** ○ Quý vị không phải bệnh nhân mới **và** ○ Lần kiểm tra tình hình không liên quan đến một chuyến thăm khám tại văn phòng trong 7 ngày qua **và** ○ Đăng ký không dẫn đến lần thăm khám tại phòng khám trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn sớm nhất • 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 bệnh nhân mới **và** ○ Lần đánh giá không liên quan đến một chuyến thăm khám tại văn phòng trong 7 ngày qua **và** ○ Đánh giá không dẫn đến lần thăm khám tại phòng khám trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn sớm nhất **Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau**	

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) • 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 bao trả 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 bảo hiểm khi được một bác sĩ cung cấp	
	Các dịch vụ điều trị bệnh về chân Chúng tôi sẽ thanh toán 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 thường xuyên cho các hội 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

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Các dịch vụ điều trị bệnh về chân (tiếp) **Dịch vụ điều trị bệnh chân - Bổ sung** Chương trình này đài thọ các quyền lợi chăm sóc chân bổ sung không được Original Medicare đài thọ: Loại bỏ hoặc cắt vết chai và chai chân; cắt tỉa móng tay chân và vệ sinh và phòng ngừa khác trong trường hợp không có bệnh cục bộ, chấn thương hoặc các triệu chứng liên quan đến bàn chân. Có thể yêu cầu cho phép trước	
	Các kiểm tra tầm soát ung thư tuyến tiền liệt Với phái nam từ 50 tuổi trở lên, chúng tôi sẽ trả tiền cho các dịch vụ sau đây một lần trong mỗi 12 tháng: • Khám trực tràng bằng phương pháp kỹ thuật số • Xét nghiệm kháng nguyên tuyến tiền liệt (PSA)	$0
	Thiết bị bộ phận cơ thể giả và vật tư liên quan Bộ phận giả thay thế cho toàn bộ hoặc một phần của một bộ phận hay chức năng của cơ thể. Chúng tôi trả tiền cho các bộ phận giả sau đây, và có thể chi trả cho các bộ phận khác không được nêu tại đây: • Túi hậu môn giả và vật dụng liên quan đến việc chăm sóc hậu môn giả • Dinh dưỡng qua đường ruột và đường tiêm, bao gồm bộ dụng cụ cung cấp thức ăn, bơm tiêm truyền, ống và bộ chuyển đổi, giải pháp và vật tư để tự tiêm • Máy tạo nhịp tim **Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau**	$0

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) • Giằng chống • Giày 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 sẽ trả cho một số vật dụng nào đó liên quan đến các bộ phận giả. Chúng tôi cũng sẽ trả cho việc sửa chữa hoặc thay thế bộ phận giả. Chúng tôi cũng cung cấp một số bảo hiểm nào đó sau phẫu thuật lấy thủy tinh thể đục hoặc phẫu thuật đục thủy tinh thể. Xem "Chăm sóc Nhãn khoa" sau đây trong bảng này để biết chi tiết.	
	Dịch vụ phục hồi chức năng phổi Chúng tôi sẽ trả tiền cho các chương trình phục hồi chức năng phổi cho hội viên bị bệnh phổi tắc nghẽn kinh niên (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.	$0

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Khám sàng lọc và tư vấn bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (STI) Chúng tôi sẽ thanh toán cho việc tầm soát bệnh chlamydia, lậu (gonorrhea), giang mai (syphilis), và viêm gan B. Các dịch vụ tầm soát này được bao trả 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 bao trả 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
	Chăm sóc tại Cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) Chúng tôi sẽ 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 • Các bữa ăn, bao gồm chế độ ăn đặc biệt • Dịch vụ điều dưỡng • Liệu pháp vật lý, liệu pháp chức năng và liệu pháp âm ngữ • Thuốc quý vị nhận theo kế hoạch chăm sóc, kể cả những chất có sẵn tự nhiên trong cơ thể, như yếu tố đông máu. • Máu, bao gồm việc lưu trữ và truyền máu **Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau**	$0

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) (tiếp) • 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 • Nhà điều dưỡng 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) • Cơ sở điều dưỡng mà vợ/chồng hoặc bạn cùng nhà của quý vị đang sống tại đó vào lúc quý vị rời bệnh viện	

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Liệu pháp Tập thể dục được Giám sát (SET) Chúng tôi sẽ thanh toán SET cho các hội viên mắc bệnh động mạch ngoại vi có triệu chứng (PAD), người có giới thiệu PAD từ bác sĩ chịu trách nhiệm điều trị PAD. Chương trình chúng tôi trả tiền: • Lên đến 36 phiên trong khoảng thời gian 12 tuần nếu tất cả các yêu cầu SET được đáp ứng • Thêm 36 phiên theo thời gian nếu được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe coi là cần thiết về mặt y tế • Chương trình SET phải là: • Các phiên 30 đến 60 phút của một chương trình rèn luyện tập thể dục trị liệu cho PAD ở các hội viên bị chuột rút chân do lưu lượng máu kém (tình trạng khập khiễng) • Ở bệnh viện ngoại trú hoặc tại phòng khám bác sĩ • Thực hiện bởi nhân viên đủ trình độ đảm bảo lợi ích nhiều hơn nguy hại và được đào tạo về liệu pháp tập thể dục cho PAD • Dưới sự giám sát trực tiếp của bác sĩ, trợ lý bác sĩ, hoặc chuyên viên điều dưỡng/chuyên viên điều dưỡng lâm sàng được đào tạo về cả kỹ thuật hỗ trợ cuộc sống cơ bản và nâng cao	$0
	Chuyên chở: Vận chuyển y tế không phải là cấp cứu Quyền lợi này cho phép được vận chuyển theo cách thức có hiệu quả nhất về mặt chi phí nhưng phải có thể tiếp cận được. Quyền lợi này có thể bao gồm: các dịch vụ vận chuyển y tế bằng phương tiện vận chuyển cấp cứu (ambulance), xe có cáng (litter van), hoặc xe có đường cho xe lăn lên xuống (wheelchair van), và kết hợp với phương tiện giao thông của cộng đồng. **Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau**	$0

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Chuyên chở: Vận chuyển y tế không phải là cấp cứu (tiếp) 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** Tùy theo dịch vụ, có thể cần phải xin cấp giấy phép trước.	
	Chuyên chở: 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. Việc vận chuyển là cần thiết cho mục đích nhận dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết, bao gồm đi lại đến các cuộc hẹn nha khoa và lấy thuốc kê đơn. Quyền lợi này không giới hạn quyền lợi vận chuyển y tế không phải là cấp cứu của quý vị.	$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 có thể sử dụng các nhà cung cấp ngoài mạng lưới khi quý vị không thể đến nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới (ví dụ khi quý vị ở bên ngoài vùng dịch vụ của chương trình hoặc vào cuối tuần).	$0

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Thăm khám bác sĩ qua video LiveHealth Online cho phép quý vị thăm khám các bác sĩ được hội đồng chứng nhận và các chuyên gia trị liệu/nhà 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 bao trả sức khỏe của mình – quý vị sẽ cần nó để trả lời một số câu hỏi. **Đăng ký miễn phí:** Quý vị phải nhập thông tin bảo hiểm sức khỏe của quý vị trong quá trình ghi danh, vì vậy chuẩn bị thẻ ID Hội viên khi quý vị đăng ký. Quyền lợi thăm khám bác sĩ qua video: 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, đau mắt đỏ và hơn thế nữa. Bác sĩ có thể gửi đơn thuốc đến nhà thuốc quý vị chọn, nếu cần. Nếu quý vị cảm thấy căng thẳng, lo lắng hoặc gặp khó khăn, quý vị có thể hẹn gặp một nhà trị liệu hoặc nhà tâm lý học được cấp phép từ nhà hoặc trên đường. Trong hầu hết các trường hợp, quý vị có thể đặt một cuộc hẹn và gặp bác sĩ trị liệu hoặc nhà tâm lý học trong bốn ngày hoặc ít hơn. 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 biệt cung cấp dịch vụ khám sức khỏe từ xa thay mặt cho chương trình này.	$0

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Chăm sóc nhãn khoa Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau đây: • Một cuộc khám mắt thường lệ mỗi năm **và** • Tối đa $100 cho kính mắt (gọng và mắt kính) hoặc tối đa $100 cho kính áp tròng mỗi hai năm. Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ của bác sĩ ngoại trú về chẩn đoán và điều trị các bệnh và tổn thương của mắt. Ví dụ, các dịch vụ này bao gồm cả việc khám mắt hàng năm cho những người bị bệnh màng lưới vì tiểu đường và điều trị thoái hóa hoàng điểm ở người cao niên. Với người có nguy cơ cao bị cao nhãn áp, chúng tôi sẽ thanh toán cho một lần tầm soát cao nhãn áp mỗi năm. Người có nguy cơ cao bị cao nhãn áp gồm có: • Người có tiền sử gia đình bị cao nhãn áp • Người bị tiểu đường • Người Mỹ gốc Phi từ 50 tuổi trở lên • Người Mỹ gốc Tây Ban Nha từ 65 tuổi trở lên 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. **Thị lực - Bổ sung** Chương trình này đài thọ tối đa $300.00 cho kính mắt hoặc kính áp tròng mỗi năm. **Quyền lợi này vẫn tiếp tục ở trang sau**	$0

Các dịch vụ được chương trình chúng tôi trả tiền		Những gì quý vị phải trả
	Chăm sóc nhãn khoa (tiếp) Chúng tôi bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc nhãn khoa nhiều hơn những gì Medicare đài thọ, nhưng quý vị phải sử dụng bác sĩ trong mạng lưới nhãn khoa của chúng tôi. Các dịch vụ bổ sung có thể được đài thọ theo các hướng dẫn và quyền lợi Medi-Cal của quý vị. Vui lòng liên hệ với Điều phối viên Chăm sóc của quý vị để biết thêm chi tiết.	
🍎	**Thăm khám phòng ngừa "Chào mừng đến Medicare"** Chúng tôi bao trả một lần cho thăm khám phòng ngừa "Chào mừng đến Medicare". Chuyến thăm khám này bao gồm: • Kiểm tra lại sức khỏe của quý vị, • Giáo dục và tư vấn về các dịch vụ phòng bệnh mà quý vị cần (kể cả tầm soát và chích ngừa), **và** • Giới thiệu đến nơi chăm sóc khác nếu quý vị cần. **Lưu ý:** Chúng tôi bao trả cho cuộc thăm khám phòng bệnh "Chào mừng đến với Medicare" chỉ trong thời gian 12 tháng đầu tiên quý vị có Medicare Phần B. Khi quý vị hẹn thăm khám, hãy nói với văn phòng của bác sĩ quý vị rằng quý vị muốn lên lịch cho cuộc thăm khám "Chào mừng đến với Medicare" của quý vị.	$0

E. Các quyền lợi được bao trả bên ngoài chương trình của chúng tôi

Chúng tôi không bao trả cho các dịch vụ sau đây, nhưng chúng có trong dịch vụ trả phí Original Medicare hoặc Medi-Cal.

E1. Chương trình chuyển về cộng đồng của California (CCT)

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

Quý vị có thể nhận dịch vụ điều phối trước khi chuyển về nhà của bất kỳ Tổ chức Điều hành nào thuộc CCT phục vụ trong quận quý vị ở. Quý vị có thể tìm đọc danh sách các Tổ chức Điều hành CCT và những quận mà họ phục vụ trên trang mạng của Bộ Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe 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 lập hóa đơn cho chúng tôi cho các dịch vụ của quý vị. Chương trình chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ 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, sẽ thanh toán cho các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền lợi tại **Mục D**.

Không có thay đổi nào trong quyền lợi bao trả thuốc

Chương trình CCT **không** bao trả thuốc. Quý vị sẽ tiếp tục nhận quyền lợi thuốc thông thường của minh qua chương trình của chúng tôi. Tham khảo **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* để biết thêm thông tin.

Lưu ý: Nếu quý vị cần dịch vụ chuyển không thuộc CCT, hãy liên lạc với điều phối viên chăm sóc của quý vị để sắp xếp cho các dịch vụ này. Dịch vụ chuyển không thuộc CCT là dịch vụ chăm sóc không liên quan đến việc chuyển về từ một cơ sở của quý vị.

E2. Chương trình nha khoa Medi-Cal

Một số dịch vụ nha khoa nhất định được cung cấp qua Chương trình Nha khoa Medi-Cal; bao gồm nhưng không giới hạn ở các dịch vụ như:

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

Quyền lợi nha khoa có trong chương trình Nha khoa Medi-Cal trả phí theo dịch vụ. Để tìm hiểu thêm, hoặc nếu quý vị cần trợ giúp tìm nha sĩ chấp nhận Chương trình Nha khoa Medi-Cal, 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 này miễn phí. Nhân viên đại diện của Chương trình Dịch vụ Nha khoa Medi-Cal có mặt để trợ giúp quý vị từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Quý vị cũng có thể xem trên trang mạng tại dental.dhcs.ca.gov/ để tìm hiểu thêm.

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

Lưu ý: Chương trình của chúng tôi cung cấp các dịch vụ nha khoa khác. Tham khảo Bảng Quyền Lợi trong **Mục D** để biết thêm chi tiết.

E3. Chăm sóc cuối đời

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. Quý vị có thể nhận dịch vụ từ bất cứ chương trình chăm sóc cuối đời nào do Medicare chứng nhận. Chương trình phải giúp quý vị tìm được các chương trình chăm sóc giai đoạn cuối đời được Medicare chứng nhận. Bác sĩ chăm sóc cuối đời cho bệnh nhân giai đoạn cuối có thể là một nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc một nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Xem Bảng Quyền lợi trong **Mục D** để biết thêm thông tin về những gì 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 bao trả 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 giai đoạn cuối đời lập hóa đơn cho Medicare cho các dịch vụ của quý vị. Medicare thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời khi mắc bệnh giai đoạn cuối. Quý vị không phải trả tiền cho các dịch vụ này.

Đối với các dịch vụ được bao trả bởi Medicare Phần A hoặc B không liên quan đến tiên 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 sẽ lập hóa đơn cho Medicare cho các dịch vụ của quý vị. Medicare sẽ trả tiền cho các dịch vụ được bao trả theo Medicare Phần A hoặc B. Quý vị không phải trả tiền cho các dịch vụ này.

Đối với thuốc có thể được quyền lợi Medicare Phần D của chương trình chúng tôi bao trả

- Thuốc sẽ không bao giờ được cả cơ sở chăm sóc giai đoạn cuối đời và chương trình bao trả đồng thời. Tham khảo **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* để biết thêm thông tin.

Lưu ý: Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc không phải là hồ sơ giai đoạn cuối đời, hãy liên lạc với điều phối viên chăm sóc của quý vị để sắp xếp cho các dịch vụ này. Chăm sóc không phải cuối đời là chăm sóc không liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị.

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

Mục này cho quý vị biết về các quyền lợi không nằm trong chương trình của chúng tôi. Loại trừ có nghĩa là chúng tôi không thanh toán cho các quyền lợi đó. Medicare và Medi-Cal cũng không chi trả cho các quyền lợi này.

Danh sách sau đây sẽ cho biết một số các dịch vụ và khoản mục không được chúng tôi bao trả 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 bao trả có liệt kê trong mục này (hoặc bất cứ nơi nào khác trong *Sổ tay Hội viên* này), trừ những trường hợp cụ thể đã liệt kê. Ngay cả nếu quý vị nhận các dịch vụ đó tại một cơ sở cấp cứu, chương trình sẽ không thanh toán cho các dịch vụ đó. Nếu quý vị nghĩ rằng chương trình của chúng tôi phải thanh toán cho một dịch vụ mà không được bao trả, quý có quyền yêu cầu kháng cáo. Để biết thông tin về kháng nghị, hãy tham khảo **Chương 9** của Sổ tay Hội viên của quý vị.

Ngoài bất kỳ trường hợp loại trừ hoặc hạn chế nào nêu trong Bảng Quyền lợi, chương trình của chúng tôi không bao trả cho các khoản mục và dịch vụ sau đây:

- Các dịch vụ được coi là không "hợp lý và cần thiết về mặt y tế" 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 bao trả.
- Việc điều trị y tế và phẫu thuật thử nghiệm, các khoản mục và thuốc men, trừ khi được Medicare, nghiên cứu lâm sàng được Medicare chấp thuận hay chương trình của chúng tôi bao trả. Xem **Chương 3** của *Sổ tay Hội viên* để biết thêm thông tin về các nghiên cứu lâm sàng của chúng tôi. Các điều trị và các vật dụng mang tính thử nghiệm là những thứ thông thường chưa được cộng đồng y khoa chấp nhận.
- Phẫu thuật điều trị bệnh béo phì, trừ khi cần thiết về mặt y tế và Medicare sẽ thanh toán cho dịch vụ này.
- 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 quý vị.
- Các khoản phí được tính bởi người thân hoặc Hội viên trong 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 bằng phương pháp nắn xương khớp, ngoài việc nắn cột sống bằng tay theo hướng dẫn bao trả.
- Giày chỉnh hình, trừ khi đó là giày kết hợp nẹp chân và được bao gồm trong chi phí nẹp hoặc giày dành cho người mắc bệnh về chân do tiểu đường.
- Các thiết bị hỗ trợ bàn chân, ngoại trừ giày chỉnh hình hoặc giày trị liệu dành cho người mắc bệnh về chân do tiểu đường.

- 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 Bộ Cựu Quân nhân Hoa Kỳ (VA). Tuy nhiên, khi một cựu quân nhân nhận dịch vụ cấp cứu tại một bệnh viện của VA và phần phụ trả chi phí cao hơn phần phụ trả chi phí trong chương trình chúng tôi, chúng tôi sẽ trả lại cho cựu quân nhân này khoản chênh lệch. Quý vị vẫn phải chịu trách nhiệm trả các khoản chi phí của quý vị.

Chương 5: Nhận thuốc theo toa cho bệnh nhân ngoại trú

Giới thiệu

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

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

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

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

1. Quý vị phải nhờ một bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác viết toa thuốc của quý vị theo luật tiểu bang hiện hành. 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. Người kê toa của quý vị **không** được nằm trong Danh sách Loại trừ của Medicare hoặc bất kỳ danh sách tương tự nào của Medicaid, Danh sách Loại trừ Medicaid của Tiểu bang và Danh sách cấm của tiểu bang hoặc bất kỳ danh sách Medicaid nào tương tự của Tiểu bang.
3. Thông thường quý vị phải sử dụng một hiệu thuốc trong mạng lưới để lấy thuốc kê toa của mình.

4. Thuốc kê toa của quý vị phải có trong *Danh Mục Thuốc Được Bao Trả* 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 bao trả nó bằng cách cho quý vị hưởng ngoại lệ.
   - Xem Chương 9 để tìm hiểu về việc xin hưởng ngoại lệ.
   - Ngoài ra, xin lưu ý rằng yêu cầu bao trả cho loại thuốc kê toa của quý vị sẽ được đánh giá theo cả tiêu chuẩn của Medicare và Medi-Cal.

5. Thuốc của quý vị phải được dùng cho các chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. Điều này có nghĩa là việc sử dụng thuốc phải được phê duyệt bởi Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA) hoặc được hỗ trợ bởi các tài liệu tham khảo y tế nhất định. Bác sĩ của quý vị có thể giúp quý vị xác định các tư liệu y tế để hỗ trợ sử dụng thuốc theo yêu cầu.

Mục lục

A. Mua thuốc theo toa của quý vị 131

A1. Mua thuốc theo toa của quý vị tại nhà thuốc trong mạng lưới 131

A2. Sử dụng thẻ ID chương trình khi quý vị mua thuốc theo toa 131

A3. Phải làm gì nếu quý vị muốn thay đổi nhà thuốc trong mạng lưới 131

A4. Cần phải làm gì nếu nhà thuốc của quý vị rời khỏi mạng lưới 132

A5.Sử dụng nhà thuốc chuyên khoa 132

A6. Sử dụng dịch vụ đặt mua qua bưu điện để mua thuốc 133

A7. Mua một lượng cấp của thuốc để sử dụng lâu dài 135

A8. Sử dụng nhà thuốc không nằm trong mạng lưới chương trình của chúng tôi 135

A9. Hoàn tiền thuốc theo toa 136

B. Danh sách thuốc trong chương trình của chúng tôi 136

B1. Các thuốc trong Danh sách Thuốc 137

B2. Làm sao để tìm một loại thuốc ở trong Danh sách Thuốc 137

B3. Các thuốc không có trong Danh sách Thuốc....138

B4. Bậc Danh sách Thuốc....139

C. Giới hạn về một số thuốc....139

D. Lý do thuốc của quý vị có thể sẽ không được bao trả....141

D1. Nhận một lượng tạm thời....141

E. Thay đổi bảo hiểm về các loại thuốc của quý vị....143

F. Bảo hiểm thuốc trong những trường hợp đặc biệt....146

F1. Nằm viện hoặc ở trong cơ sở điều dưỡng chuyên môn được chương trình của chúng tôi bao trả....146

F2. Trong một cơ sở chăm sóc lâu dài....146

F3. Trong chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận....146

G. Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc....147

G1. Các chương trình giúp quý vị sử dụng thuốc an toàn....147

G2. Các chương trình giúp quý vị quản lý thuốc....148

G3. Chương trình quản lý thuốc để sử dụng thuốc opioid an toàn....149

A. Mua thuốc theo toa của quý vị

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

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

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

A2. Sử dụng thẻ ID chương trình khi quý vị mua thuốc theo toa

Để mua thuốc, quý vị phải **xuất trình thẻ ID chương trình của quý vị** cho nhà thuốc trong mạng của quý vị xem. Nhà thuốc trong mạng lưới sẽ ghi hóa đơn cho chúng tôi đối với các loại thuốc theo toa được Medicare Phần D bao trả. Quý vị có thể phải trả cho nhà thuốc tiền đồng trả khi quý vị nhận thuốc theo toa của quý vị.

Hãy nhớ rằng, quý vị cần thẻ Medi-Cal hoặc Thẻ Nhận dạng Quyền lợi (BIC) để nhận các loại thuốc theo toa được Medi-Cal Rx bao trả.

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

Nếu nhà thuốc đó không tìm được thông tin cần thiết, quý vị có thể sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí của thuốc theo toa đó khi quý vị mua, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn tiền.

Nếu quý vị không thể trả tiền mua thuốc, luật tiểu bang và liên bang cho phép hiệu thuốc cấp thuốc cần thiết cho quý vị trong trường hợp khẩn cấp không dưới 72 giờ. Liên hệ Ban Dịch Vụ Hội Viên ngay. Chúng tôi sẽ làm mọi việc có thể để hỗ trợ.

- Để yêu cầu hoàn tiền, hãy tham khảo **Chương 7** của *Sổ tay Hội viên*.
- Nếu cần trợ giúp trong việc mua thuốc theo toa, quý vị có thể liên hệ với Dịch vụ Hội viên hoặc điều phối viên chăm sóc của quý vị.

A3. Phải làm gì nếu quý vị muốn thay đổi nhà thuốc trong mạng lưới

Nếu cần trợ giúp trong việc chuyển nhà thuốc trong mạng lưới của quý vị, hãy 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 nhà thuốc mới trong mạng lưới, hãy xem *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc*, vào trang mạng của chúng tôi, hoặc liên hệ với Ban Dịch vụ Hội viên..

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 truyền thuốc tại nhà. Chương trình của chúng tôi sẽ bao trả liệu pháp tiêm truyền tại nhà nếu:
    - Thuốc theo toa của quý vị nằm trong danh mục thuốc của chương trình hoặc một ngoại lệ về danh mục thuốc đã được cấp cho thuốc theo toa của quý vị.
    - Thuốc kê toa của quý vị sẽ không được bao trả theo quyền lợi y tế của chương trình hoặc Medi-Cal Rx.
    - Chương trình của chúng tôi đã chấp thuận thuốc của quý vị cho liệu pháp tiêm truyền tại gia.
    - Đơn thuốc của quý vị được lập bởi một người kê toa được ủy quyền
- Nhà thuốc cung cấp các loại thuốc cho người cư trú tại cơ sở chăm sóc lâu dài, như nhà điều dưỡng chẳng hạn.
    - Thường các cơ sở chăm sóc lâu dài có sẵn nhà thuốc riêng của họ. Nếu quý vị là người cư trú tại một cơ sở chăm sóc lâu dài, chúng tôi bảo đảm quý vị có thể nhận thuốc quý vị cần tại nhà thuốc của cơ sở đó.
    - Nếu nhà thuốc của cơ sở chăm sóc lâu dài của quý vị không nằm trong mạng lưới của chúng tôi, hoặc nếu quý vị gặp bất kỳ khó khăn gì đối với phúc lợi thuốc của quý vị trong một cơ sở chăm sóc lâu dài, xin liên lạc với Ban Phục vụ Hội viên.
- Nhà thuốc phục vụ cho Dịch vụ Y tế của Người Mỹ Bản địa/Chương trình Sức khỏe của Người Mỹ Bản địa/Bộ lạc/Đô thị. Trừ trường hợp cấp cứu, chỉ có Người Mỹ Bản địa hoặc Alaska Bản địa mới được sử dụng các nhà thuốc này.
- Các nhà thuốc phân phối những thuốc bị FDA cấm ở một số địa điểm nhất định hoặc yêu cầu xử lý đặc biệt, sự phối hợp hoặc hướng dẫn của nhà cung cấp về việc sử dụng các thuốc đó. (Lưu ý: Trường hợp này hiếm khi xảy ra.)

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

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

Đối với một số loại thuốc nhất định, quý vị có thể sử dụng các dịch vụ đặt hàng qua 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 mãn tính hoặc phải điều trị lâu dài.

Dịch vụ đặt hàng qua bưu điện của chúng tôi yêu cầu quý vị đặt hàng lượng thuốc dùng trong tối thiểu 30 ngày và tối đa 100 ngày.

Mua thuốc qua bưu điện

Để nhận thông tin về việc mua thuốc qua bưu điện hoặc để nhận mẫu đơn đặt hàng và thông tin về việc mua thuốc qua bưu điện, liên lạc với Dịch vụ Hội viên về đặt hàng qua bưu điện theo số 1-833-203-1735 Người dùng TTY xin gọi 711. Chúng tôi làm việc 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Dịch Vụ Hệ Thống Thoại Tương Tác (IVR) hoạt động 24 giờ/ngày, bảy ngày/tuần.

Thông thường, thuốc đặt qua bưu điện sẽ đến tay quý vị trong vòng tối đa 14 ngày. Đảm bảo quý vị có đủ thuốc ít nhất trong vòng 14 ngày. Nếu không có đủ thuốc, hãy yêu cầu bác sĩ kê đơn thuốc thứ hai trong vòng 30 ngày, và mua thuốc tại hiệu thuốc trong mạng lưới bán lẻ trong khi chờ đợt thuốc được đặt qua bưu điện được giao tới. Nếu đơn đặt hàng qua bưu điện của quý vị bị chậm trễ, vui lòng gọi cho hiệu thuốc mà quý vị đã đặt hàng qua bưu điện theo số điện thoại được cung cấp trong Danh mục Nhà cung cấp/Hiệu thuốc

Quy trình đặt mua qua đường bưu điện

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

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

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

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

Nếu trước đây quý vị đã sử dụng đơn đặt mua qua bưu điện và không muốn nhà thuốc tự động bán và gửi từng toa thuốc mới, vui lòng liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi vào số điện thoại của Ban Dịch vụ Hội viên trên thẻ hội viên của quý vị.

Nếu quý vị chưa từng sử dụng đơn đặt hàng qua bưu điện và/hoặc quyết định ngừng tự động mua thuốc theo toa mới, nhà thuốc sẽ liên lạc với quý vị mỗi khi có đơn thuốc mới từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Việc này giúp quý vị có cơ hội chắc chắn rằng nhà thuốc sẽ giao đúng loại thuốc (bao gồm độ mạnh, số lượng, và hình thức) và, nếu cần, cho phép quý vị hủy hoặc hoãn đơn hàng trước khi quý vị được tính hóa đơn và thuốc giao cho quý vị.

Điều quan trọng là quý vị 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 hàng trực tiếp từ văn phòng của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, vui lòng liên lạc với chúng tôi bằng cách gọi vào số điện thoại của Ban Dịch vụ Hội viên trên thẻ hội viên của quý vị.

2. Toa thuốc mới mà nhà thuốc nhận 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 đặt hàng qua đường bưu điện với chương trình của chúng tôi 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 đồng ý cho đơn thuốc đầu tiên giao tới nhà của quý vị do bác sĩ của quý vị gửi đến.

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 cho Ban Dịch vụ Hội viên

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

- Việc này giúp quý vị có cơ hội chắc chắn rằng nhà thuốc sẽ giao đúng loại thuốc (bao gồm độ mạnh, số lượng, và hình thức) và, nếu cần, cho phép quý vị dừng hoặc hoãn đơn hàng trước khi thuốc được giao cho 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 hàng trực tiếp từ văn phòng của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, vui lòng liên lạc với chúng tôi bằng cách gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên.

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 lạc 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 nhà thuốc của quý vị *30* ngày trước khi thuốc kê toa hiện tại của quý vị sẽ hết để đảm bảo là lần đặt hàng tiếp theo của quý vị sẽ được giao hàng đúng lúc.

Để chương trình tự động cấp thuốc của chúng tôi không tự động cấp tiếp thuốc đặt hàng qua bưu điện, vui lòng liên lạc với chúng tôi bằng cách gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên.

Để nhà thuốc biết cách tốt nhất để liên lạc với quý vị nhằm xác nhận đơn hàng trước khi giao.

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.

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 100 ngày có tiền đồng trả bằng với lượng thuốc của một tháng. *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* sẽ cho quý vị biết nhà thuốc nào có thể cung cấp dài kỳ cho quý vị các thuốc điều trị duy trì. Quý vị cũng có thể gọi Ban Dịch vụ Hội viên để tìm hiểu thêm.

Đối với một số loại thuốc, quý vị có thể sử dụng dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện trong mạng lưới của chương trình để nhận cung cấp thuốc điều trị duy trì dài hạn. Tham khảo **Mục A6** để tìm hiểu về dịch vụ gửi qua đường bưu điện.

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

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 cung cấp dịch vụ của chúng tôi để quý vị được mua thuốc theo toa với tư cách là hội 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:

- Quý vị đang di chuyển trong Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ thì bị ốm hoặc mất hay hết thuốc theo toa.
- Quý vị đang ở trong Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ, và đơn thuốc dành cho trường hợp cấp cứu y tế hoặc chăm sóc khẩn cấp.
- Nếu quý vị không thể nhận được thuốc được bao trả kịp thời trong khu vực dịch vụ của quý vị, vì không có nhà thuốc trong mạng lưới nào với khoảng cách lái xe 25 dặm để cung cấp dịch vụ trong 24 giờ.
- Quý vị muốn mua một loại thuốc theo toa được bao trả mà không thường xuyên được lưu trữ tại một nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới. (Ví dụ, thuốc mồ côi hoặc thuốc chuyên biệt khác).

Trong những trường hợp này, chúng tôi khuyên quý vị nên hỏi Ban Dịch vụ Hội viên trước để biết có nhà thuốc trong mạng lưới nào ở gần không.

A9. Hoàn tiền thuốc theo toa

Anthem MediBlue Full Dual Advantage không thể hoàn tiền cho quý vị cho thuốc được Medi-Cal bao trả.

Nếu quý vị mua thuốc ngoài mạng lưới, nói chung quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí khi quý vị mua thuốc theo toa. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị.

Nếu quý vị thanh toán toàn bộ chi phí cho đơn thuốc có thể được Medi-Cal Rx bao trả, quý vị có thể được hiệu thuốc hoàn tiền sau khi Medi-Cal Rx thanh toán cho đơn thuốc. Ngoài ra, quý vị có thể yêu cầu Medi-Cal Rx hoàn tiền bằng cách gửi yêu cầu “Hoàn trả Chi phí xuất túi Medi-Cal (Conlan)”. Thông tin bổ sung có trên trang web Medi-Cal Rx: medi-Calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Để tìm hiểu thêm về chủ đề này, hãy tham khảo **Chương 7** của *Sổ tay Hội viên* của quý vị.

B. Danh sách thuốc trong chương trình của chúng tôi

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

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

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

B1. Các thuốc trong Danh sách Thuốc

Danh sách thuốc của chúng tôi bao gồm những thuốc được Medicare bao trả.

Hầu hết các loại thuốc kê toa mà quý vị nhận được từ nhà thuốc đều được chương trình đài thọ. Các loại thuốc khác, chẳng hạn như một số loại thuốc không kê toa (OTC) và một số loại vitamin nhất định, có thể được Medi-Cal Rx đài thọ. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (medi-Calrx.dhcs.ca.gov) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi cho Trung tâm Dịch vụ Khách hàng Medi-Cal Rx theo số 800-977-2273. Vui lòng mang theo thẻ nhận dạng người thụ hưởng Medi-Cal (BIC) khi nhận đơn thuốc qua Medi-Cal Rx.

Danh sách Thuốc bao gồm cả thuốc chính hiệu và thuốc gốc.

Loại thuốc chính hiệu là thuốc theo toa được bán theo tên thương hiệu thuộc sở hữu của nhà sản xuất thuốc. Thuốc chính hiệu phức tạp hơn thuốc gốc (ví dụ thuốc có gốc protein) được gọi là sản phẩm sinh học. Trong Danh sách Thuốc của chúng tôi, khi đề cập đến "thuốc", chúng tôi muốn đề cập đến một loại thuốc hoặc một sản phẩm sinh học.

Thuốc gốc có cùng thành phần hoạt chất như thuốc chính hiệu. Thông thường, thuốc gốc cũng có tác dụng tốt như các loại thuốc chính hiệu và thường ít tốn kém hơn. Nhà cung cấp của quý vị có sẵn các loại thuốc gốc thay thế cho nhiều loại thuốc chính hiệu nếu quý vị không biết thuốc gốc hay thuốc chính hiệu sẽ đáp ứng nhu cầu của quý vị.

Chương trình của chúng tôi cũng bao trả cho các thuốc và sản phẩm OTC dưới dạng quyền lợi bổ sung.

Một số thuốc OTC rẻ hơn thuốc theo toa và có tác dụng tốt tương tự. Quyền lợi bổ sung này được nêu chi tiết trong bảng phúc lợi y tế trong chương 4 của Sổ tay Hội viên này.

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.
- Hãy truy cập trang mạng của chương trình shop.anthem.com/medicare/ca. 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 chúng tôi hay không hoặc hỏi xin một bản sao của danh sách.
- Thuốc **không** được Phần D bao trả có thể được Medi-Cal Rx bao trả. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (medi-Calrx.dhcs.ca.gov/) để biết thêm thông tin

B3. Các thuốc không có trong Danh sách Thuốc

Chúng tôi không bảo hiểm cho tất cả mọi loại thuốc theo toa. Một số loại thuốc không có tên trong Danh sách Thuốc bởi vì luật không cho phép chúng tôi bảo hiểm cho những loại thuốc đó. Cũng có những trường hợp, chúng tôi đã quyết định không đưa một loại thuốc vào Danh sách Thuốc. Nếu một loại thuốc được kê đơn không có trong Danh sách Thuốc của chúng tôi, nhu cầu thuốc kê toa của quý vị sẽ luôn được đánh giá theo chính sách bao trả của chương trình của chúng tôi, cũng như các quy tắc bao trả của Medicare.

Chương trình của chúng tôi 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 có thể sẽ phải tự thanh toán cho thuốc đó. Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi nên thanh toán cho một loại thuốc không được bao trả theo hồ sơ của mình, quý vị có thể gửi kháng nghị. Xem **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* để biết thêm thông tin về kháng nghị.

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

1. Bảo hiểm thuốc ngoại trú của chương trình chúng tôi (bao gồm Phần D) không thể thanh toán cho một loại thuốc đã được bao trả theo Medicare Phần A hoặc Phần B. Chương trình của chúng tôi bao trả miễn phí các loại thuốc nằm trong Medicare Phần A hoặc Phần B, nhưng những loại thuốc này không được coi là nằm trong quyền lợi thuốc kê toa cho bệnh nhân 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 Cơ quan Thực phẩm và Dược phẩm (FDA) 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 bao trả các loại thuốc được kê toa để sử dụng thuốc ngoài hướng dẫn.

Ngoài ra, theo luật, Medicare hoặc Medi-Cal không thể bao trả cho các loại thuốc liệt kê sau đây.

- 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 như Viagra®, Cialis®, Levitra® và Caverject®. (Chương trình cung cấp bảo hiểm bổ sung của một số loại thuốc kê toa mà thường không được chương trình thuốc kê toa Medicare bao trả thông qua bảo hiểm thuốc tăng cường, chẳng hạn như thuốc rối loạn cương dương Sildenafil, bốn viên mỗi tháng.)
- Thuốc điều trị ngoại trú của một công ty quy định quý vị phải xét nghiệm hoặc thực hiện một số dịch vụ độc quyền của họ

B4. Bậc Danh sách Thuốc

Mỗi loại thuốc nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi đều thuộc một trong 5 bậc. Một bậc là một nhóm thuốc thường có cùng loại thuốc (ví dụ, thuốc chính hiệu và thuốc gốc).

- Bậc 1 bao gồm các thuốc gốc được ưu tiên.
- Bậc 2 bao gồm các thuốc gốc.
- Bậc 3 bao gồm các thuốc biệt dược được ưu tiên.
- Bậc 4 bao gồm các thuốc không được ưu tiên.
- Bậc 5 bao gồm các thuốc chuyên khoa.

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

Chương 6 trong *Sổ tay Hội viên* cho biết số tiền quý vị thanh toán cho các loại thuốc ở từng bậc.

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 bao trả 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 định đặc biệt đối với loại thuốc của quý vị, điều đó thường có nghĩa là quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị sẽ phải thực hiện cho chúng tôi thêm các bước để bao trả 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 định của chúng tôi cho tình huống của quý vị, hãy 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 yêu cầu ngoại lệ, hãy tham khảo **Chương 9** *của* Sổ tay Hội viên.

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

Nhìn chung, một thuốc "gốc" có tác dụng giống như thuốc chính hiệu và thường rẻ hơn. *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 chính hiệu nếu có một phiên bản thuốc gốc.
- Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp của quý vị 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 gốc lẫn các thuốc được bao trả khác điều trị cùng bệnh trạng đều không có tác dụng đối với quý vị, thì khi đó chúng tôi sẽ bao trả loại thuốc biệt dược đó.

2. Được chương trình chấp thuận trước

Đối với một số loại thuốc, quý vị hoặc bác sĩ của quý vị phải được chương trình của chúng tôi chấp thuận trước khi quý vị lấy thuốc theo toa mình. Nếu quý vị không được chấp thuận, chúng tôi có thể không bao trả cho thuốc.

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 có hiệu quả tương đương trước đã, nếu không được thì chúng tôi mới bao trả cho loại thuốc có chi phí cao hơn. Ví dụ, nếu Thuốc A và Thuốc B 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 Dịch vụ Hội viên hoặc xem trang web của chúng tôi tại shop.anthem.com/medicare/ca. Nếu quý vị không đồng ý với phạm vi bảo hiểm hoặc quyết định yêu cầu ngoại lệ của chúng tôi, quý vị có thể yêu cầu kháng nghị. Tham khảo Mục E trong Chương 9 để biết thêm thông tin.

D. Lý do thuốc của quý vị có thể sẽ không được bao trả

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 bao trả theo cách quý vị muốn. Ví dụ:

- Thuốc mà quý vị muốn dùng không được chương trình của chúng tôi bảo hiểm. Thuốc có thể không nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi. Chúng tôi có thể bao trả một phiên bản gốc của thuốc đó có thể sẽ được bảo hiểm, nhưng phiên bản thuốc chính hiệu mà quý vị muốn sử dụng thì không. Một loại thuốc có thể là mới và vẫn chưa được xét duyệt độ an toàn và hiệu quả.

- Chương trình của chúng tôi bao trả cho thuốc được nhưng có các quy định hoặc giới hạn đặc biệt về bao trả 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 định giới hạn việc sử dụng của chúng. Trong một số trường hợp, quý vị hoặc người kê toa của quý vị có thể sẽ muốn yêu cầu chúng tôi cho hưởng ngoại lệ.

Quý vị có thể thực hiện một số cách nếu chúng tôi không bao trả cho một loại thuốc theo cách mà quý vị muốn.

D1. Nhận một lượng tạm thời

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

Để tạm thời được cung cấp thuốc, quý vị phải đáp ứng hai quy định 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:
   - Chúng tôi sẽ bao trả cung cấp tạm thời loại thuốc của quý vị **trong suốt 90 ngày đầu tiên theo lịch**.
     - Lượng cấp thuốc tạm thời này là tối đa 30 ngày.

- Nếu thuốc theo toa của quý vị được kê cho số ngày ít hơn, chúng tôi cho phép mua thuốc nhiều lần để cung cấp tới tối đa 30 ngày dùng thuốc. Quý vị phải lấy thuốc theo toa tại một nhà thuốc trong mạng lưới.
- Nhà thuốc của cơ sở chăm sóc lâu dài có thể cung cấp thuốc theo toa với số lượng nhỏ trong một lần để ngăn ngừa sự lãng phí.

- Quý vị mới tham gia chương trình của chúng tôi.
  - Chúng tôi sẽ bao trả cho lượng cấp của thuốc mua tạm của quý vị **trong 90 ngày đầu tiên làm hội viên của chương trình**.
  - Lượng cấp thuốc tạm thời này là tối đa 30 ngày.
  - Nếu thuốc theo toa của quý vị được kê cho số ngày ít hơn, chúng tôi cho phép mua thuốc nhiều lần để cung cấp tới tối đa 30 ngày dùng thuốc. Quý vị phải lấy thuốc theo toa tại một nhà thuốc trong mạng lưới.
  - Nhà thuốc của cơ sở chăm sóc lâu dài có thể cung cấp thuốc theo toa với số lượng nhỏ trong một lần để ngăn ngừa sự lãng phí.
- Nếu quý vị đã tham gia chương trình trên 90 ngày, sống tại cơ sở chăm sóc lâu dài và cần có một lượng cấp thuốc ngay.
  - Chúng tôi sẽ bao trả cho *một lượng 34ngày* , hoặc ít hơn nếu toa của quý vị được kê với số ngày ít hơn. Đây là phần bổ sung vào lượng cấp tạm thời ở trên.
  - 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 ngay khi có thể để biết phải làm gì khi hết thuốc. Dưới đây là các lựa chọn của quý vị:

- Thay đổi sang một loại thuốc khác.

  Chương trình của chúng tôi có thể bao trả cho một loại thuốc khác có hiệu quả với quý vị. Hãy gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên để xin danh sách thuốc được chúng tôi bảo hiểm và điều trị cùng loại bệnh đó. Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp dịch vụ của quý vị tìm được thuốc được bảo hiểm có thể có hiệu quả với quý vị.

  HOẶC

- 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 không nằm trong Danh sách Thuốc hoặc yêu cầu chúng tôi bao trả thuốc không 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.

Nếu một loại thuốc quý vị dùng sắp bị loại khỏi Danh sách Thuốc của chúng tôi hoặc bị hạn chế trong năm tới, chúng tôi cho phép quý vị yêu cầu trường hợp ngoại lệ trước năm sau.

- Chúng tôi sẽ báo cho quý vị biết về bất kỳ thay đổi nào về phạm vi bảo hiểm cho thuốc của quý vị trong năm tới. Yêu cầu chúng tôi tạo trường hợp ngoại lệ và bao trả cho một loại thuốc vào năm sau theo cách mà quý vị muốn.

- Chúng tôi sẽ trả lời yêu cầu của quý vị về trường hợp ngoại lệ trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị (hoặc nhận được thư xác nhận của người kê toa cho quý vị).

Để tìm hiểu thêm về yêu cầu ngoại lệ, hãy tham khảo **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên.*

Nếu cần trợ giúp trong việc xin được hưởng ngoại lệ, hãy liên hệ với Ban Dịch vụ Hội viên. Nếu quý vị không đồng ý với phạm vi bảo hiểm hoặc quyết định yêu cầu ngoại lệ của chúng tôi, quý vị có thể yêu cầu kháng nghị (Tham khảo Mục E trong Chương 9 để biết thêm thông tin.).

E. Thay đổi bảo hiểm về các loại thuốc của quý vị

Hầu hết các thay đổi về bao trả 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 định 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 (được chúng tôi cho phép trước khi mua thuốc).

- Thêm hoặc thay đổi số lượng thuốc mà quý vị được mua (giới hạn số lượng).

- Thêm hoặc thay đổi các hạn chế trị liệu từng bước đối với một loại thuốc (quý vị phải thử một loại thuốc trước khi chúng tôi đài thọ một loại thuốc khác).

Để biết thêm thông tin về các quy định về thuốc này, hãy tham khảo **Mục C**.

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

- Có thuốc mới, rẻ hơn xuất hiện trên thị trường nhưng tác dụng tương đương với thuốc ở trong Danh mục Thuốc, **hoặc**
- Chúng tôi biết có một loại thuốc không an toàn, **hoặc**
- Bị thu hồi khỏi thị trường.

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

- Hãy xem Danh sách Thuốc hiện tại của chúng tôi trực tuyến tại shop.anthem.com/medicare/ca **hoặc**
- Gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên theo số ở cuối trang để xem Danh sách thuốc của chúng tôi.

Một số thay đổi về Danh sách Thuốc của chúng tôi sẽ có hiệu lực **ngay lập tức.** Ví dụ:

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

  Khi chúng tôi thêm thuốc gốc loại mới, chúng tôi cũng có thể quyết định giữ thuốc chính hiệu trong danh sách nhưng thay đổi các quy định hoặc giới hạn bao trả 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 thay đổi 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. Xem **Chương 9** của Sổ tay Hội viên để biết thêm thông tin về trường hợp ngoại lệ.

Một loại thuốc bị thu hồi khỏi thị trường. Nếu Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA) nói rằng loại thuốc mà quý vị đang dùng không an toàn hoặc nhà sản xuất thuốc thu hồi thuốc khỏi thị trường, chúng tôi sẽ loại thuốc đó ra khỏi Danh sách Thuốc của chúng tôi. Nếu quý vị đang dùng thuốc, chúng tôi sẽ cho quý vị biết.

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 chính hiệu hiện có trong Danh sách Thuốc **hoặc**
  - Thay đổi các quy tắc bao trả hoặc giới hạn cho thuốc chính hiệu.

    Nếu quý vị đang dùng thuốc chính hiệu tại thời điểm chúng tôi thay đổi, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về (các) thay đổi cụ thể. Chúng tôi cũng sẽ cung cấp thông tin về các bước quý vị có thể thực hiện để yêu cầu trường hợp ngoại lệ đối với thuốc chính hiệu. Quý vị có thể không nhận được thông báo này trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi. - Quý vị hoặc người kê toa của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi tạo một trường hợp ngoại lệ và tiếp tục bao trả thuốc chính hiệu cho quý vị. Để biết thông tin về cách yêu cầu trường hợp ngoại lệ, xem Chương 8.
- Chúng tôi thêm thuốc gốc **và**
  - Thay thế một loại thuốc chính hiệu hiện có trong Danh sách Thuốc **hoặc**
  - Thay đổi các quy tắc bao trả hoặc giới hạn cho thuốc chính hiệu.

Khi những thay đổi này xảy ra, chúng tôi:

- 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 30 ngày sau khi quý vị yêu cầu mua thuốc tiếp.

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

- Nếu có thuốc tương tự trong Danh sách Thuốc quý vị có thể lấy thay vào đó **hoặc**
- Liệu quý vị có nên xin hưởng ngoại lệ từ các thay đổi này hay không. Để tìm hiểu thêm về yêu cầu ngoại lệ, hãy tham khảo **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên.*

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 bao trả vào **đầu** năm, chúng tôi thường sẽ không loại bỏ hoặc thay đổi bao trả của loại thuốc đó **trong thời gian còn lại của năm**.

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

F. Bảo hiểm thuốc trong những trường hợp đặc biệt

F1. Nằm viện hoặc ở trong cơ sở điều dưỡng chuyên môn được chương trình của chúng tôi bao trả

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

F2. Trong một cơ sở chăm sóc lâu dài

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

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

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

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

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

Nếu quý vị rời khỏi cơ sở chăm sóc cuối đời, chương trình của chúng tôi sẽ bao trả 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.

Xin xem các phần trước của chương này nói về các thuốc được chương trình của chúng tôi bảo hiểm. Xem **Chương 4** của *Sổ tay Hội viên* để biết thêm thông tin về quyền lợi chăm sóc cuối đời.

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

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

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

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

G2. Các chương trình giúp quý vị quản lý thuốc

Quý vị có thể 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. Nếu vậy, quý vị có thể đủ điều kiện nhận các dịch vụ, không tính phí cho quý vị, thông qua một chương trình điều quản liệu pháp y tế (MTM). Chương trình này giúp quý vị và nhà cung cấp dịch vụ của quý vị bảo đảm thuốc của quý vị sẽ cải thiện sức khỏe của quý vị. 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 phúc 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 theo toa và thuốc mua không cần toa của quý vị

Sau đó, họ sẽ cung cấp cho quý vị:

- 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 ối ưu.
- Danh sách thuốc cá nhân có tất cả những loại thuốc mà quý vị đang dùng và tại sao quý vị phải dùng chúng.
- Thông tin về cách tiêu hủy an toàn thuốc theo toa là các chất bị 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.
- 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 hội 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 sử dụng thuốc opioid an toàn

Chương trình của chúng tôi có một chương trình có thể giúp các hội viên sử dụng thuốc opioid theo 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 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 theo 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 đơn 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 bao trả 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 bao trả 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 đó.

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 theo toa, hoặc quý vị không đồng ý hạn chế, quý vị và người 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 bằng văn bản 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 Tổ chức Đánh giá Độc lập. Để tìm hiểu thêm về kháng nghị và Tổ chức Đánh giá Độc lập, hãy tham khảo **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* của quý vị.)

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 giai đoạn cuối, chăm sóc giảm nhẹ hoặc chăm sóc cuối đời, **hoặc**
- Ở trong một cơ sở chăm sóc lâu dài.

Chương 6: Quý vị phải trả những khoản tiền nào cho thuốc kê toa Medicare và Medi-Cal

Giới thiệu

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

- Thuốc kê toa Medicare Phần D, **và**
- Thuốc và các khoản mục được đài thọ theo Medi-Cal Rx, **và**
- Thuốc và các khoản mục được chương trình bảo hiểm của chúng tôi ở dạng các quyền lợi bổ sung.

Bởi vì quý vị đủ điều kiện nhận Medi-Cal, quý vị nhận được Trợ giúp Bổ sung ("Extra Help") từ Medicare để giúp thanh toán cho các loại thuốc kê toa Medicare Phần D của mình. Chúng tôi đã gửi cho quý vị một phần kèm theo riêng biệt, được gọi là “Phụ lục của Chứng từ Bảo hiểm dành cho Những Người Nhận Trợ giúp Bổ sung ("Extra Help") Thanh toán cho Thuốc Kê toa”(còn được gọi là “Phụ lục về Trợ cấp cho Người có Thu nhập Thấp” hoặc “Phụ lục LIS”), cho quý vị biết về bảo hiểm thuốc của quý vị. Nếu quý vị không nhận được tờ này, vui lòng gọi Ban Dịch vụ Thành viên và yêu cầu "Phụ Lục LIS".

> **Trợ giúp Bổ sung ("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 kê toa Medicare Phần D, chẳng hạn như phí bảo hiểm, các khoản khấu trừ và tiền đồng trả. Trợ giúp Bổ sung ("Extra Help") còn được gọi là “Trợ cấp cho Người có 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 Hội viên*.

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

- Danh sách Thuốc được Bảo hiểm của chúng tôi.
    - Chúng tôi gọi đây là "Danh sách Thuốc". Nó sẽ cho quý vị biết:
        - Chúng tôi sẽ thanh toán cho thuốc nào
        - Mỗi loại thuốc nằm ở bậc nào trong số 5 bậc

  - 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 Thành viên. Quý vị cũng có thể tìm thấy bản sao mới nhất của Danh sách Thuốc của chúng tôi trên trang web tại shop.anthem.com/medicare/ca.

- Bảo hiểm cho các loại thuốc không kê toa (OTC) được cung cấp như một quyền lợi bổ sung. Vui lòng tham khảo chương 4 Bảng Quyền lợi Y tế để biết chi tiết.

- Hầu hết các loại thuốc kê toa mà quý vị nhận được từ nhà thuốc đều được Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) đài thọ. Các loại thuốc khác, chẳng hạn như một số loại thuốc không kê toa (OTC) và một số loại vitamin nhất định, có thể được Medi-Cal Rx đài thọ. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (medi-Calrx.dhcs.ca.gov/) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi cho Trung tâm Dịch vụ Khách hàng Medi-Cal Rx theo số 800-977-2273. Vui lòng mang theo Thẻ Nhận dạng Người thụ hưởng Medi-Cal (BIC) khi nhận đơn thuốc qua Medi-Cal Rx."

- **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* của quý vị.

  - Chương này cho biết cách nhận thuốc kê toa ngoại trú của quý vị qua chương trình của chúng tôi.

  - Chương này cũng có các quy định mà quý vị cần phải tuân thủ. Nó cũng cho biết những loại thuốc nào không được chương trình của chúng tôi đài thọ.

- Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc của chúng tôi.

  - Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới để mua thuốc được bảo hiểm của quý vị. Nhà thuốc trong mạng lưới là các nhà thuốc đã đồng ý cộng tác với chúng tôi.

  - *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* liệt kê các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. Tham khảo **Chương 5** trong *Sổ tay Hội viên* của quý vị, thông tin thêm về các nhà thuốc trong mạng lưới.

Mục lục

A. *Giải thích Quyền lợi* (EOB) 153

B. Cách theo dõi chi phí thuốc của quý vị....154

C. Quý vị không phải thanh toán gì cho lượng thuốc dài hạn hoặc một tháng....155

C1. Bậc của chúng tôi 155

C2. Các lựa chọn nhà thuốc của quý vị....155

C3. Nhận cung cấp thuốc dài hạn 156

C4. Khoản quý vị trả....156

D. Tiêm chủng....157

D1. Quý vị cần biết gì trước khi quý vị tiêm vắc-xin 157

A. *Giải thích Quyền lợi (EOB)*

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

- **Chi phí tự chi trả** của quý vị. Đây là số tiền mà quý vị, hoặc người khác thay mặt cho quý vị, thanh toán cho các thuốc kê toa của quý vị. Vì tất cả các hội viên trả $0 cho các thuốc kê toa Phần D được đài thọ, điều này sẽ không áp dụng cho 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 kê toa của quý vị, cộng với số tiền mà chúng tôi phải trả.

Khi quý vị mua thuốc theo 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 Phần D.* Chúng tôi gọi tắt là EOB Phần D. EOB Phần D có thêm thông tin về các loại thuốc quý vị dùng, chẳng hạn như tổng chi phí thuốc tăng.

EOB Phần D 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 Một.
- **Thông tin về giá thuốc.** Đây là tổng giá của thuốc và phần trăm thay đổi của giá thuốc kể từ lần đổ đầu tiên.

Chúng tôi cung cấp 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. Điều này bao gồm thuốc kê toa được mua qua Medi-Cal Rx.
- Hầu hết các loại thuốc kê toa mà quý vị nhận được từ nhà thuốc đều được chương trình đài thọ. Các loại thuốc khác, chẳng hạn như một số loại thuốc không kê toa (OTC) và một số loại vitamin nhất định, có thể được Medi-Cal Rx đài thọ. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (medi-Calrx.dhcs.ca.gov/) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi cho trung tâm dịch vụ khách hàng Medi-Cal theo số 1-800-977-2273. Vui lòng mang theo thẻ nhận dạng người thụ hưởng Medi-Cal (BIC) khi nhận đơn thuốc qua Medi-Cal Rx.
- Để tìm xem thuốc nào được chương trình của chúng tôi bảo hiểm, tham khảo Danh sách Thuốc của chúng tôi.

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 chương trình của quý vị.**

   Xuất trình thẻ ID Anthem MediBlue Full Dull Advantage (HMO D-SNP) vào mỗi lần quý vị mua thuốc kê toa. Điều này sẽ giúp chúng tôi biết được quý vị lấy thuốc theo kê 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 chi phí thuốc.

   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 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 bảo hiểm

   Để biết thêm thông tin về việc yêu cầu chúng tôi hoàn trả tiền thuốc cho quý vị, hãy tham khảo **Chương 7** *t*rong *Sổ tay Hội viên* của quý vị.

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, Dịch vụ Y tế của Người Mỹ Bản địa (Indian Health Service), hầu hết các tổ chức từ thiện đều được tính vào chi phí tự trả của quý vị.

4. Kiểm tra các EOB chúng tôi gửi cho quý vị.

Khi quý vị nhận được EOB Phần D qua đường bưu điện, hãy đảm bảo rằng 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 Thành viên. Lưu giữ các EOB Phần D này. Chúng là hồ sơ quan trọng về các chi phí thuốc của quý vị.

C. Quý vị không phải thanh toán gì cho lượng thuốc dài hạn hoặc một tháng

Với chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ không phải trả gì cho các thuốc được đài thọ của mình miễn là quý vị tuân thủ các quy định của chúng tôi.

C1. Bậc của chúng tôi

Bậc là các nhóm thuốc có trong Danh sách Thuốc của chương trình chúng tôi. Mỗi loại thuốc nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi đều thuộc một trong 5 bậc. **Quý vị không có khoản tiền đồng trả cho thuốc kê toa** trong Danh sách Thuốc của chúng tôi. Để tìm các bậc cho thuốc của mình, hãy tham khảo Danh sách Thuốc của chúng tôi.

- Bậc 1 bao gồm các thuốc gốc được ưu tiên.
- Bậc 2 bao gồm các thuốc gốc.
- Bậc 3 bao gồm các thuốc biệt dược được ưu tiên.
- Bậc 4 bao gồm các thuốc không được ưu tiên.
- Bậc 5 bao gồm các thuốc chuyên khoa.

C2. Các lựa chọn nhà thuốc của quý vị

Quý vị trả bao nhiêu cho một loại thuốc *sẽ không* phụ 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 theo toa mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới. Tham khảo **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* của quý vị để biết khi nào chúng tôi thực hiện điều đó. Tham khảo Chương 9 để tìm hiểu về cách nộp đơn kháng nghị nếu quý vị được thông báo rằng một loại thuốc sẽ không được đài thọ.

Để tìm hiểu thêm về các lựa chọn nhà thuốc này, hãy tham khảo **Chương 5** trong *Sổ tay Hội viên* của quý vị và *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* của chúng tôi.

C3. Nhận cung cấp thuốc dài hạn

Đối với một số loại thuốc, quý vị có thể được cấp thuốc dài hạn (còn được gọi là "cung cấp kéo dài") khi quý vị lấy thuốc kê toa. Nguồn cung cấp thuốc dài hạn là nguồn cung cấp lượng thuốc tối đa cho 90 ngày đối với thuốc ở Bậc 2-5 và nguồn cung cấp lượng thuốc tối đa 100 ngày cho thuốc ở Bậc 1. Quý vị sẽ không bị tính phí đối với một lượng thuốc dài hạn.

Để biết chi tiết về địa điểm và cách thức nhận được nguồn cung cấp thuốc dài hạn, hãy tham khảo **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* hoặc *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* của chúng tôi.

C4. Khoản quý vị trả

Quý vị phải trả $0 cho tất cả các thuốc kê toa được đài thọ ở tất cả các bậc.

Bảo hiểm cho thuốc OTC không kê toa được cung cấp như một quyền lợi bổ sung và có trong Chương 4 Bảng Quyền lợi Y tế.

Hầu hết các loại thuốc kê toa mà quý vị nhận được từ nhà thuốc đều được chương trình đài thọ. Các loại thuốc khác, chẳng hạn như một số loại thuốc không kê toa (OTC) và một số loại vitamin nhất định, có thể được Medi-Cal Rx đài thọ. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (medi-Calrx.dhcs.ca.gov/) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi cho trung tâm dịch vụ khách hàng Medi-Cal theo số 800-977-2273. Vui lòng mang theo thẻ nhận dạng người thụ hưởng Medi-Cal (BIC) khi nhận đơn thuốc qua Medi-Cal Rx.

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

Quý vị phải trả $0 cho tất cả các thuốc kê toa được đài thọ ở tất cả các bậc thông qua các nhà thuốc bán lẻ, nhà thuốc đặt hàng qua đường bưu điện và nhà thuốc chăm sóc dài hạn.

Để biết nhà thuốc nào có thể cung cấp cho quý vị các lượng cấp lâu dài, tham khảo *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* của chương trình chúng tôi.

D. Tiêm chủng

Thông Báo Quan Trọng Về Những Gì Quý Vị Phải Thanh Toán cho Vắc-xin – Chương trình của chúng tôi bao trả miễn phí cho quý vị đối với hầu hết các loại vắc-xin Medicare Phần D. Có hai phần bảo hiểm tiêm vắc-xin trong Medicare Phần D:

1. Phần bao trả thứ nhất là chi phí của **bản thân vắc xin.** Vắc-xin là một loại thuốc theo 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.

D1. Quý vị cần biết gì trước khi quý vị tiêm vắc-xin

Chúng tôi kkhuyến nghị quý vị nên gọi cho Ban Dịch vụ Thành viên nếu quý vị định chủng ngừa.

- Chúng tôi có thể cho quý vị biết về cách chương trình của chúng tôi chi trả cho việc tiêm chủng của quý vị

Chương 7: Yêu cầu chúng tôi trả tiền hóa đơn quý vị đã nhận cho 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 đệ đơn 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 Hội viên*.

Mục lục

A. Yêu cầu chúng tôi thanh toán cho những dịch vụ hoặc thuốc của quý vị 159

B. Gửi cho chúng tôi yêu cầu thanh toán 161

C. Quyết định bảo hiểm 162

D.Kháng nghị 163

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 bảo hiểm y tế cho các dịch vụ và thuốc được đài thọ sau khi quý vị đã được nhận chúng. Nhà cung cấp trong mạng lưới hoạt động cùng với chương trình bảo hiểm y tế này. **Nếu quý vị nhận được hóa đơn cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc, không thanh toán hóa đơn và gửi hóa đơn đó cho chúng tôi.** Để gửi hóa đơn cho chúng tôi, hãy tham khảo **Phần B**.

- Nếu chúng tôi đài thọ các dịch vụ hoặc thuốc đó, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp đó.
- Nếu chúng tôi đài thọ dịch vụ hoặc thuốc và quý vị đã thanh toán ***hóa đơn***, quý vị có quyền được trả lại.
- Nếu chúng tôi không đài thọ dịch vụ hoặc thuốc đó, chúng tôi sẽ cho quý vị biết.

Liên hệ với Ban Dịch vụ Thành viên nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào. Nếu quý vị nhận được hóa đơn và không biết phải làm gì với hóa đơn đó, chúng tôi có thể giúp quý vị. 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. Tham khảo Chương 3, mục D4, trang 44.**

   Yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ đó gửi hóa đơn cho chúng tôi.

   - Nếu quý vị thanh toán trọn số tiền khi nhận dịch vụ chăm sóc, 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.
   - Tham khảo **Chương 5** trong *Sổ tay Hội viên* của quý vị để tìm hiểu thêm về các nhà thuốc ngoài mạng lưới.

2. Khi nhà cung cấp trong mạng lưới gửi quý vị hóa đơn

Các nhà cung cấp trong mạng lưới luôn phải gửi hóa đơn cho chúng tôi. Hãy xuất trình thẻ ID hội viên chương trình khi quý vị nhận bất kỳ dịch vụ hoặc mua thuốc kê toa nào. Gửi hóa đơn không đúng hoặc 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 chúng tôi cho các dịch vụ. **Gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên nếu quý vị nhận được bất kỳ hóa đơn nào. Không thanh toán hóa đơn.**

- Vì chúng tôi 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 nên tính hóa đơn cho quý vị cho bất kỳ chi phí nào của những 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 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 ngoài mạng lưới để lấy thuốc kê toa

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

- Trong một số ít trường hợp, chúng tôi đài thọ cho thuốc theo toa mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới. Gửi chúng tôi một bản sao hóa đơn của quý vị khi yêu cầu hoàn lại tiền.
- Tham khảo **Chương 5** trong *Sổ tay Hội viên* của quý vị để tìm hiểu thêm về các nhà thuốc ngoài mạng lưới.

4. Khi quý vị thanh toán toàn bộ chi phí cho thuốc kê toa vì quý vị không mang theo thẻ ID của chương trình

Nếu quý vị không mang theo thẻ ID chương trình, 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 không thể nhận được thông tin ngay lập tức, quý vị có thể phải tự thanh toán toàn bộ chi phí thuốc kê toa hoặc quay lại nhà thuốc kèm thẻ ID chương trình của quý vị.
- Gửi chúng tôi một bản sao hóa đơn của quý vị khi yêu cầu hoàn lại tiền.

5. Khi quý vị thanh toán toàn bộ chi phí thuốc kê toa cho một loại thuốc không được đài thọ

Quý vị có thể thanh toán toàn bộ chi phí thuốc kê toa vì thuốc không được đài thọ.

- Thuốc đó có thể không nằm trong *Danh sách Thuốc được Đài thọ* (Danh sách Thuốc) trên trang web 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 cho thuốc nhưng cho rằng chúng tôi nên đài thọ, quý vị có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm (tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay Hội viên* của quý vị).
    - 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** trong *Sổ tay Hội viên* của quý vị).
- Gửi chúng tôi một bản sao hóa đơn của quý vị khi yêu cầu hoàn lại tiền. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể sẽ cần thu thập thêm thông tin từ bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị để thanh toán lại cho quý vị tiền thuốc.

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 quyết định dịch vụ hoặc thuốc nên được đài thọ, chúng tôi sẽ thanh toán 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 thêm về cách kháng nghị, hãy tham khảo **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* của quý vị.

B. Gửi cho chúng tôi 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.** Quý vị có thể yêu cầu điều phối viên chăm sóc của quý vị giúp đỡ.

Để đảm bảo quý vị cung cấp cho chúng tôi tất cả thông tin cần thiết để chúng tôi đưa ra quyết định, quý vị có thể điền vào biểu mẫu yêu cầu của chúng tôi để yêu cầu thanh toán.

- Quý vị không bắt buộc phải sử dụng biểu mẫu, nhưng nó giúp chúng tôi xử lý thông tin nhanh hơn.

- Quý vị có thể lấy biểu mẫu trên trang web của chúng tôi shop.anthem.com/medicare/ca, hoặc quý vị có thể gọi cho Dịch vụ Hội viên và yêu cầu biểu mẫu.

Hãy gửi qua bưu điện thư yêu cầu trả tiền cùng bất kỳ hóa đơn hoặc biên lai nào của quý vị cho chúng tôi theo địa chỉ sau đây:

Anthem Blue Cross
P.O. Box 366
Artesia, CA 90702-0366

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. Điều này có nghĩa là chúng tôi quyết định xem chương trình của chúng tôi có đài thọ cho dịch vụ, đồ tiếp liệu hoặc thuốc của quý vị hay không. Chúng tôi cũng sẽ quyết định số tiền, nếu có, mà quý vị phải trả.

- Chúng tôi sẽ cho quý vị biết nếu chúng tôi cần thêm thông tin từ quý vị.
- Nếu chúng tôi xác định rằng chương trình của chúng tôi sẽ đài thọ dịch vụ, đồ tiếp liệu hoặc thuốc và quý vị đã tuân theo tất cả các quy tắc để nhận được, chúng tôi sẽ trả tiền cho chi phí đó. Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ gửi qua bưu điện cho quý vị một tờ séc cho những gì quý vị đã thanh toán. Nếu quý vị chưa thanh toán, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.

Chương 3 của *Sổ tay Hội viên* của quý vị giải thích quy định về việc nhận các dịch vụ được đài thọ của quý vị. **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* của quý vị giải thích các quy tắc để được đài thọ các loại thuốc kê toa Medicare Phần D của quý vị.

- Nếu chúng tôi quyết định không thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư nêu rõ lý do. Thư này cũng sẽ giải thích các quyền được tiến hành kháng cáo của quý vị.
- Để tìm hiểu thêm về các quyết định bảo hiểm, hãy tham khảo **Chương 9 Mục E.**

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.

Quy trình kháng nghị chính thức có các thủ tục và thời hạn chi tiết. Để tìm hiểu thêm về kháng nghị, hãy tham khảo **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* của quý vị:

- Để tiến hành kháng nghị về việc hoàn trả tiền cho một dịch vụ chăm sóc sức khỏe, xem **Mục F.**
- Để tiến hành kháng nghị về việc hoàn trả tiền cho thuốc, xem **Mục G.**

Chương 8: Quyền và trách nhiệm của quý vị

Giới thiệu

Chương này bao gồm các quyền và trách nhiệm của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình. Chúng tôi phải tôn trọng các quyền của quý vị. Các thuật ngữ chính và định nghĩa theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ tay Hội viên*.

Mục lục

A. Quyền được nhận các dịch vụ và thông tin theo cách phù hợp với nhu cầu của quý vị 168

B. Trách nhiệm của chúng tôi đối với việc quý vị tiếp cận kịp thời với các dịch vụ và thuốc được đài thọ 178

C. Chúng tôi có trách nhiệm bảo vệ thông tin sức khỏe cá nhân (PHI) của quý vị.....179

C1. Chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị như thế nào 179

C2. Quyền xem xét hồ sơ y tế của quý vị 180

D. Trách nhiệm của chúng tôi là cung cấp thông tin cho quý vị 186

E. Nhà cung cấp trong mạng lưới không thể gửi hóa đơn trực tiếp cho quý vị 188

F. Quyền rời khỏi chương trình của chúng tôi 188

G. Quý vị có quyền ra quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho mình 189

G1. Quý vị có quyền được biết các lựa chọn điều trị của mình và ra quyết định.....189

G2. Quý vị có quyền cho biết quý vị muốn phải làm sao.....190

G3. Cần làm gì nếu không tuân thủ các hướng dẫn của quý vị 191

H. Quý vị có quyền khiếu nại và yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định của chúng tôi 191

H1. Phải làm gì về việc đối xử bất công hoặc để biết thêm thông tin về các quyền của quý vị 191

I. Trách nhiệm của quý vị với tư cách là hội viên chương trình 192

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure **all** services are provided to you in a culturally competent and accessible manner. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials *in languages other than English and* in formats such as large print, braille, or audio. To obtain materials in one of these alternative formats, please call **1-833-707-3129** or write to Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007.
    - 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, Armenian, Korean, Russian, Vietnamese, Farsi, Tagalog, Khmer or Arabic.
    - 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 shop.anthem.com/medicare/ca.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048.
- U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711.

A. Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos asegurarnos de que se le proporcionen todos los servicios de una forma culturalmente adecuada y accesible. También debemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de manera que pueda entender. Debemos brindarle información sobre sus derechos cada año que usted esté en nuestro plan.

- Para obtener información que pueda entender, llame a Servicios para Miembros. Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para 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. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame al **1-833-707-3129** o escriba a Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007.
    - Para obtener información que pueda entender, llame a Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder las preguntas en diferentes idiomas. También puede brindarle materiales en otros idiomas, además del español, y en formatos como letra grande, braille o audio. Puede llamar a Servicios para Miembros y pedir que le envíen los materiales en español, chino, armenio, coreano, ruso, vietnamita, farsi, tagalo, khmer o árabe.
    - Puede recibir este documento de forma gratuita en otros idiomas y formatos, como en letra grande, braille o audio. Llame a Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de esta página. Cuando llame, indique si se trata de un pedido regular. Eso quiere decir que, todos los años, enviaremos los mismos documentos en el formato e idioma solicitados. Puede llamarnos para cambiar o cancelar el pedido regular. También puede encontrar los documentos en línea, en shop.anthem.com/medicare/ca.

Si tiene dificultades para recibir información de nuestro plan debido a limitaciones de idioma o a una discapacidad, y desea presentar una queja, puede comunicarse con:

- 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.

- La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.
- La Oficina de Derechos Civiles al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

A. 您以滿足您需求的方式獲得服務和資訊的權利

我們必須確保以符合您的文化習慣和無障礙的方式向您提供所有服務。我們還必須以您能夠瞭解的方式告知您本計劃的福利以及您的權利。在您加入本計畫期間，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。我們的計劃提供免費口譯服務，可以用不同語言回答問題。
- 本計畫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。要獲得其中一種替代格式的材料，請致電 1-833-707-3129 或寫信至 Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007。
    - 如欲以您能夠了解的方式取得資訊，請致電會員服務部。我們的計劃有可以用不同語言回答問題的人員。我們的計劃也給予您英語以外的語言和大字型印刷、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，請告知我們您是否希望這是一項常規訂單。這意味著我們每年都會以您要求的格式和語言發送相同的文件。您也可以致電我們更改或取消長期訂單。您也可以從 shop.anthem.com/medicare/ca 在線上尋找您的文件。

如果您因為語言問題或殘疾而無法從我們的計劃中獲得資訊，並且您想提出投訴，請致電：

- Medicare，電話是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。您可每週 7 天，每天 24 小時撥打該電話。聽障專綫使用者可以致電 1-877-486-2048。
- 美國衛生與大眾服務部民權辦公室，電話是 1-800-368-1019。聽障專綫使用者可以致電 1-800-537-7697。
- Medi-Cal 民權辦公室，電話是 916-440-7370。聽障專綫使用者可以致電 711。

A. Quyền được nhận các dịch vụ và thông tin theo cách phù hợp với nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** các dịch vụ được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp với văn hóa và dễ tiếp cận. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết các quyền lợi của chương trình của chúng tôi và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải thông báo về các quyền của quý vị mỗi năm khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để được nhận thông tin theo cách mà quý vị có thể hiểu được, xin gọi cho Ban Dịch vụ Thành viên. Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các câu hỏi 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. Để nhận tài liệu ở một trong các định dạng thay thế này, vui lòng gọi **1-833-707-3129** hoặc viết thư cho Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007.
    - Để được nhận thông tin theo cách mà quý vị có thể hiểu được, xin gọi cho Ban Dịch vụ Thành viên. Chương trình của chúng tôi có những người có thể trả lời các câu hỏi 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 Thành 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 Thành viên theo số được ghi ở cuối trang này. Khi gọi điện, hãy cho chúng tôi biết nếu quý vị muốn yêu cầu lệnh thường trực. 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 lệnh thường trực. Quý vị cũng có thể tìm thấy các tài liệu của mình tại shop.anthem.com/medicare/ca.

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, vui lòng 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.

- Sở Y tế và các Dịch vụ Nhân sinhỳ, Văn phòng Quyền Công dân theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY xin gọi 1-800-537-7697.
- Medi-Cal Văn phòng Quyền Công dân theo số 916-440-7370. Người dùng TTY xin gọi 711.

A. Ang iyong karapatan na makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa paraang nakakatugon sa iyong mga pangangailangan

Dapat naming tiyakin na ang **lahat** ng mga serbisyo ay ibinibigay sa iyo sa isang kultural na kakayahan at naa-access na paraan. Dapat din naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang iyong mga karapatan sa paraang mauunawaan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan bawat taon na ikaw ay nasa aming plano.

- Upang makakuha ng impormasyon sa paraang mauunawaan mo, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na magagamit upang sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Ang aming plano ay maaari ding magbigay sa iyo ng mga materyales sa mga wika maliban sa Ingles at sa mga format tulad ng malaking print, braille, o audio. Upang makakuha ng mga materyales sa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tumawag sa **1-833-707-3129** o sumulat sa Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007.
    - Upang makakuha ng impormasyon sa paraang mauunawaan mo, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga taong makakasagot sa mga tanong sa iba't ibang wika. Ang aming plano ay maaari ding magbigay sa iyo ng mga materyal sa mga wika maliban sa Ingles at sa mga format tulad ng malalaking print, braille, o audio. Maaari kang tumawag sa Member Services at humiling na magpadala sa iyo ng mga materyales sa Spanish, Chinese, Armenian, Korean, Russian, Vietnamese, Farsi, Tagalog, Khmer o Arabic.
    - Makukuha mo ang dokumentong ito nang libre sa iba pang wika at format tulad ng malalaking letra, braille, o audio. Tumawag sa Member Services sa numerong nakalista sa ibaba ng page na ito. Kapag tumatawag, ipaalam sa amin kung gusto mo itong maging standing order. Ibig sabihin, ipapadala namin ang parehong mga dokumento sa iyong hiniling na format at wika bawat taon. Maaari mo rin kaming tawagan para baguhin o kanselahin ang isang standing order. Maaari mo ring mahanap ang iyong mga dokumento online sa shop.anthem.com/medicare/ca.

Kung nahihirapan kang makakuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kang tumawag 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights sa 1-800-368-1019. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-537-7697.
- Medi-Cal Office of Civil Rights sa 916-440-7370. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711.

A. 가입자는 요구 사항에 맞는 방식으로 서비스와 정보를 얻을 권리를 가집니다.

모든 서비스는 문화적 수준에 부합하고 접근성 있는 방식으로 제공되어야 하며, 가입자가 이해할 수 있는 방법으로 플랜의 혜택 및 가입자 권리를 설명해야 합니다. 또한 가입자가 당사 플랜에 가입한 후 매년 가입자의 권리에 대해 알려야 합니다.

- 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 얻으려면 가입자 서비스부로 전화해 주십시오. 당사 플랜에는 다양한 언어로 질문에 답변해줄 통역사 서비스가 있습니다.
- 또한 대형 활자체, 점자, 오디오와 같은 형식과 영어 이외의 언어로 된 자료를 제공해드릴 수도 있습니다. 이러한 대안적 형식으로 자료를 제공 받으려면 **1-833-707-3129** 번으로 전화하시거나 Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)에 P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007 의 주소로 편지를 보내주십시오.
    - 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 얻으려면 가입자 서비스부로 전화해 주십시오. 당사 플랜에는 다양한 언어로 질문에 답변해줄 담당자가 있습니다. 당사 플랜은 대형 활자체, 점자, 오디오와 같은 형식과 영어 이외의 언어로 된 자료를 제공해드릴 수도 있습니다. 가입자 서비스부에 전화하여 스페인어, 중국어, 아르메니아어, 한국어, 러시아어, 베트남어, 페르시아어, 타갈로그어, 크메르어 또는 아랍어로 이러한 자료를 요청할 수 있습니다.

- 본 문서는 대형 활자체, 점자 또는 오디오와 같은 기타 언어 및 형식으로 무료로 제공해 드릴 수 있습니다. 이 페이지 하단에 열거된 번호로 가입자 서비스부에 전화해 주세요. 전화를 거실 때 다른 형식 또는 언어에 대한 귀하의 요청이 향후에도 상시 지시로 적용되기를 원하시는지 알려주세요. 그렇게 원하시면 요청하신 형식과 언어로 매년 동일한 서류를 보내드릴 것입니다. 상시 지시를 변경하거나 취소하려면 저희에게 연락하시면 됩니다. 필요한 서류는 shop.anthem.com/medicare/ca 에서 온라인으로도 확인하실 수 있습니다.

언어 문제나 장애로 인해 당사 플랜으로부터 정보를 얻는 데 문제가 있어 불만을 제기하실 경우, 연락하실 수 있는 전화번호는 다음과 같습니다.

- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번. 주 7 일 하루 24 시간 언제든 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번을 이용해 주십시오.
- 미국 보건 복지부, 시민권 사무소: 1-800-368-1019 번. TTY 사용자는 1-800-537-7697 번을 이용해 주십시오.
- Medi-Cal 시민권 사무소: 916-440-7370 번. TTY 사용자는 711 번을 이용해 주십시오.

A. Ձեր իրավունքը ստանալու ծառայությունները և տեղեկություններն այնպես, որ բավարարեն ձեր կարիքները

Մենք պետք է ապահովենք, որ **բոլոր** ծառայությունները ձեզ տրամադրվեն մշակութային առումով գրագետ և մատչելի ձևով: Մենք պետք է նաև ձեզ տեղեկացնենք մեր ծրագրի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին այնպես, որ դուք կարողանաք հասկանալ: Մենք պետք է պատմենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, երբ դուք գտնվում եք մեր ծրագրում:

- Որպեսզի ստանաք տեղեկություն ձեզ համար ընկալելի ձևով, զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն: Մեր ծրագիրն ունի անվճար թարգմանչական ծառայություններ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:

- Մեր ծրագիրը կարող է նյութերը տրամադրել նաև այլ լեզուներով (բացի անգլերենից) և այնպիսի ձևաչափերով, ինչպիսիք են՝ մեծ չափերով տպագիր, բրայլյան կամ աուդիո տարբերակները: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ձեռք բերելու համար զանգահարեք **1-833-707-3129** կամ գրեք Anthem MediBlue Full Dual Advantage-ին (HMO D-SNP) P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007:
    - Որպեսզի ստանաք տեղեկություն ձեզ համար ընկալելի ձևով, զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն: Մեր ծրագրում կան մարդիկ, ովքեր կարող են պատասխանել հարցերին տարբեր լեզուներով: Մեր ծրագիրը կարող է նաև ձեզ նյութեր տրամադրել անգլերենից բացի այլ լեզուներով և ձևաչափերով, ինչպիսիք են խոշոր տպագիր, բրայլյան կամ աուդիո տարբերակները: Կարող եք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն և խնդրել, որպեսզի այս տեղեկատվությունը ձեզ ուղարկվի իսպաներեն, չինարեն, հայերեն, կորեերեն, ռուսերեն, վիետնամերեն, պարսկերեն, թագալերեն, քմերեն կամ արաբերեն լեզուներով:
    - Դուք կարող եք անվճար ստանալ այս փաստաթուղթն այլ լեզուներով և ձևաչափերով, ինչպես օրինակ՝ խոշոր տառատեսակով տպագրությունը, բրայլյան ձևաչափը կամ ձայնագրությունը: Զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն այս էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարով: Զանգահարելիս տեղեկացրեք մեզ՝ արդյոք ցանկանում եք, որ դա մշտական պահանջ լինի: Սա նշանակում է, որ մենք ամեն տարի նույն փաստաթղթերը կուղարկենք ձեր պահանջած ձևաչափով և լեզվով: Կարող եք նաև զանգահարել մեզ՝ մշտական պահանջը փոխելու կամ չեղարկելու համար: Դուք կարող եք նաև գտնել ձեր փաստաթղթերն առցանց՝ shop.anthem.com/medicare/ca:

Եթե լեզվական խնդիրներ կամ հաշմանդամության պատճառով խնդիրներ ունեք մեր ծրագրից տեղեկություններ ստանալու հետ, և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք.

- Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն՝ 1-877-486-2048:
- ԱՄՆ Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների վարչության Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 1-800-368-1019: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն՝ 1-800-537-7697:

- Medi-Cal Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 916-440-7370: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն՝ 711:

A. حق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به گونه‌ای که پاسخگوی نیازهای شما باشد

باید اطمینان حاصل کنیم که **همه** خدمات به شیوه‌ای متناسب با فرهنگ‌تان و قابل دسترس به شما ارائه می‌شود. همچنین باید درباره مزایای طرح و حقوق شما به نحوی که برای شما قابل درک باشد اطلاع‌رسانی کنیم. باید هر سال که عضو طرح ما هستید، به شما درباره حقوق‌تان اطلاع‌رسانی کنیم.

- برای دریافت اطلاعات به گونه‌ای که برای شما قابل فهم باشد، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید. در طرح ما مترجمان شفاهی رایگانی هستند که می‌توانند به زبان‌های مختلف به پرسش‌های شما پاسخ دهند.

- طرح ما همچنین می‌تواند اطلاعات مورد نیاز شما را به زبان‌های غیر از انگلیسی و به فرمت‌های گوناگون شامل چاپ درشت، خط بریل، یا فایل صوتی در اختیار شما قرار دهد. برای دریافت مطالب در یکی از این فرمت‌های جایگزین، لطفا با شماره **1-833-707-3129** تماس بگیرید یا با Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) مکاتبه کنید P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007.

  - برای دریافت اطلاعات به گونه‌ای که برای شما قابل فهم باشد، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید. طرح ما شامل افرادی است که می‌توانند به زبان‌های مختلف پاسخگوی سؤالات شما باشند. همچنین این طرح می‌تواند اطلاعات مورد نیاز شما را به زبان‌های غیر از انگلیسی و به فرمت‌های گوناگون شامل چاپ درشت، خط بریل، یا فایل صوتی در اختیار شما قرار دهد. می‌توانید با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید و درخواست کنید تا مطالب موجود به زبان‌های اسپانیایی، چینی، ارمنی، کره‌ای، روسی، ویتنامی، فارسی، تاگالوگ، خمر یا عربی برای شما ارسال شوند.

  - می‌توانید این سند را به‌صورت رایگان در زبان‌ها و فرمت‌های دیگر مانند چاپ درشت، خط بریل یا فرمت صوتی دریافت کنید. با مرکز خدمات اعضا به شماره مندرج در پایین این صفحه تماس بگیرید. اگر می‌خواهید این درخواست را به‌عنوان درخواست دائمی ثبت کنید، هنگام تماس به ما اطلاع دهید. این بدین معنی است که ما هر سال این اسناد را به فرمت و زبان درخواستی شما ارسال می‌کنیم. همچنین می‌توانید برای تغییر یا لغو درخواست دائمی خود با ما تماس بگیرید. می‌توانید مدارک خود را به‌صورت آنلاین در آدرس shop.anthem.com/medicare/ca نیز پیدا کنید.

اگر دریافت اطلاعات از برنامه ما به دلیل مشکلات زبانی یا ناتوانی برای شما دشوار است و می‌خواهید شکایت ارائه دهید، با شماره زیر تماس بگیرید:

- Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی در وزارت بهداشت و خدمات انسانی امریکا با شماره تلفن 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal به شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند. دارید برای کمک گرفتن با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

A. Вы имеете право получать необходимые вам помощь и информацию

Мы должны следить за тем, чтобы **все** обслуживание было доступным и чтобы вы получали его с учетом ваших культурных особенностей. О покрываемом планом обслуживании и о ваших правах мы должны сообщать в понятной вам форме. Пока вы остаетесь участником нашего плана, мы должны каждый год сообщать вам о ваших правах.

- Для того чтобы получить информацию в удобной для вас форме, позвоните в наш отдел обслуживания. У нас есть устные переводчики, которые на различных языках отвечают на вопросы участников плана.
- Кроме того, вы можете получить материалы нашего плана в переводе на другие языки или в других формах, например в виде аудиозаписи или напечатанными крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Для того чтобы получать материалы плана в одной из альтернативных форм, позвоните по номеру **1-833-707-3129** или напишите по следующему адресу: Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007.
    - Для того чтобы получить информацию в удобной для вас форме, позвоните в наш отдел обслуживания. У нас есть люди, которые на различных языках отвечают на вопросы участников плана. Кроме того, вы можете получить материалы нашего плана в переводе на другие языки или в других формах, например в виде аудиозаписи или напечатанными крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Вы можете позвонить в отдел обслуживания и попросить, чтобы материалы плана вам присылали на испанском, китайском, армянском, русском, вьетнамском, тагальском, кхмерском или арабском языке или на фарси.

- Этот документ можно бесплатно получить на других языках и в других формах, например напечатанным крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в виде аудиозаписи. Позвоните в отдел обслуживания по номеру, указанному в нижней части страницы. Во время разговора снашим сотрудником попросите считать ваше распоряжение долгосрочным. В этом случае мы будем ежегодно присылать вам документы на выбранном языке и в выбранной форме. Вы всегда можете нам позвонить, чтобы изменить или отменить ваши долгосрочные распоряжения. Кроме того, необходимые вам документы есть на сайте shop.anthem.com/medicare/ca.

Если из-за инвалидности или недостаточного знания английского языка вам трудно разбираться в информации, которую мы вам сообщаем, то можете подать жалобу:

- В программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Звонить можно круглосуточно и в любой день недели. Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.
- В Управление по вопросам гражданских прав при Департаменте здравоохранения и социальных служб по номеру 1-800-368-1019. Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-800-537-7697.
- В отдел гражданских прав при программе Medi-Cal по номеру 916-440-7370. Пользователям TTY следует звонить по номеру 711.

A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلبي احتياجاتك

يجب أن نحرص على أن تكون **جميع** الخدمات التي نقدمها إليك مناسبة لثقافتك ويمكن الوصول إليها بسهولة. يجب أن نخبرك أيضا عن مزايا خطتنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ويجب أن نخبرك عن حقوقك سنويا طالما أنك مسجل في خطتنا.

- للحصول على المعلومات بالطريقة التي يمكنك فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. لدينا في خطتنا خدمات الترجمة الفورية التي يمكنك الاستعانة بها للحصول على إجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.
- يمكن لخطتنا توفير المواد لك بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية، وبتنسيقات مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو مسجلة صوتيا. للحصول على المستندات بتنسيق مختلف من هذه التنسيقات، يرجى الاتصال بالرقم **1-833-707-3129** أو إرسال رسالة كتابية إلى Anthem Mediblue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007.

- للحصول على المعلومات بالطريقة التي يمكنك فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. هناك أشخاص يعملون في خطتنا بإمكانهم الإجابة عن أسئلتك بلغات مختلفة. يمكن لخطتنا توفير المواد لك بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية، وبتنسيقات مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو مسجلة صوتيا. يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء وطلب إرسال المواد لك باللغة الإسبانية أو الصينية أو الأرمينية أو الكورية أو الروسية أو الفيتنامية أو الفارسية أو التاغالوغية أو الخميرية أو العربية.
- يمكنك الحصول على هذا المستند مجانا بلغات وتنسيقات أخرى كأن تكون مطبوعة بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل أو مسجلة صوتيا. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم المدرج في الجزء السفلي من هذه الصفحة. عند الاتصال، أخبرنا إذا كنت تريد أن يكون ذلك طلبا ثابتا. ويعني ذلك أننا سنرسل نفس المستندات بالتنسيق واللغة المطلوبين من جانبك كل عام. يمكنك أيضا الاتصال بنا لتغيير أو إلغاء طلب ثابت. يمكنك أيضا العثور على مستنداتك عبر الإنترنت على الموقع الإلكتروني shop.anthem.com/medicare/ca.

إذا واجهت مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بسبب مشكلات لغوية أو إعاقة وتريد تقديم شكوى، فاتصل على:

- Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكنك الاتصال على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. ويجب على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية على الرقم 1-800-368-1019. ويجب على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.
- مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية على الرقم 916-440-7370 ويجب على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711.

A. អ្នកមានសទ្ធទទួលបានសេវាកម្ម និងពត៌មានតាមមធ្យោបាយណាមួយដែលអ្នកពេញចិត្ត

យើងកត្រូវតែជានាថាសេវាកម្ម**ទាំងអស**ត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកទៅតាមលក្ខណៈវិប្បដិបត្តិ និងលក្ខណៈដែលអ្នកអាចប្រើប្រាស់បាន។ យើងកត្រូវប្រាបអ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍ នៃគម្រោងរបស់យើង និងសទ្ធរបស់អ្នកតាមវិធីដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវប្រាបអ្នកអំពីសទ្ធរបស់អ្នករៀងរាល់ឆ្នាំដែល អ្នកសត្តនៅកងគម្រោងរបស់យើង។

- ដេម្បីទទួលបានពត៌មានកងទម្រង់ដែលអ្នកអាចយល់បាន សមទ្ធរសពាទៅដែកសេវាសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្តាល់មាត តត្តកត្តថៃដែលអាចនេយសណរជាភាសាផ្សេងៗ។

- គម្រោងរបស់យើងអាចផ្តល់ជូនអ្នកនូវសម្ភារៈជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និងជាទ្រង់ទ្រាយផ្សេងទៀតដូចជាអក្សរបោះពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀត សូមហៅទូរស័ព្ទមកលេខ **1-833-707-3129** ឬសរសេរសំបុត្រទៅ Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007។
    - ដើម្បីទទួលបានពត៌មានក្នុងទម្រង់ដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរស័ព្ទទៅផែនសេវាសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានអ្នកដែលអាចនិយាយភាសាផ្សេងៗ។ គម្រោងរបស់យើងអាចផ្តល់ជូនអ្នកនូវសម្ភារៈឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និងជាទ្រង់ទ្រាយផ្សេងទៀតដូចជាអក្សរបោះពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។ អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅផែនសេវាសមាជិកហើយសុំឱ្យគេផ្ញើឯកសារទៅអ្នកជាភាសាអេស្ប៉ាញ ចិន អារ៉ាប់ ក្រេ រុស្ស៊ី វៀតណាម ហាស៊ី តាកាឡុក ខ្មែរ ឬអារ៉ាប។
    - អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃតាមទម្រង់ និងភាសាផ្សេងៗដូចជា ការបោះពុម្ពអក្សរធំៗ អក្សរសម្រាប់មនុស្សពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។ ទូរស័ព្ទទៅកាន់សេវាសមាជិកតាមលេខទូរស័ព្ទដែលរាយនៅផែនខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ។ នៅពេលហៅទូរស័ព្ទ សូមប្រាប់យើងប្រសិនបើអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ មានន័យថា យើងនឹងផ្ញើឯកសារដូចគ្នាទៅតាមទម្រង់ និងភាសាដែលអ្នកបានសើរើរួចមកហើយ។ អ្នកក៏អាចហៅទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំដើម្បីជាសំបុត្រ ឬបញ្ជូនសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរផងដែរ។ អ្នកក៏អាចស្វែងរកឯកសាររបស់អ្នកលើបណ្តាញអ៊ីនធឺណិតបានផងដែរតាម shop.anthem.com/medicare/ca។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានពត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារតែបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង សូមហៅទូរស័ព្ទមកលេខ៖

- Medicare តាម 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចហៅបាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។
- នាយកដ្ឋានសុខភាព និងសេវាមនុស្សធម៌ ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធិស្រលាញ់តាមលេខ 1-800-368-1019 ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-537-7697។
- ការិយាល័យសិទ្ធិរបស់ Medi-Cal តាមលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 711។

B. Trách nhiệm của chúng tôi đối với việc quý vị tiếp cận kịp thời với các dịch vụ và thuốc được đài thọ

Quý vị có các quyền với tư cách là thành viên trong 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** của *Sổ tay Hội viên* của quý vị.
    - Xin gọi cho Ban Dịch vụ Thành 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 sử dụng một nhà cung cấp dịch vụ không phải PCP của quý vị.
- Quý vị có quyền nhận dịch vụ được bao trả 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 các 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.
- Quý vị có quyền lấy thuốc kê toa của mình tại mọi nhà 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, hãy tham khảo **Chương 3** của *Sổ tay Hội viên* của quý vị.
- 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 duy trì các nhà cung cấp và cho phép dịch vụ của quý vị, hãy tham khảo **Chương 1** của *Sổ tay Hội viên* của quý vị.

- Quý vị có quyền đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe của riêng mình với sự giúp đỡ từ nhóm chăm sóc và điều phối viên chăm sóc của quý vị.

Chương 9 của *Sổ tay Hội viên* của quý vị cho biết quý vị có thể làm gì nếu cho rằng mình không nhận được các dịch vụ và thuốc trong một khoảng thời gian hợp lý. Chương này cũng thông báo về những việc quý vị có thể làm nếu chúng tôi đã từ chối bao trả 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 của chúng tôi. 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 của quý vị 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."

Các thành viên có thể đồng ý nhận các dịch vụ nhạy cảm không bắt buộc phải xin phép bất kỳ thành viên nào khác để nhận các dịch vụ nhạy cảm hoặc gửi yêu cầu về các dịch vụ nhạy cảm. Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) sẽ hướng các thông tin liên quan đến các dịch vụ nhạy cảm đến địa chỉ gửi thư, địa chỉ email hoặc số điện thoại được chỉ định thay thế của hội viên hoặc, trong trường hợp không có chỉ định, nhân danh hội viên tại địa chỉ hoặc số điện thoại trong hồ sơ. Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) sẽ không tiết lộ thông tin y tế liên quan đến các dịch vụ nhạy cảm cho bất kỳ hội viên nào khác mà không được hội viên nhận dịch vụ chăm sóc cho phép bằng văn bản. Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) sẽ đáp ứng các yêu cầu liên lạc bí mật theo hình thức và định dạng được yêu cầu, nếu nó có thể thực hiện được dễ dàng ở dạng và định dạng được yêu cầu hoặc tại các địa điểm thay thế. Yêu cầu thông tin liên lạc bảo mật của thành viên liên quan đến các dịch vụ nhạy cảm sẽ có hiệu lực cho đến khi thành viên hủy bỏ yêu cầu hoặc gửi yêu cầu mới về thông tin liên lạc bảo mật.

C1. Chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị như thế nào

Chúng tôi đảm bảo rằng không có người không có thẩm quyền nào được xem xét hoặc thay đổi hồ sơ của quý vị.

Ngoại trừ các trường hợp được nêu dưới đây, chúng tôi 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 phải nhận được sự cho phép bằng văn bản từ quý vị. Quý vị , hoặc ai đó được ủy quyền hợp pháp để đưa ra quyết định cho quý vị, có thể cho phép bằng văn bản.

Đôi khi chúng tôi không cần phải nhận được sự cho phép bằng văn bản của quý vị trước. Các ngoại lệ này được cho phép hoặc bắt buộc theo luật:

- Chúng tôi phải cung cấp PHI cho các cơ quan chính phủ kiểm tra chất lượng việc chăm sóc của chương trình của chúng tôi.
- Chúng tôi phải cung cấp PHI theo lệnh của tòa án.
- Chúng tôi phải cung cấp PHI của quý vị cho Medicare. Nếu Medicare tiết lộ PHI của quý vị cho mục đích nghiên cứu hoặc sử dụng vào mục đích khác, họ sẽ thực hiện theo luật liên bang và tiểu bang.

C2. Quyền xem xét hồ sơ y tế của quý vị

- Quý vị có quyền xem các hồ sơ bệnh án và nhận một bản sao các hồ sơ của mình.
- 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 Thành viên.

Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)

Thông báo Quy định về Quyền riêng tư HIPPA

Ngày có hiệu lực ban đầu của thông báo này là ngày 14 Tháng 4 năm 2003. Thông báo này đã được sửa đổi gần đây nhất vào Tháng Sáu, 2022.

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 (PHI) của quý vị. 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.

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 hội viên của chúng tôi. Điều đó có nghĩa rằng nếu quý vị là một thành 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 lấy thông tin về quý vị từ các cơ quan tiểu bang của Medicaid và Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid sau khi quý vị đủ điều kiện và đăng ký chương trình sức khỏe của chúng tôi. Chúng tôi cũng lấy thông tin này từ bác sĩ, phòng khám, phòng thí nghiệm và bệnh viện của quý vị để chúng tôi có thể đồng ý và thanh toán 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 kĩ 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 sỹ, phòng khám và những người khác tính hóa đơn cho chúng tôi về dịch vụ chăm sóc của quý vị
  - Khi chúng tôi nói rằng chúng tôi sẽ chi trả cho các dịch vụ hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe trước khi quý vị nhận chúng

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 shop.anthem.com/medicare/ca để biết thêm thông tin.

- **Vì lý do kinh doanh 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 khác mà giúp đỡ 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 như quý vị không thể nói lên quan điểm của mình và đó là điều tốt nhất đối với 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 tâm lý trị liệu 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.

Các cách khác chúng tôi có thể - hoặc luật pháp quy định 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 trưởng ban tang lễ tìm ra tên và nguyên nhân cái chết của quý vị
- Để hỗ trợ khi quý vị đã yêu cầu hiến tặng các bộ phận cơ thể của mình cho khoa học
- Để nghiên cứu
- Để 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
- Cung cấp thông tin cho bộ phận bồi thường lao động nếu quý vị bị ốm hoặc bị thương tại nơi làm việc

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.**
- 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 đã nhắc đến trong thông báo này.
- Chúng tôi phải thông báo cho quý vị về những gì luật pháp quy định chúng tôi phải thực hiện về quyền riêng tư.
- Chúng tôi phải thực hiện những điều chúng tôi nêu rõ rằng chúng tôi sẽ thực hiện trong thông báo này.
- Chúng tôi phải gửi PHI của quý vị tới một 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 lạc với quý vị

Chúng tôi và các chi nhánh và/hoặc các nhà cung cấp của mình có thể gọi điện hoặc nhắn tin cho quý vị bằng hệ thống điện thoại quay số tự động và/hoặc ghi âm giọng nói. Nhưng chúng tôi chỉ làm điều này theo Đạo luật Bảo vệ Khách hàng Điện thoại (TCPA). Chúng tôi cũng có thể liên hệ với quý vị để cho quý vị biết về các lựa chọn điều trị hoặc các lợi ích và dịch vụ liên quan đến sức khỏe khác. Nếu quý vị không muốn được liên hệ qua điện thoại, chỉ cần cho người gọi biết và chúng tôi sẽ không liên hệ với quý vị theo cách này nữa. Hoặc quý vị có thể gọi số 1-844-203-3796 để thêm số điện thoại của quý vị vào danh sách Không Gọi.

Chuyện gì nếu quý vị có thắc mắc?

Nếu quý vị có thắc mắc về các quy định quyền riêng tư của mình hoặc muốn sử dụng các quyền của mình, vui lòng gọi Dịch vụ Hội viên theo số **1-833-707-3129**. Nếu quý vị bị điếc 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 lạc với Department of Health and Human Services. Sẽ không có điều gì tồi tệ xảy ra với quý vị nếu quý vị phàn nàn.

Gửi thư hoặc gọi điện đến Department of Health and Human Services theo địa chỉ:
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 Seventh St., Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Điện thoại: 1-800-368-1019
TDD: 1-800-537-7697
Fax: 1-415-437-8329
hoặc
Privacy Officer c/o Office of HIPAA Compliance
Department of Health Care Services (DHCS)
P.O. Box 997413, MS 4722
Sacramento, CA 95899-7413
Email: privacyofficer@dhcs.ca.gov
Điện thoại: 1-916-445-4646
Fax: 1-916-440-7680
hoặc
Information Security Officer
DHCS Information Security Office
P.O. Box 997413, MS 6400
Sacramento, CA 95899-7413
Email: iso@dhcs.ca.gov
Điện thoại: ITSD Help Desk
1-916-440-7000 hoặc 1-800-579-0874
Fax: 1-916-440-5537

Chúng tôi có quyền thay đổi thông báo theo Đạo luật về Trách nhiệm Giải trình và Cung cấp Thông tin Bảo hiểm Y tế (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 chúng trên trang web tại địa chỉ shop.anthem.com/medicare/ca/.

Chủng tộc, dân tộc, ngôn ngữ, khuynh hướng tình dục và nhận dạng giới tính
Chúng tôi lấy thông tin về chủng tộc, dân tộc, ngôn ngữ, xu hướng tình dục và nhận dạng giới tính về quý vị từ cơ quan Medicaid của tiểu bang và các Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid. 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
- Tạo và gửi thông tin giáo dục y tế
- Cho bác sỹ biết về nhu cầu ngôn ngữ của quý vị
- Cung cấp dịch vụ thông dịch và biên dịch

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
  - Công ty bảo hiểm khác
- Chúng tôi có thể chia sẻ PI với người hoặc nhóm ngoài công ty của chúng tôi mà không cần 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.

Thông tin này được cung cấp miễn phí bằng các ngôn ngữ khác. Vui lòng liên lạc Dịch vụ Hội viên theo số **1-833-707-3129** (TTY **711**).

Đã sửa đổi tháng Sáu, 2022.

D. Trách nhiệm của chúng tôi là cung cấp thông tin cho quý vị

Là thành viên của chương trình của chúng tôi, quý vị có quyền nhận thông tin từ chúng tôi về chương trình của chúng tôi, các nhà cung cấp mạng của chúng tôi và các dịch vụ được đài thọ của quý vị.

Nếu quý vị không nói được Tiếng Anh, chúng tôi có dịch vụ thông dịch để trả lời các câu hỏi mà quý vị có về chương trình của chúng tôi. Để yêu cầu một thông dịch viên, hãy gọi chúng tôi theo số **1-833-707-3129** (TTY **711**). Đây là dịch vụ miễn phí cho quý vị. Quý vị có thể gọi Dịch vụ Hội viên và yêu cầu gửi thông tin này 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. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin dưới dạng bản in lớn, chữ nổi Braille, dữ liệu hoặc đĩa CD âm thanh.

Nếu quý vị muốn thông tin về bất kỳ nội dung nào sau đây, gọi cho Ban Dịch vụ Thành viên:

- Cách chọn hoặc thay đổi chương trình
- Chương trình của chúng tôi, bao gồm:
  - thông tin tài chính
  - cách các thành viên của chương trình đã đánh giá chúng tôi
  - 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
- Các dịch vụ và thuốc được bao trả và các quy định mà quý vị phải tuân thủ, gồm có:
  - dịch vụ (tham khảo **Chương 3 và 4** trong *Sổ tay Hội viên* của quý vị) và thuốc (tham khảo **Chương 5 và 6** trong *Sổ tay Hội viên* của quý vị) được chương trình của chúng tôi bao trả
  - các giới hạn cho bảo hiểm và thuốc của quý vị
  - các quy định mà quý vị phải tuân thủ để được nhận dịch vụ và thuốc được bảo hiểm

- Tại sao một mục nào đó lại không được đài thọ và quý vị có thể làm gì về mục đó (tham khảo **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* của quý vị), bao gồm yêu cầu chúng tôi:
  - giải thích bằng văn bản tại sao một mục nào đó lại không được bao trả
  - 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 thể xuất hóa đơn dư nợ hoặc bắt quý vị trả khi chúng tôi trả tiền cho họ thấp hơn mức phí của nhà cung cấp dịch vụ đó. Để biết những gì cần làm nếu nhà cung cấp trong mạng lưới cố gắng tính phí cho quý vị các dịch vụ được bảo hiểm, tham khảo **Chương 7** của *Sổ tay Hội viên* của quý vị.

F. Quyền rời khỏi chương trình của chúng tôi

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 khác.
- Quý vị có thể nhận các quyền lợi thuốc kê toa Medicare Phần D từ một chương trình thuốc kê toa hoặc từ một chương trình Medicare Advantage khác.
- Xem **Chương 10** của *Sổ tay Hội viên*.
  - 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.
  - Để biết thông tin về cách quý vị sẽ nhận được quyền lợi Medi-Cal của mình nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi.

G. Quý vị có quyền ra quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho mình

Quý vị có quyền nhận được thông tin đầy đủ từ các bác sĩ của mình và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác để giúp quý vị đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của mình.

G1. Quý vị có quyền được biết các lựa chọn điều trị của mình và ra quyết định

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 các lựa chọn điều trị khác nhau.
- **Biết những rủi ro.** Quý vị có quyền được thông báo về bất kỳ rủi ro nào liên quan. Chúng tôi phải thông báo cho quý vị 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.
- **Từ chối.** 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 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, chúng tôi sẽ không loại quý vị 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 đài thọ cho một dịch vụ hoặc thuốc đã bị từ chối hoặc thường không được đài thọ.** Việc này được gọi là yêu cầu quyết định bảo hiểm. **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* của quý vị giải thích cách thức yêu cầu chúng tôi có quyết định bảo hiểm.

G2. Quý vị có quyền cho biết quý vị muốn phải làm sao

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 để 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, bao gồm cả việc chăm sóc mà quý vị **không** muốn.

Các tài liệu hợp pháp mà quý vị 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 về chăm sóc sức khỏe.

Quý vị không bắt buộc phải có chỉ thị trước, nhưng quý vị có thể có nó. Dưới đây là những việc cần làm nếu quý vị muốn sử dụng chỉ thị trước:

- **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 nhà thuốc và văn phòng nhà cung cấp thường có các biểu mẫu này. Quý vị có thể tìm thấy một biểu mẫu miễn phí trực tuyến và tải xuống. Quý vị cũng có thể liên hệ với Dịch vụ Hội viên để xin biểu mẫu này.
- **Điền vào biểu mẫu và ký tên.** Biểu mẫu này là một tài liệu pháp lý. Quý vị nên cân nhắc việc nhờ luật sư hoặc người khác mà quý vị tin tưởng, chẳng hạn như thành viên gia đình hoặc PCP của quý vị, giúp quý vị hoàn thành việc này.
- **Cung cấp bản sao cho những người cần biết.** 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 có thể đưa các bản sao cho quý vị bè thân hoặc người thân trong gia đình. 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 bản 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.

Quý vị có quyền:

- Chuẩn bị sẵn chỉ thị trước trong hồ sơ y tế của mình.

- Thay đổi hoặc hủy bỏ chỉ thị trước bất cứ lúc nào.
- Tìm hiểu về những thay đổi đối với luật về chỉ thị trước. Anthem MediBlue Full Dual Advantage (D-SNP) sẽ cho quý vị biết về các thay đổi đối với luật pháp tiểu bang không muộn hơn 90 ngày kể từ khi có thay đổi.

Chuẩn bị một chỉ thị trước là sự lựa chọn **của quý vị**. Gọi Dịch vụ Hội viên để biết thêm thông tin.

G3. Cần làm gì nếu không tuân thủ các hướng dẫn của quý vị

Nếu quý vị đã ký vào một bản chỉ dẫn trước và quý vị tin rằng một bác sĩ hoặc bệnh viện đã không thực hiện các lời chỉ dẫn trong đó thì quý vị có thể gửi khiếu nại cho:

Khiếu nại bác sĩ:
Medical Board of California
Central Complaint Unit
2005 Evergreen Street, Suite 1200 Sacramento, CA 95815
Miễn cước: 1-800-633-2322 (TTY: 711)

Khiếu nại về bệnh viện:
California Department of Public Health
Consumer Information System
Điện thoại: 1-800-236-9747 (TTY: 711)

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

Chương 9 trong *Sổ tay Hội viên* của quý vị 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 của chương trình đã gửi cho chúng tôi. Gọi cho Ban Dịch vụ Thành viên để nhận thông tin này.

H1. Phải làm gì về việc đối xử bất công hoặc để biết thêm thông tin về các 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** của *Sổ tay Hội viên* của quý vị – hoặc quý vị muốn thêm thông tin về quyền của mình, quý vị có thể gọi:

- Dịch vụ Hội viên theo số **1-833-707-3129** (TTY: **711**).

- Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (HICAP) theo số 1-800-434-0222. Để biết thêm thông tin chi tiết về HICAP, hãy tham khảo Chương 2.
- Ombuds Program theo số 1-888-452-8609. Để biết thêm thông tin chi tiết về chương trình này, hãy tham khảo **Chương 2** trong *Sổ tay Hội viên* của quý vị.
- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. (Quý vị cũng có thể đọc hoặc tải xuống "Quyền & Biện pháp Bảo vệ của Medicare" 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 hội viên 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 Hội viên*** để biết chương trình của chúng tôi chi trả những gì và các quy tắc cần tuân theo để nhận được các dịch vụ và thuốc được đài thọ. Để biết chi tiết về:
  - Các dịch vụ được đài thọ, hãy tham khảo **Chương 3 và 4** trong *Sổ tay Hội viên* của quý vị. Những chương này sẽ cho quý vị biết những gì được bao trả, những gì không được bao trả, quy định nào mà quý vị phải tuân thủ, và quý vị phải trả tiền như thế nào.
  - Các thuốc được đài thọ, hãy tham khảo **Chương 5 và 6** trong *Sổ tay Hội viên* của quý vị.
- **Hãy cho chúng tôi biết về bất kỳ bảo hiểm y tế hay thuốc theo toa nào khác** mà quý vị có. Chúng tôi phải 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. Hãy gọi Ban Dịch vụ Thành 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 là thành viên của chương trình chúng tôi. Hãy xuất trình thẻ ID chương trình khi quý vị nhận các dịch vụ hoặc thuốc.
- **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 sức khỏe của quý vị. Tuân thủ các kế hoạch điều trị và hướng dẫn mà quý vị và nhà cung cấp của quý vị đồng ý tuân theo.

- Đảm bảo các bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp khác biết về tất cả các loại thuốc mà quý vị đang sử dụng. Chương trình này bao gồm các thuốc theo toa, thuốc mua không cần toa bác sĩ, vitamin và các thực phẩm chức năng.
- Hỏi bất kỳ câu hỏi nào quý vị có. 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.

- **Làm việc với điều phối viên chăm sóc của quý vị** bao gồm hoàn thành đánh giá rủi ro sức khỏe hàng năm.
- **Hãy tôn trọng người khác.** Chúng tôi yêu cầu tất cả các thành viên của chương trình tôn trọng các quyền của những người khác khác. Chúng tôi cũng hy vọng quý vị ứng xử có tôn trọng tại phòng khám bác sĩ của quý vị, bệnh viện và với các nhà cung cấp khác.
- **Hãy cho chúng tôi biết về bất kỳ dịch vụ nào quý vị nhận được ngoài chương trình của chúng tôi.**
- **Thanh toán những gì thuộc trách nhiệm của quý vị.** Là hội viên chương trình, quý vị chịu trách nhiệm về các khoản thanh toán sau:
  - Phí bảo hiểm Medicare Phần A và Medicare Phần B. Với hầu hết các hội viên của chương trình, Medi-Cal thanh toán phí bảo hiểm Phần A và phí bảo hiểm Phần B của quý vị.
- **Thông báo cho chúng tôi nếu quý vị chuyển chỗ ở.** Nếu quý vị có kế hoạch chuyển chỗ ở, hãy cho chúng tôi biết ngay. Gọi cho Ban Dịch vụ Thành viên.
  - **Nếu quý vị chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi, quý vị không thể ở lại chương trình của chúng tôi.** Chỉ những người sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi mới có thể là thành viên của chương trình này. **Chương 1** của *Sổ tay Hội viên* cho quý vị biết về khu vực dịch vụ của chúng tôi.
  - Chúng tôi có thể giúp quý vị tìm hiểu xem quý vị có đang chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi hay không. Trong 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.
  - Cho Medicare và Medi-Cal biết địa chỉ mới của quý vị khi quý vị chuyển đi. Tham khảo **Chương 2** của *Sổ tay Hội viên* để biết số điện thoại của Medicare và Medi-Cal.

- **Nếu quý vị chuyển nhà và vẫn ở trong khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi, quý vị vẫn cần phải báo cho chúng tôi biết.** Chúng tôi cần phải cập nhật hồ sơ hội viên của quý vị và biết cách liên lạc với quý vị.

- **Hãy cho chúng tôi biết nếu quý vị có số điện thoại mới** hoặc cách tốt hơn để liên hệ với quý vị.

- Gọi Ban Dịch vụ Thành 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 bao trả, kháng cáo, khiếu nại)

Giới thiệu

Chương này có thông tin về các quyền của quý vị. Hãy đọc Chương này để tìm hiểu về những gì cần làm nếu:

- Quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại về chương trình của quý vị.
- Quý vị cần dịch vụ, khoản mục hoặc thuốc mà chương trình của quý vị thông báo là họ sẽ không thanh toán.
- 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 bao trả của mình chấm dứt quá sớm.
- Quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại về dịch vụ và hỗ trợ dài hạn của mình, bao gồm Dịch vụ dành cho Người lớn tại Cộng đồng (CBAS) và dịch vụ của Cơ sở Điều dưỡng (NF).

Chương này được chia làm nhiều mục khác nhau giúp quý vị dễ tìm được thông tin cần tìm. **Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc mối lo ngại, hãy đọc các phần áp dụng cho trường hợp của quý vị ở Chương này.**

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 như một phần của kế hoạch chăm sóc của quý vị. **Nếu quý vị gặp vấn đề về dịch vụ chăm sóc của mình, quý vị có thể gọi cho Ombuds Program theo số 1-888-452-8609** để được giúp đỡ. Chương này sẽ giải thích về 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 Ombuds Program để xin họ chỉ dẫn cho quý vị giải quyết vấn đề. Để biết các nguồn lực bổ sung xử lý các quan ngại và cách liên lạc với họ, tham khảo **Chương 2** trong *Sổ tay Hội viên* của quý vị.

Quý vị có thể nhận trợ giúp từ Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe có Quản lý của California

Trong đoạn này, thuật ngữ "grievance" ("than phiền") chỉ việc kháng cáo hoặc khiếu nại về các dịch vụ Medi-Cal, chương trình sức khỏe của quý vị, hoặc một trong những nhà cung cấp của quý vị.

Cơ quan Chăm sóc Sức khỏe Có Quản lý Tiểu bang California chịu trách nhiệm quản lý các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có khiếu nại về chương trình sức khỏe của mình, trước tiên quý vị cần gọi điện đến chương trình sức khỏe của mình theo số **1-833-707-3129** (TTY: **711**), thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và sử dụng quy trình than phiền 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 chăm sóc sức khỏe của quý vị, hoặc một khiếu nại vẫn chưa được giải quyết sau hơn 30 ngày, quý vị có thể gọi điện đến sở để được trợ giúp. Quý vị cũng có thể hội đủ tiêu chuẩn để xin được Đánh giá Y tế Độc lập (IMR). Nếu bởi chương trình sức khỏe liên quan đến tính cần thiết về mặt y tế của dịch vụ hoặc phương pháp điều trị được đề xuất, quyết định bảo hiểm cho các phương pháp điều trị mang tính chất thí nghiệm hoặc nghiên cứu và tranh chấp về thanh toán cho dịch vụ y tế cấp cứu hoặc khẩn cấp. 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 của sở www.dmhc.ca.gov có mẫu khiếu nại, mẫu đơn IMR và hướng dẫn trực tuyến.

Mục lục

A. Những điều cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc lo lắng 199

A1. Về các thuật ngữ pháp lý 199

B. Nơi nhận trợ giúp 199

B1. Để biết thêm thông tin và trợ giúp 199

C. Hiểu về khiếu nại và kháng cáo Medicare và Medi-Cal trong chương trình của chúng tôi 201

D. Gặp vấn đề về quyền lợi của quý vị 201

E. Quyết định bao trả và kháng cáo 202

E1. Quyết định bao trả 202

E2. Kháng cáo 202

E3. Trợ giúp về các quyết định bao trả và kháng cáo 203

E4. Mục nào của Chương này có thể giúp quý vị 204

F. Chăm sóc y tế 205
F1. Sử dụng mục này 205
F2. Yêu cầu quyết định bao trả 206
F3. Kháng cáo Cấp độ 1 209
F4. Kháng cáo Cấp độ 2 212
F5. Các vấn đề về thanh toán 219
G. Thuốc kê toa Medicare Phần D 220
G1. Quyết định bao trả và kháng cáo Phần D 220
G2. Các ngoại lệ Phần D 222
G3. Điều quan trọng cần biết về yêu cầu ngoại lệ 223
G4. Yêu cầu quyết định bao trả, gồm cả ngoại lệ 223
G5. Kháng cáo Cấp độ 1 226
G6. Kháng cáo Cấp độ 2 229
H. Yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho thời gian nội trú bệnh viện lâu hơn 231
H1. Tìm hiểu về các quyền Medicare của quý vị 231
H2. Kháng cáo Cấp độ 1 232
H3. Kháng cáo Cấp độ 2 235
H4. Kháng cáo thay thế Cấp độ 1 235
H5. Kháng cáo thay thế Cấp độ 2 237
I. Yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả cho một số dịch vụ y tế 237
I1. Thông báo trước trước khi bao trả của quý vị chấm dứt 238
I2. Kháng cáo Cấp độ 1 238
I3. Kháng cáo Cấp độ 2 241

I4. Kháng cáo thay thế Cấp độ 1 242

I5. Kháng cáo thay thế Cấp độ 2 243

J. Tiến hành kháng cáo của quý vị ngoài Cấp độ 2 244

J1. Các bước tiếp theo đối với dịch vụ và khoản mục Medicare 244

J2. Các kháng cáo Medi-Cal bổ sung 245

J3. Cấp độ kháng cáo 3, 4 và 5 cho các yêu cầu thuốc Phần D 246

K. Cách nộp đơn khiếu nại 247

K1. Nên khiếu nại loại vấn đề nào 247

K2. Khiếu nại nội bộ 249

K3. Khiếu nại ra bên ngoài 250

A. Những điều cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc lo lắng

Chương này giải thích cách xử lý vấn đề và lo lắng. Quy trình quý vị sử dụng phụ thuộc vào loại vấn đề quý vị gặp phải. Sử dụng một quy trình cho **các quyết định và kháng cáo bao trả** và một quy trình khác **cho khiếu nại;** còn được gọi là than phiền.

Để đảm bảo công bằng và nhanh chóng, mỗi quy trình đều có một bộ quy tắc, quy trình và thời hạn mà chúng tôi và quý vị phải tuân thủ.

A1. Về các thuật ngữ pháp lý

Có một số thuật ngữ pháp lý trong Chương này cho một số quy định và thời hạn. Nhiều thuật ngữ trong số này có thể khó hiểu, do đó chúng tôi sử dụng các từ ngữ đơn giản hơn để thay cho một số thuật ngữ pháp lý nhất định khi có thể. Chúng tôi sử dụng các chữ viết tắt ít nhất có thể.

Ví dụ, chúng tôi nói:

- “Khiếu nại” thay vì “than phiền”
- “Quyết định bao trả” thay vì “xác định của tổ chức,” “xác định quyền lợi,” “xác định rủi ro,” hoặc “xác định bao trả”
- “Quyết định bao trả nhanh" thay vì "xác định cấp tốc"
- “Tổ chức Đánh giá Độc lập” thay vì “Thực thể Đánh giá Độc lập”

Hiểu các thuật ngữ pháp lý phù hợp có thể giúp quý vị trao đổi rõ ràng hơn, do vậy chúng tôi cũng cung cấp những thuật ngữ đó.

B. Nơi nhận trợ giúp

B1. Để biết thêm thông tin và trợ giúp

Đôi khi, quý vị chẳng biết phải bắt đầu từ đâu hoặc phải sử dụng quy trình nào để giải quyết vấn đề. Điều này có thể đặc biệt đúng nếu quý vị không cảm thấy khỏe hoặc thiếu sinh lực. Ngoài ra, quý vị có thể không có thông tin quý vị cần để thực hiện bước tiếp theo.

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

Quý vị cũng có thể gọi cho Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (HICAP). Các tư vấn viên của HICAP có thể giải đáp thắc mắc của quý vị và giúp quý vị hiểu làm sao để giải quyết vấn đề của quý vị. HICAP không có quan hệ với chúng tôi hoặc bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình sức khỏe nào. HICAP đã đào tạo tư vấn viên cho tất cả các quận, và các dịch vụ của họ đều miễn phí. Số điện thoại của HICAP là 1-800-434-0222.

Trợ giúp từ Health Consumer Alliance

Quý vị có thể gọi cho Health Consumer Alliance và nói chuyện với người hỗ trợ về các câu hỏi liên quan đến bảo hiểm y tế của mình. Họ cung cấp hỗ trợ pháp lý miễn phí. Health Consumer Alliance không có quan hệ với chúng tôi hoặc bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình sức khỏe nào. Số điện thoại của họ là 1-888-804-3536 và trang web của họ là www.healthconsumer.org.

Trợ giúp và thông tin từ Medicare

Để biết thêm thông tin và trợ giúp, quý vị có thể liên hệ với Medicare. Dưới đây là hai cách để nhận trợ giúp về Medicare:

- 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.
- Truy cập trang web của Medicare (www.medicare.gov).

Trợ giúp và thông tin từ Medi-Cal

Để biết thêm thông tin và trợ giúp từ Medicaid, liên hệ Medi-Cal. Dưới đây là hai cách nhận trợ giúp từ Medi-Cal:

- Gọi số 1-800-541-5555 (TTY: 711), thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
- Truy cập trang web của Medi-Cal (www.medi-cal.ca.gov)

Trợ giúp từ Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe California

Thanh tra viên dịch vụ chăm sóc có quản lý Medi-Cal của Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe California (DHCS) có thể giúp. Họ có thể trợ giúp nếu quý vị gặp vấn đề khi tham gia, thay đổi hoặc rời khỏi chương trình sức khỏe. Họ cũng có thể hỗ trợ nếu quý vị chuyển nhà và gặp rắc rối trong việc chuyển Medi-Cal sang quận mới của mình. Quý vị có thể gọi cho Thanh tra viên từ thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều theo số 1-888-452-8609.

Trợ giúp từ Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe có Quản lý của California

Liên hệ với Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe có Quản lý của California để được trợ giúp miễn phí. DMHC chịu trách nhiệm điều chỉnh các chương trình sức khỏe. DMHC giúp những người có kháng cáo về dịch vụ của Medi-Cal hoặc các vấn đề thanh toán hóa đơn. Số điện thoại của họ 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.

C. Hiểu về khiếu nại và kháng cáo Medicare và Medi-Cal trong chương trình của chúng tôi

Quý vị có Medicare và Medi-Cal. Thông tin trong Chương này áp dụng cho **tất cả** các quyền lợi Medicare và Medi-Cal của quý vị. Đây đôi khi được gọi là "quy trình tích hợp" bởi nó kết hợp, hay tích hợp các quy trình của Medicare và Medi-Cal.

Đôi khi không thể kết hợp quy trình của Medicare và Medi-Cal. Trong những trường hợp này, quý vị có thể sử dụng một quy trình cho quyền lợi Medicare và một quy trình khác cho quyền lợi Medi-Cal. **Mục F4** giải thích về những trường hợp này.

D. Gặp vấn đề về quyền lợi của quý vị

Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc lo lắng, hãy đọc các phần áp dụng cho trường hợp của quý vị ở Chương này. 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 bao trả của mình? Vấn đề này bao gồm chăm sóc y tế hoặc các thuốc theo toa cụ thể có được bao trả hay không, cách thức chúng được bao trả và các vấn đề về thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc theo toa.	
Có. Vấn đề của tôi liên quan đến các quyền lợi hoặc bao trả. Tham khảo **Mục E,** "Quyết định bao trả và kháng cáo."	**Không.** Vấn đề của tôi không phải là quyền lợi hoặc bao trả. Tham khảo **Mục K**, "Cách khiếu nại."

E. Quyết định bao trả và kháng cáo

Quy trình yêu cầu ra quyết định bao trả và kháng cáo giải quyết các vấn đề về liên quan đến quyền lợi và bảo hiểm của quý vị. Trong đó cũng bao gồm các vấn đề liên quan đến thanh toán.

E1. Quyết định bao trả

Quyết định bao trả là quyết định chúng tôi đưa ra về các quyền lợi và bảo hiểm của quý vị hoặc về khoản tiền chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc của quý vị. Chúng tôi đưa ra quyết định bao trả bất kỳ khi nào chúng tôi quyết định những gì quý vị được bao trả và số tiền chúng tôi thanh toán. Ví dụ, bác sĩ trong mạng lưới chương trình của quý vị đưa ra một quyết định bao trả thuận lợi cho quý vị dù quý vị có nhận chăm sóc y tế từ họ hay không hoặc họ có giới thiệu quý vị đến một chuyên gia y tế hay không.

Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị cũng có thể liên hệ với chúng tôi và yêu cầu đưa ra quyết định bao trả. Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị có thể không chắc liệu chúng tôi có bao trả cho dịch vụ y tế cụ thể hay không hoặc liệu chúng tôi có từ chối cung cấp dịch vụ y tế quý vị cho rằng mình cần hay không. **Nếu quý vị muốn biết liệu chúng tôi có bao trả cho một dịch vụ y tế trước khi quý vị nhận được nó hay không, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi ra quyết định bao trả cho quý vị.**

Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể quyết định một dịch vụ hoặc một loại thuốc không được bao trả hoặc không còn được Medicare hay Medi-Cal bao trả cho quý vị nữa. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bao trả này, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo.

E2. Kháng cáo

Nếu chúng tôi đưa ra một quyết định bao trả và quý vị không hài lòng với quyết định này, quý vị có thể "kháng cáo" quyết định. Kháng cáo là một cách chính thức yêu cầu chúng tôi xem xét lại và thay đổi một quyết định bao trả mà chúng tôi đã đưa ra.

Khi quý vị kháng cáo một quyết định lần đầu tiên, đây được gọi là Kháng cáo Cấp độ 1. Ở kháng cáo này, chúng tôi sẽ xem xét lại quyết định bao trả chúng tôi đã đưa ra để kiểm tra xem chúng tôi có tuân thủ đúng tất cả các quy tắc hay không. Kháng cáo của quý vị được xử lý bởi những người đánh giá không phải là những người đã đưa ra quyết định bất lợi ban đầu.

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải bắt đầu kháng cáo từ Cấp 1. Nếu quý vị không muốn kháng cáo trước với chương trình vì một dịch vụ Medi-Cal, nếu vấn đề sức khỏe của quý vị là khẩn cấp hoặc liên quan đến đe dọa trực tiếp và nghiêm trọng đến sức khỏe của mình, hoặc nếu quý vị đang bị đau nặng và cần quyết định ngay lập tức, quý vị có thể yêu cầu Đánh giá Y khoa Độc lập từ Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe có Quản lý tại địa chỉ www.dmhc.ca.gov. Tham khảo trang 215 để biết thêm thông tin.

Khi xét duyệt xong, chúng tôi sẽ đưa ra quyết định. Trong một số trường hợp, được giải thích ở phần sau của Chương này, quý vị có thể yêu cầu "quyết định bao trả nhanh" hay cấp tốc hoặc kháng cáo nhanh một quyết định bao trả.

Nếu chúng tôi nói **Không đồng ý** với tất cả hoặc một phần của Kháng cáo Cấp độ 1, quý vị có thể đi đến Kháng cáo Cấp độ 2. Kháng cáo Cấp độ 2 được tiến hành bởi một Tổ chức Đánh giá Độc lập không có quan hệ với chúng tôi.

- Trong một số tình huống, trường hợp của quý vị sẽ được **tự động gửi** cho Tổ chức Đánh giá Độc lập để thực hiện Kháng cáo Cấp độ 2. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị.

- Trong các tình huống khác, quý vị **cần yêu cầu** một Kháng cáo Cấp độ 2.

- Để biết thêm về Kháng cáo Cấp độ 2, tham khảo **Mục F4**.

Nếu quý vị không hài lòng với quyết định tại Kháng cáo Cấp độ 2, quý vị có thể tiếp tục với các cấp độ kháng cáo bổ sung.

E3. Trợ giúp về các quyết định bao trả và kháng cáo

Quý vị có thể yêu cầu trợ giúp từ bất kỳ trong số các đơn vị sau:

- **Dịch vụ Hội viên** theo số ở cuối trang.

- **Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (HICAP)** theo số 1-800-434-0222.

- **Trung tâm Trợ giúp của Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe có Quản lý (DMHC)** để được trợ giúp miễn phí. DMHC chịu trách nhiệm điều chỉnh các chương trình sức khỏe. DMHC giúp những người có kháng cáo về dịch vụ của Medi-Cal hoặc các vấn đề thanh toán hóa đơn. Số điện thoại của họ 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.

- **Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác của quý vị.** Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác của quý vị có thể yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng cáo thay mặt quý vị.

- **Bạn bè hoặc thành viên gia đình**. Quý vị có thể chỉ định một cá nhân khác để thực hiện thay cho quý vị với tư cách là "người đại diện" và yêu cầu quyết định bao trả hoặc nộp đơn kháng cáo.

- **Luật sư**. Quý vị có quyền có luật sư, nhưng **quý vị không bắt buộc phải có luật sư** thì mới được yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng cáo.
    - Gọi cho luật sư riêng hoặc tìm một luật sư trong hiệp hội luật sư tại địa phương hoặc tại các dịch vụ tư vấn khác. Một số nhóm pháp lý sẽ cung cấp miễn phí các dịch vụ pháp lý nếu quý vị đủ điều kiện.
    - Quý vị có thể yêu cầu luật sư hỗ trợ pháp lý từ Health Consumer Alliance theo số 1-888-804-3536.

Điền thông tin vào phiếu "Chỉ định Người đại diện" nếu quý vị muốn có luật sư hay ai đó khác để đảm nhiệm vai trò người đại diện cho quý vị. Giấy này cho phép người đó được hành động thay cho quý vị.

Gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số ở cuối trang và yêu cầu phiếu “Chỉ định Người đại diện”. Quý vị có thể nhận mẫu này tại địa chỉ www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ shop.anthem.com/medicare/ca. **Quý vị phải cung cấp cho chúng tôi bản sao của mẫu đã ký.**

E4. Mục nào của Chương này có thể giúp quý vị

Có bốn tình huống liên quan đến các quyết định bao trả và kháng cáo. Mỗi tình huống sẽ có các quy định và thời hạn khác nhau. Chúng tôi đưa ra chi tiết cho mỗi tình huống trong một mục riêng của chương này. Tham khảo mục áp dụng:

- **Mục F**, “Chăm sóc y tế”
- **Mục G**, “Thuốc kê toa Medicare Phần D”
- **Mục H**, “Yêu cầu chúng tôi bao trả cho thời gian nằm viện lâu hơn”
- **Mục I**, “Yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả một số dịch vụ y tế cụ thể (Mục này chỉ áp dụng cho các dịch vụ: chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn và các dịch vụ tại Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Ngoại Trú Toàn Diện (CORF)).

Nếu quý vị không chắc có thể sử dụng mục nào, hãy gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số ở cuối trang.

F. Chăm sóc y tế

Mục này giải thích những việc phải làm nếu quý vị gặp vấn đề về bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc nếu quý vị muốn chúng tôi hoàn tiền cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Mục này nói về quyền lợi đối với dịch vụ và chăm sóc y tế của quý vị như được mô tả ở **Chương 4** của *Sổ tay Hội viên* của quý vị. Chúng tôi thường đề cập đến "bảo hiểm chăm sóc y tế" hoặc "chăm sóc y tế" trong phần còn lại của mục này. Thuật ngữ “chăm sóc y tế” bao gồm các khoản mục và dịch vụ y tế cũng như thuốc kê toa Medicare Phần B thường là các loại thuốc được bác sĩ hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe cho dùng. Các quy định khác nhau có thể áp dụng cho thuốc kê toa Phần B. Khi chúng được áp dụng, chúng tôi sẽ giải thích quy định áp dụng cho thuốc kê toa Phần B khác với quy định áp dụng cho các khoản mục và dịch vụ y tế như thế nào.

F1. Sử dụng mục này

Mục này giải thích quý vị có thể làm gì khi gặp bất kỳ trường hợp nào sau đây:

1. Quý vị cho rằng chúng tôi bao trả cho các dịch vụ y tế 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 bao trả. Tham khảo **Mục F2**.

2. Chúng tôi không chấp thuận cho dịch vụ chăm sóc y tế mà bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác muốn cung cấp cho quý vị, và quý vị nghĩ chúng tôi cần chấp thuận.

   Những gì quý vị có thể làm: Quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi. Tham khảo **Mục F3**.

3. Quý vị đã nhận được dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị nghĩ là được chúng tôi bao trả, nhưng chúng tôi lại không chịu thanh toán.

   Những gì quý vị có thể làm: Quý vị có thể kháng cáo quyết định không thanh toán của chúng tôi. Tham khảo **Mục F5**.

4. Quý vị đã nhận được và thanh toán cho dịch vụ y tế mà quý vị nghĩ là được bao trả, và quý vị muốn chúng tôi hoàn tiền cho quý vị.

   Những gì quý vị có thể làm: Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị. Tham khảo **Mục F5**.

5. Chúng tôi giảm hoặc ngưng bao trả cho dịch vụ y tế nào đó, và quý vị cho rằng quyết định của chúng tôi có thể gây hại cho sức khỏe của quý vị.

6. Quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc chậm trễ hoặc quý vị không thể tìm được bác sĩ.

Những gì quý vị có thể làm: Quý vị có thể kháng cáo quyết định giảm hoặc ngưng dịch vụ chăm sóc y tế đó. Tham khảo **Mục F4**.

- Nếu là bao trả cho các dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện, chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF), các quy định đặc biệt sẽ được áp dụng. Tham khảo **Mục H** hoặc **Mục I** để tìm hiểu thêm.

- Đối với tất cả các tình huống khác liên quan đến việc giảm hoặc ngưng bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế nào đó, hãy sử dụng mục này (**Mục F**) để biết hướng dẫn.

F2. Yêu cầu quyết định bao trả

> Khi quyết định bao trả liên quan đến chăm sóc y tế của quý vị, quyết định này được gọi là **"xác định của tổ chức được tích hợp."**

Quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người đại diện của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bằng cách:

- Gọi số: 1-844-469-6831 (TTY: 711).
- Gửi fax đến số: 1-877-664-1504
- Gửi thư đến:
  Anthem Blue Cross
  Coverage Determinations
  P.O. Box 60007
  Los Angeles, CA 60060-0007

Quyết định bao trả tiêu chuẩn

Khi chúng tôi đưa ra quyết định của mình, chúng tôi sử dụng thời hạn "tiêu chuẩn" trừ khi chúng tôi đồng ý sử dụng thời hạn "nhanh". Quyết định bao trả tiêu chuẩn có nghĩa là chúng tôi đưa ra câu trả lời về**:**

- Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) sẽ quyết định các phê duyệt trước định kỳ trong vòng 5 ngày làm việc, kể từ khi Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) nhận được thông tin cần thiết để ra quyết định, và không muộn hơn 14 ngày theo lịch sau khi Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) nhận được yêu cầu.
- Thuốc kê toa Medicare Phần B trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

Đối với khoản mục hoặc dịch vụ y tế, chúng tôi có thể mất thêm tối đa 14 ngày theo lịch nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin (như hồ sơ y tế từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới) có thể có lợi cho quý vị. Nếu chúng tôi cần thêm vài ngày để ra quyết định, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. **Chúng tôi không thể lấy thêm ngày để ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc kê toa Medicare Phần B.**

Nếu quý vị tin rằng chúng tôi **không** nên kéo dài thêm ngày, quý vị có thể nộp "đơn khiếu nại nhanh" về quyết định kéo dài thêm ngày của chúng tôi. Khi quý vị nộp đơn khiếu nại nhanh, chúng tôi sẽ cho quý vị câu trả lời cho khiếu nại đó trong vòng 24 giờ. Quy trình khiếu nại khác với quy trình ra quyết định bao trả và kháng cáo. Để biết thêm thông tin về khiếu nại, gồm cả khiếu nại nhanh, hãy tham khảo **Mục K**.

Quyết định bao trả nhanh

> Thuật ngữ pháp lý “quyết định bao trả nhanh” là "**quyết định cấp tốc**”.

Khi quý vị yêu cầu chúng tôi đưa ra một quyết định bao trả về dịch vụ chăm sóc y tế của mình và sức khỏe của quý vị yêu cầu phải có phản hồi nhanh chóng, hãy yêu cầu chúng tôi đưa ra “quyết định bao trả nhanh.” Quyết định bao trả nhanh có nghĩa là chúng tôi sẽ đưa ra câu trả lời về:

- Khoản mục hoặc dịch vụ y tế trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Thuốc kê toa Medicare Phần B trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

Đối với khoản mục hoặc dịch vụ y tế, chúng tôi có thể mất thêm tối đa 14 ngày theo lịch nếu chúng tôi cần tìm thông tin còn thiếu (như hồ sơ y tế từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới) có thể có lợi cho quý vị hoặc nếu quý vị cần thời gian cung cấp thông tin để chúng tôi xem xét. Nếu chúng tôi cần thêm vài ngày để ra quyết định, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. **Chúng tôi không thể lấy thêm thời gian để ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc kê toa Medicare Phần B.**

Nếu quý vị tin rằng chúng tôi **không** nên kéo dài thêm ngày để đưa ra quyết định bao trả, quý vị có thể nộp "đơn khiếu nại nhanh" về quyết định kéo dài thêm ngày của chúng tôi. Để biết thêm thông tin về khiếu nại, gồm cả khiếu nại nhanh, hãy tham khảo **Mục K**. Chúng tôi sẽ gọi cho quý vị ngay khi chúng tôi đưa ra quyết định.

Quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu sau đây để được nhận quyết định bao trả nhanh:

- Quý vị đang yêu cầu bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế quý vị **không nhận được**. Quý vị không thể yêu cầu ra quyết định bao trả nhanh về việc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận.

- Việc sử dụng thời hạn tiêu chuẩn **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 cho chúng tôi biết rằng sức khỏe của quý vị đòi hỏi phải có quyết định bao trả nhanh, chúng tôi sẽ tự động cung cấp cho quý vị quyết định đó. Nếu quý vị yêu cầu mà không có sự hỗ trợ của bác sĩ của mình, chúng tôi sẽ quyết định liệu quý vị có nhận được quyết định bao trả nhanh hay không.

Nếu chúng tôi xác định rằng sức khỏe của quý vị không đáp ứng các yêu cầu để được ra quyết định bao trả nhanh, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị để thông báo về điều đó và chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn thay vì thời hạn nhanh. Thư này cho quý vị biết:

- Chúng tôi tự động đưa ra quyết định bao trả nhanh nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu.
- Phải làm sao để "khiếu nại nhanh" về quyết định của chúng tôi là ra quyết định bao trả tiêu chuẩn chứ không ra quyết định bao trả nhanh. Để biết thêm thông tin về khiếu nại, gồm cả khiếu nại nhanh, hãy tham khảo **Mục K**.

Nếu chúng tôi nói 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.

- Nếu chúng tôi nói **Không đồng ý**, quý vị có quyền kháng cáo. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn, kháng cáo là cách chính thức yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định chúng tôi đã đưa ra.
- Nếu quý vị quyết định kháng cáo, thì quý sẽ bước vào Cấp độ 1 của quy trình kháng cáo (tham khảo **Mục F3**).

Trong một số ít trường hợp, chúng tôi có thể bãi bỏ yêu cầu của quý vị về quyết định bao trả, điều này có nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu của quý vị. Ví dụ về trường hợp yêu cầu sẽ bị bãi bỏ:

- Nếu yêu cầu không đầy đủ,
- Nếu ai đó thay mặt quý vị đưa ra yêu cầu nhưng người này không được ủy quyền hợp pháp để làm như vậy, hoặc
- Nếu quý vị yêu cầu rút lại yêu cầu của mình.

Nếu chúng tôi bãi bỏ một yêu cầu về quyết định bao trả, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông báo giải thích lý do tại sao yêu cầu lại bị từ chối và cách thức để yêu cầu xem xét lại sự từ chối này. Yêu cầu xét lại này được gọi là kháng cáo. Kháng cáo được thảo luận trong mục tiếp theo.

F3. Kháng cáo Cấp độ 1

Để bắt đầu kháng cáo, quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người đại diện của quý vị phải liên lạc với chúng tôi. Gọi cho chúng tôi theo số **1-833-707-3129**.

Yêu cầu kháng cáo tiêu chuẩn hoặc kháng cáo nhanh bằng văn bản hoặc bằng cách gọi cho chúng tôi theo số **1-833-707-3129**.

- Nếu bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác yêu cầu tiếp tục một dịch vụ hoặc khoản mục quý vị đang nhận trong thời gian kháng cáo, quý vị có thể cần chỉ định họ làm đại diện để thực hiện thay quý vị.

- Nếu ai đó không phải là bác sĩ của quý vị kháng cáo thay cho quý vị, bao gồm mẫu Chỉ định Người đại diện cho phép người này làm đại diện cho quý vị. Quý vị có thể nhận mẫu này ở địa chỉ www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ shop.anthem.com/medicare/ca.

- Chúng tôi có thể chấp nhận yêu cầu kháng cáo mà không có mẫu này, nhưng chúng tôi không thể bắt đầu hoặc hoàn thành đánh giá của mình cho đến khi nhận được mẫu này. Nếu chúng tôi không nhận được mẫu trong vòng 44 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu kháng cáo của quý vị:

  - Chúng tôi sẽ bãi bỏ yêu cầu của quý vị, và

  - Chúng tôi gửi cho quý vị văn bản thông báo giải thích về quyền của quý vị được yêu cầu Tổ chức Đánh giá Độc lập xem lại quyết định bãi bỏ của chúng tôi đối với kháng cáo của quý vị.

Quý vị phải yêu cầu kháng cáo **trong vòng 60 ngày theo lịch** kể từ ngày ghi trên thư chúng tôi đã gửi để báo về quyết định của chúng tôi.

Nếu quý vị lỡ thời hạn này, chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để tiến hành kháng cáo nếu quý vị có lý do hợp lý cho việc bỏ lỡ thời hạn này. 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. Giải thích lý do kháng cáo của quý vị bị trễ khi quý vị thực hiện kháng cáo.

Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp miễn phí một bản sao các thông tin về kháng cáo của quý vị. Quý vị và bác sĩ của quý vị có thể cung cấp thêm thông tin cho chúng tôi nhằm hỗ trợ kháng cáo của quý vị.

Nếu sức khỏe quý vị đòi hỏi điều đó, hãy yêu cầu kháng cáo nhanh.

> Thuật ngữ pháp lý cho "kháng cáo nhanh" là "**tái xét cấp tốc**."

- Nếu quý vị kháng cáo một quyết định chúng tôi đưa ra về dịch vụ chăm sóc quý vị không nhận được, quý vị và/hoặc bác sĩ của quý vị sẽ quyết định xem quý vị có cần kháng cáo nhanh hay không.
- Quy trình kháng cáo nhanh cũng giống với quy trình quyết định bao trả nhanh. Để yêu cầu kháng cáo nhanh, làm theo hướng dẫn về yêu cầu quyết định bao trả nhanh trong **Mục F2**.
- Nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết rằng sức khỏe của quý vị cần một kháng cáo nhanh, chúng tôi sẽ trao cho quý vị kháng cáo đó.

Nếu chúng tôi nói với quý vị là chúng tôi sẽ ngưng hoặc giảm dịch vụ hoặc hạng mục quý vị đã nhận được, có khả năng quý vị vẫn có thể tiếp tục những dịch vụ hoặc khoản mục đó trong thời gian kháng cáo.

- Nếu chúng tôi quyết định thay đổi hoặc ngưng bao trả cho một dịch vụ hoặc khoản mục, chúng tôi sẽ gửi thông báo cho quý vị trước khi thực hiện việc đó.
- Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi, quý vị có thể nộp đơn Kháng cáo Cấp độ 1.
- Chúng tôi tiếp tục bao trả cho dịch vụ hoặc khoản mục nếu quý vị yêu cầu Kháng cáo Cấp độ 1 **trong vòng 10 ngày theo lịch** kể từ ngày ghi trên thư hoặc trước ngày hiệu lực dự kiến của hành động, tùy trường hợp nào diễn ra muộn hơn.
    - Nếu quý vị đáp ứng thời hạn này, quý vị sẽ nhận được dịch vụ hoặc khoản mục mà không có thay đổi gì trong khi chờ kháng cáo Cấp độ 1 của quý vị.
    - Quý vị cũng sẽ nhận được tất cả các dịch vụ hoặc khoản mục khác (không phải chủ đề kháng cáo của quý vị) mà không có thay đổi gì.
    - Nếu quý vị không kháng cáo trước những ngày này, thì dịch vụ hoặc thuốc của quý vị sẽ không được tiếp tục trong thời gian quý vị chờ quyết định kháng cáo của mình.

Chúng tôi xem xét kháng cáo của quý vị và đưa ra câu trả lời cho quý vị.

- Khi chúng tôi xem xét kháng cáo của quý vị, chúng tôi kiểm tra cẩn thận một lần nữa tất cả thông tin về yêu cầu bao trả cho chăm sóc y tế của quý vị.

- Chúng tôi sẽ kiểm tra xem chúng tôi có tuân thủ tất cả các quy định không khi nói **Không đồng ý** với yêu cầu của quý vị.

- Chúng tôi sẽ thu thập thêm thông tin nếu cần. Chúng tôi có thể liên lạc quý vị hoặc bác sĩ của quý vị để lấy thêm thông tin.

Có thời hạn đối với kháng cáo nhanh.

- Khi chúng tôi sử dụng thời hạn nhanh, chúng tôi phải trả lời cho quý vị **trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị**. Chúng tôi sẽ đưa ra câu trả lời sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi điều đó.

Nếu chúng tôi không đưa ra câu trả lời trong vòng 72 giờ, chúng tôi phải chuyển yêu cầu của quý vị sang thủ tục kháng cáo Cấp độ 2. Một Tổ chức Đánh giá Độc lập sau đó sẽ xem xét lại. Ở phần sau của chương này, chúng tôi sẽ cho quý vị biết về tổ chức này và giải thích thủ tục kháng cáo Cấp độ 2.

- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là Đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu,** chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bao trả mà chúng tôi đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị.

- **Nếu chúng tôi nói Không đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi kháng cáo của quý vị tới Tổ chức Đánh giá Độc lập để tiến hành Kháng cáo Cấp độ 2.

Có thời hạn đối với kháng cáo tiêu chuẩn.

- Khi chúng tôi sử dụng thời hạn tiêu chuẩn, chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 30 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo bao trả cho dịch vụ quý vị không nhận được.

- Nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc kê toa Medicare Phần B mà quý vị không nhận được, chúng tôi sẽ trả lời quý vị **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi nhận được kháng cáo của quý vị hoặc sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi phải làm thế.

Nếu đến thời hạn mà chúng tôi không đưa ra câu trả lời, chúng tôi phải chuyển yêu cầu của quý vị sang thủ tục kháng cáo Cấp độ 2. Một Tổ chức Đánh giá Độc lập sau đó sẽ xem xét lại. Ở phần sau của chương này, chúng tôi sẽ cho quý vị biết về tổ chức này và giải thích thủ tục kháng cáo Cấp độ 2.

Nếu câu trả lời của chúng tôi là Đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bao trả mà chúng tôi đồng ý cung cấp trong vòng 30 ngày theo lịch, hoặc **trong vòng 7 ngày theo lịch** nếu yêu cầu của quý vị là thuốc kê toa Medicare Phần B, sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị.

Nếu chúng tôi nói Không đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, **quý vị có thêm quyền kháng cáo:**

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.

- Nếu vấn đề của quý vị là về bao trả cho một dịch vụ hoặc khoản mục của Medicare, 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 cáo Cấp độ 2.

- Nếu vấn đề của quý vị là về bao trả cho một dịch vụ hoặc khoản mục của Medi-Cal, thư này sẽ cho quý vị biết cách tự nộp đơn Kháng cáo Cấp độ 2.

F4. Kháng cáo Cấp độ 2

Nếu chúng tôi nói **Không đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu trong Kháng cáo Cấp độ 1, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị. Thư này sẽ cho quý vị biết liệu Medicare, Medi-Cal, hoặc cả hai chương trình có thường bảo hiểm cho dịch vụ hoặc khoản mục đó không.

- Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ hoặc khoản mục mà **Medicare** thường bao trả, chúng tôi sẽ tự động chuyển trường hợp của quý vị lên Cấp độ 2 của quy trình kháng cáo ngay khi Kháng cáo Cấp độ 1 kết thúc.

- Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ hoặc khoản mục mà **Medi-Cal** thường bao trả, quý vị có thể tự nộp Kháng cáo Cấp độ 2. Thư này sẽ cho quý vị biết cách làm việc này. Chúng tôi cũng cung cấp thêm thông tin ở phần sau của chương này. Chúng tôi không tự động nộp đơn Kháng cáo Cấp độ 2 thay cho quý vị cho dịch vụ hoặc khoản mục của Medi-Cal.

- Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ hoặc khoản mục mà cả **Medicare lẫn Medi-Cal** có thể bao trả, quý vị sẽ tự động nhận được Kháng cáo Cấp độ 2 với Tổ chức Đánh giá Độc lập. Quý vị có thể yêu cầu một Phiên điều trần công bằng với tiểu bang.

Nếu quý vị đủ điều kiện tiếp tục hưởng quyền lợi khi quý vị nộp đơn Kháng cáo Cấp độ 1, quyền lợi của quý vị cho dịch vụ, khoản mục hoặc thuốc theo kháng cáo cũng có thể tiếp tục trong suốt Cấp độ 2. Để biết thêm thông tin về tiếp tục quyền lợi trong suốt thời gian Kháng cáo Cấp độ 1, hãy tham khảo **Mục F3**.

- Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ thường chỉ được Medicare bao trả, quyền lợi của quý vị với dịch vụ đó không được tiếp tục trong suốt quá trình kháng cáo Cấp độ 2 với Tổ chức Đánh giá Độc lập.

- Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ thường chỉ được Medi-Cal bao trả, quyền lợi của quý vị với dịch vụ đó sẽ tiếp tục nếu quý vị nộp Kháng cáo Cấp độ 2 trong vòng 10 ngày theo lịch sau khi nhận được thư quyết định của chúng tôi.

Khi vấn đề của quý vị về dịch vụ hoặc khoản mục Medicare thường bao trả

Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập sẽ đánh giá về kháng cáo của quý vị. Đây là tổ chức độc lập do Medicare thuê.

> Tên chính thức của "Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập" là **"Thực thể Đánh giá Độc lập"**, đôi khi được gọi là **"IRE".**

- Tổ chức này không có mối quan hệ với chúng tôi và không phải là cơ quan chính phủ. Medicare đã chọn công ty này làm Tổ chức Đánh giá Độc lập, và Medicare giám sát công việc của họ.
- Chúng tôi sẽ gửi thông tin về kháng cáo của quý vị (“hồ sơ trường hợp” của quý vị) tới tổ chức này. Quý vị có quyền nhận một bản sao miễn phí hồ sơ trường hợp của mình.
- Quý vị có quyền cung cấp cho Tổ chức Đánh giá Độc lập thông tin bổ sung để hỗ trợ cho kháng cáo của mình.
- Người đánh giá tại Tổ chức Đánh giá Độc lập sẽ xem xét cẩn thận mọi thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị.

Nếu quý vị có kháng cáo nhanh ở Cấp độ 1, quý vị cũng sẽ có kháng cáo nhanh ở Cấp độ 2.

- Nếu quý vị có kháng cáo nhanh gửi cho chúng tôi ở Cấp độ 1, quý vị sẽ tự động nhận được kháng cáo nhanh ở Cấp độ 2. Nếu Tổ chức Đánh giá Độc lập phải cung cấp cho quý vị câu trả lời cho Kháng cáo Cấp độ 2 **trong vòng 72 giờ** kể từ khi nhận được kháng cáo của quý vị.

Nếu quý vị có kháng cáo tiêu chuẩn ở Cấp độ 1, quý vị cũng sẽ có kháng cáo tiêu chuẩn ở Cấp độ 2.

- Nếu quý vị có kháng cáo tiêu chuẩn gửi cho chúng tôi ở Cấp độ 1, quý vị sẽ tự động nhận được kháng cáo tiêu chuẩn ở Cấp độ 2.
- Nếu yêu cầu của quý vị là về khoản mục hoặc dịch vụ y tế, Tổ chức Đánh giá Độc lập phải cung cấp cho quý vị câu trả lời cho Kháng cáo Cấp độ 2 của quý vị **trong vòng 30 ngày theo lịch** kể từ khi nhận được kháng cáo của quý vị.

- Nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc kê toa Medicare Phần B, Tổ chức Đánh giá Độc lập phải cung cấp cho quý vị câu trả lời cho Kháng cáo Cấp độ 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày theo lịch** kể từ khi nhận được kháng cáo của quý vị.

Tổ chức Đánh giá Độc lập sẽ cung cấp câu trả lời cho quý vị bằng văn bản và giải thích lý do.

- **Nếu Tổ chức Đánh giá Độc lập nói Đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu đối với dịch vụ hoặc khoản mục y tế,** chúng tôi phải nhanh chóng thực hiện quyết định:
  - Cho phép bao trả dịch vụ y tế **trong vòng 72 giờ** hoặc
  - Cung cấp dịch vụ trong vòng **14 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của Tổ chức Đánh giá Độc lập về **yêu cầu tiêu chuẩn** hoặc
  - Cung cấp dịch vụ trong vòng **72 giờ theo lịch** kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của Tổ chức Đánh giá Độc lập về **yêu cầu cấp tốc.**
- Nếu Tổ chức Đánh giá Độc lập nói **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu đối với thuốc kê toa Medicare Phần B, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp thuốc kê toa Medicare Phần B đang có tranh cãi:
  - **Trong vòng 72 giờ theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của Tổ chức Đánh giá Độc lập về **yêu cầu tiêu chuẩn** hoặc
  - **Trong vòng 24 giờ** kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của Tổ chức Đánh giá Độc lập về **yêu cầu cấp tốc.**
- Nếu Tổ chức Đánh giá Độc lập nói **Không đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ kháng cáo của quý vị, điều này có nghĩa là họ đồng ý rằng chúng tôi sẽ không phê duyệt yêu cầu bao trả dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị (hoặc một phần yêu cầu của quý vị). Đây được gọi là “tán thành quyết định” hoặc “bác bỏ kháng cáo của quý vị.”

Nếu trường hợp của quý vị đáp ứng yêu cầu, quý vị có thể chọn kháng cáo cao hơn hay không.

Có ba cấp độ bổ sung trong quy trình kháng cáo sau Cấp độ 2, trong tổng số năm cấp kháng cáo.

Nếu Kháng cáo Cấp độ 2 của quý vị bị bác bỏ và quý vị đáp ứng các yêu cầu để tiếp tục quy trình kháng cáo, quý vị phải quyết định có muốn chuyển tiếp sang Cấp độ 3 và thực hiện kháng cáo thứ ba hay không. Chi tiết về cách thực hiện việc này có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau Kháng cáo Cấp độ 2.

Thẩm phán luật hành chính hoặc quan tòa là luật sư sẽ giải quyết Kháng cáo Cấp độ 3. Để biết thêm thông tin về Kháng cáo Cấp độ 3, 4 và 5, tham khảo **Mục J**.

Khi vấn đề của quý vị về dịch vụ hoặc khoản mục Medi-Cal thường bao trả

Có hai cách kháng cáo Cấp độ 2 đối với các dịch vụ hoặc khoản mục của Medi-Cal: (1) Nộp đơn khiếu nại hoặc yêu cầu Đánh giá Y khoa Độc lập hoặc (2) Phiên Điều trần cấp Tiểu bang.

(1) Đánh giá Y khoa Độc lập

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại hoặc yêu cầu Đánh giá Y khoa Độc lập (IMR) từ Trung tâm Trợ giúp của Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe có Quản lý California (DMHC). Bằng cách nộp đơn khiếu nại, DMHC sẽ xem xét lại quyết định của chúng tôi và đưa ra quyết định. IMR được cung cấp cho bất kỳ dịch vụ hoặc khoản mục được Medi-Cal bao trả nào mà có tính chất y khoa. 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 IMR được quyết định có lợi cho quý vị, chúng tôi phải cung cấp dịch vụ hoặc khoản mục quý vị yêu cầu. Quý vị không phải trả phí cho IMR.

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại hoặc nộp đơn xin IMR nếu chương trình chúng tôi:

- Từ chối, thay đổi, hoặc trì hoãn một dịch vụ hoặc phương pháp điều trị của Medi-Cal vì chương trình của chúng tôi thấy rằng không cần thiết về mặt y khoa.
- Sẽ không bao trả cho phương pháp điều trị của Medi-Cal mang tính thử nghiệm hoặc nghiên cứu cho một bệnh lý nghiêm trọng.
- Sẽ không thanh toán cho dịch vụ khẩn cấp hoặc cấp cứu của Medi-Cal mà quý vị đã nhận được.
- Chưa giải quyết Kháng cáo Cấp độ 1 về dịch vụ Medi-Cal trong vòng 30 ngày theo lịch đối với kháng cáo tiêu chuẩn hoặc 72 giờ đối với kháng cáo nhanh.

LƯU Ý: Nếu nhà cung cấp của quý vị nộp đơn kháng cáo thay cho quý vị, nhưng chúng tôi không nhận được mẫu Chỉ định Người đại diện của quý vị, quý vị sẽ cần nộp lại kháng cáo với chúng tôi trước khi quý vị có thể nộp IMR Cấp độ 2 với Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe có Quản lý.

Nếu quý vị được quyền xin cả IMR lẫn Phiên Điều trần cấp Tiểu bang, nhưng không được nếu quý vị đã được mở Phiên Điều trần cấp Tiểu bang cho cùng một vấn đề.

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải kháng cáo với chúng tôi trước rồi mới được yêu cầu IMR. Tham khảo trang 209 để biết thông tin về quy trình kháng cáo Cấp độ 1. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với DMHC hoặc yêu cầu Trung tâm Trợ giúp của DMHC tiến hành IMR.

Nếu liệu pháp điều trị của quý vị bị từ chối vì mang tính thí nghiệm hoặc nghiên cứu, quý vị không phải thực hiện quy trình kháng cáo của chúng tôi trước khi xin IMR.

Nếu vấn đề của quý vị là khẩn cấp hoặc đe dọa ngay lập tức và nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị hoặc nếu quý vị bị đau nghiêm trọng, quý vị có thể thông báo cho DMHC ngay mà không cần phải thực hiện quy trình kháng cáo của chúng tôi trước.

Quý vị phải **nộp đơn xin IMR trong vòng 6 tháng** sau khi chúng tôi gửi cho quý vị văn bản quyết định về kháng cáo của quý vị. DMHC có thể chấp nhận đơn của quý vị sau 6 tháng vì lý do chính đáng như quý vị có bệnh lý khiến quý vị không thể 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 yêu cầu IMR:

- Điền Mẫu Đơn Khiếu nại/Đơn xin Đánh giá Y tế Độc lập có sẵn tại địa chỉ: www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx hoặc gọi cho Trung tâm Trợ giúp DMHC theo số 1-888-466-2219. Người dùng TTY xin gọi 1-877-688-9891.

- Nếu quý vị có thư hoặc tài liệu khác về dịch vụ hoặc khoản mục bị từ chối, hãy gửi kèm bản sao của chúng. Việc này có thể đẩy nhanh quá trình IMR. Chỉ gửi bản sao, không gửi bản gốc. Trung tâm Trợ giúp không thể gửi trả bất kỳ tài liệu nào.

- Điền thông tin vào biểu mẫu Người trợ giúp được Ủy quyền nếu có người giúp quý vị về IMR. Quý vị có thể nhận mẫu tại www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx hoặc gọi đến Trung tâm Trợ giúp của Sở theo số 1-888-466-2219. Người dùng TTY xin gọi 1-877-688-9891.

- Gửi qua bưu điện hoặc qua fax biểu mẫu và tài liệu đính kèm tới:

  Help Center
  Department of Managed Health Care
  980 Ninth Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  FAX: 916-255-5241

Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn nhận IMR, DMHC sẽ xem xét lại trường hợp của quý vị và gửi thư cho quý vị trong vòng 7 ngày theo lịch cho biết rằng quý vị đủ tiêu chuẩn 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 điền đầy đủ thông tin.

Nếu trường hợp của quý vị là khẩn cấp và quý vị đủ tiêu chuẩn nhận IMR, DMHC sẽ xem xét lại trường hợp của quý vị và gửi thư cho quý vị trong vòng 2 ngày theo lịch để thông báo quý vị đủ tiêu chuẩn 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 điền đầy đủ thông tin. Nếu quý vị không hài lòng với kết quả IMR, quý vị vẫn có thể yêu cầu mở Phiên Điều trần cấp Tiểu bang.

Có thể mất nhiều thời gian hơn để tiến hành IMR 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 sức khỏe 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 sức khỏe 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 nhận IMR, DMHC sẽ xem xét trường hợp của quý vị thông qua quy trình 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 điền đầy đủ thông tin. Nếu khiếu nại của quý vị khẩn cấp, nó sẽ được giải quyết sớm hơn.

(2) Phiên Điều trần cấp Tiểu bang

Quý vị có thể yêu cầu mở Phiên Điều trần cấp Tiểu bang cho các dịch vụ và khoản mục được bao trả của Medi-Cal. Nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác yêu cầu một dịch vụ hoặc khoản mục mà chúng tôi không chấp thuận, hoặc chúng tôi sẽ không tiếp tục thanh toán cho một dịch vụ hoặc khoản mục mà quý vị đã nhận và chúng tôi nói không đồng ý với kháng cáo Cấp độ 1 của quý vị, quý vị có quyền yêu cầu mở Phiên Điều trần cấp Tiểu bang.

Trong hầu hết các trường hợp, **quý vị có 120 ngày để yêu cầu Phiên Điều trần cấp Tiểu bang** sau khi thông báo về "Quyền Điều trần của quý vị" được gửi qua bưu điện cho quý vị.

LƯU Ý: Nếu quý vị yêu cầu một Phiên Điều trần cấp Tiểu bang vì chúng tôi đã nói với quý vị rằng dịch vụ mà quý vị đang nhận sẽ bị thay đổi hoặc ngưng cung cấp, **quý vị có số ngày ít hơn để gửi yêu cầu của mình** nếu quý vị muốn tiếp tục sử dụng dịch vụ đó trong khi chờ Phiên Điều trần cấp Tiểu bang. Hãy đọc “Quyền lợi của tôi có tiếp tục trong thời gian kháng cáo Cấp độ 2 không” trên trang <209> để biết thêm thông tin.

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

1. Quý vị có thể điền thông tin vào mẫu "Yêu cầu mở Phiên Điều trần cấp Tiểu bang" ở 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 mở phiên điều trần. Sau đó, quý vị có thể gửi yêu cầu theo một trong các cách sau đây:

    - Gửi tới phòng phúc lợi của quận theo địa chỉ trên thông báo.

- Gửi tới 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 (Ban Điều trần của Tiểu bang) theo số fax 916-651-5210 hoặc 916-651-2789.

2. Quý vị có thể gọi tới Sở Dịch vụ Xã hội California theo số 1-800-952-5253. Người dùng TTY xin gọi 1-800-952-8349. Nếu quý vị quyết định yêu cầu Phiên Điều trần cấp Tiểu bang qua điện thoại, quý vị cần lưu ý rằng đường dây điện thoại rất bận.

Có hai cách kháng cáo Cấp độ 2 đối với các dịch vụ hoặc khoản mục của Medi-Cal: (1) Nộp đơn khiếu nại hoặc yêu cầu Đánh giá Y khoa Độc lập hoặc (2) Phiên Điều trần cấp Tiểu bang.

Văn phòng Điều trần Công bằng sẽ gửi cho quý vị văn bản quyết định và giải thích lý do.

- Nếu văn phòng Điều trần Công bằng nói **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu cho khoản mục hoặc dịch vụ y tế, quý vị phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ hoặc khoản mục **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của họ.

- Nếu văn phòng Điều trần Công bằng nói **Không đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ kháng cáo của quý vị, điều này có nghĩa là họ đồng ý rằng chúng tôi sẽ không phê duyệt yêu cầu bao trả cho chăm sóc y tế của quý vị (hoặc một phần yêu cầu của quý vị). Đây được gọi là "tán thành quyết định" hoặc "bác bỏ kháng cáo của quý vị."

Nếu quyết định của Tổ chức Đánh giá Độc lập hoặc văn phòng Điều trần Công bằng là **Không đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, quý vị sẽ có thêm quyền kháng cáo.

Nếu Kháng cáo Cấp độ 2 của quý vị gửi đến **Tổ chức 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. Thẩm phán luật hành chính hoặc quan tòa là luật sư sẽ giải quyết Kháng cáo Cấp độ 3. **Lá thư quý vị nhận được từ Tổ chức Đánh giá Độc lập sẽ giải thích các quyền kháng cáo bổ sung quý vị có thể có.**

Thư quý vị nhận được từ văn phòng Điều trần Công bằng mô tả lựa chọn kháng cáo tiếp theo.

Để biết thêm thông tin về quyền kháng cáo của quý vị sau Cấp độ 2, tham khảo **Mục J**.

F5. 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 vịcho các dịch vụ và khoản mục được bao trả. Điều này vẫn đúng ngay cả khi chúng tôi thanh toán cho nhà cung cấp ít hơn mức họ tính cho dịch vụ hoặc khoản mục được bao trả. **Quý vị không bao giờ phải trả số dư của bất kỳ hóa đơn nào.**

Nếu quý vị nhận được hóa đơn cho các dịch vụ và khoản mục được bao trả, 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 và xử lý vấn đề đó. Nếu quý vị lỡ thanh toán hóa đơn, quý vị có thể được hoàn tiền nếu quý vị đã tuân thủ các quy định về việc nhận dịch vụ hoặc khoản mục.

Tham khảo **Chương 7** của *Sổ tay Hội viên* để biết thêm thông tin. Chương này mô tả các tình huống khi 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 từ nhà cung cấp. Chương này cũng cho quý vị biết cách thức gửi cho chúng tôi giấy tờ yêu cầu chúng tôi thanh toán.

Nếu quý vị yêu cầu hoàn tiền, quý vị đang yêu cầu chúng tôi ra quyết định bao trả. Chúng tôi sẽ xem dịch vụ hoặc khoản mục mà quý vị đã thanh toán có phải là dịch vụ hoặc khoản mục được bao trả hay không, và xem quý vị có tuân thủ tất cả các quy định về việc sử dụng khoản bao trả của mình hay không.

- Nếu dịch vụ hoặc khoản mục mà quý vị đã thanh toán được bao trả và quý vị đã tuân thủ tất cả các quy định, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị (hoặc nhà cung cấp của quý vị) tiền thanh toán 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 bao trả của quý vị.

- Nếu dịch vụ hoặc khoản mục đó không được bao trả, hoặc quý vị đã không tuân thủ tất cả các quy định, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị biết là chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ hoặc khoản mục đó, và giải thích lý do tại sao.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định không thanh toán của chúng tôi, **quý vị có thể kháng cáo**. Hãy thực hiện theo quy trình kháng cáo nêu tại **Mục F3**. Khi quý vị tuân thủ những hướng dẫn này, lưu ý:

- Nếu quý vị kháng cáo để yêu cầu chúng tôi hoàn tiền, chúng tôi phải trả lời cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.

- Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận và tự thanh toán, quý vị không thể yêu cầu kháng cáo nhanh.

Nếu chúng tôi trả lời **Không đồng ý** với kháng cáo của quý vị và **Medicare** thường bao trả dịch vụ hoặc hạng mục, chúng tôi sẽ chuyển trường hợp của quý vị đến Tổ chức Đánh giá Độc lập. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bức thư nếu điều này xảy ra.

- Nếu Tổ chức Đánh giá Độc lập 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 cho kháng cáo của quý vị là **Đồng ý** tại bất cứ giai đoạn nào của quy trình kháng cáo sau Cấp độ 2, chúng tôi phải gửi khoản thanh toán cho quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong vòng 60 ngày theo lịch.

- Nếu Tổ chức Đánh giá Độc lập nói **Không đồng ý** với kháng cáo của quý vị, điều này có nghĩa là họ đồng ý rằng chúng tôi sẽ không phê duyệt yêu cầu của quý vị. Đây được gọi là "tán thành quyết định" hoặc "bác bỏ kháng cáo của quý vị." Quý vị sẽ nhận được một lá thư giải thích về các quyền kháng cáo bổ sung mà quý vị có thể có. Để biết thêm thông tin về các cấp kháng cáo bổ sung, tham khảo **Mục J**.

Nếu chúng tôi trả lời **Không đồng ý** với kháng cáo của quý vị và **Medi-Cal** thường bao trả dịch vụ hoặc khoản mục, quý vị có thể tự nộp Kháng cáo Cấp độ 2. Chúng tôi không tự động nộp đơn kháng cáo Cấp độ 2 thay cho quý vị. Tham khảo **Mục F4** để biết thêm thông tin.

G. Thuốc kê toa Medicare Phần D

Các quyền lợi của quý vị với tư cách là hội viên chương trình của chúng tôi bao gồm bao trả cho nhiều loại thuốc kê toa. Hầu hết các loại thuốc này đều là thuốc Medicare Phần D. Có một số ít thuốc mà Medicare Phần D không bao trả nhưng Medi-Cal có thể sẽ bao trả. **Mục này chỉ áp dụng đối với các kháng cáo thuốc Phần D.** Chúng tôi sẽ nói "thuốc" trong phần còn lại của mục này Thay vì nói "thuốc Phần D".

Để được bao trả, thuốc đó phải được sử dụng cho chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. Điều này có nghĩa là thuốc phải được phê duyệt bởi Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (Food and Drug Administration) hoặc được chứng minh bởi các tài liệu tham khảo y tế nhất định. Xem **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* để biết thêm thông tin về chỉ định được chấp nhận về y tế.

G1. Quyết định bao trả và kháng cáo Phần D

Dưới đây là các ví dụ về quyết định bao trả quý vị yêu cầu chúng tôi đưa ra về thuốc Phần D của quý vị:

- Quý vị yêu cầu chúng tôi cấp trường hợp ngoại lệ, bao gồm yêu cầu chúng tôi:
    - Bao trả cho thuốc Phần D không nằm trong Danh mục thuốc của chương trình của chúng tôi hoặc

- Từ bỏ một giới hạn về bao trả của chúng tôi cho một loại thuốc (ví dụ như các giới hạn về số tiền quý vị có thể nhận được)

- Quý vị hỏi chúng tôi xem một loại thuốc có được bao trả cho quý vị hay không (ví dụ như khi thuốc của quý vị nằm trong Danh mục thuốc của chương trình nhưng chúng tôi phải chấp thuận trước thì chúng tôi mới bao trả cho quý vị)

LƯU Ý: Nếu nhà thuốc của quý vị nói với quý vị rằng họ không thể bán thuốc theo toa cho quý vị được, nhà thuốc sẽ gửi cho quý vị thông báo bằng văn bản giải thích cách liên hệ với chúng tôi để yêu cầu quyết định bao trả.

> Quyết định bao trả ban đầu về thuốc Phần D của quý vị được gọi là **"quyết định bao trả."**

- Quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán cho một loại thuốc mà quý vị đã mua. Đây là việc yêu cầu ra quyết định bao trả về thanh toán.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bao trả chúng tôi đã đưa ra, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi. Mục này sẽ hướng dẫn cho quý vị cách để yêu cầu ra quyết định bao trả và cách nộp đơn kháng cáo. Bảng sau sẽ giúp quý vị.

Quý vị đang ở trong tình huống nào dưới đây?

Quý vị cần một loại thuốc mà không nằm trong Danh mục thuốc của chúng tôi hoặc cần chúng tôi từ bỏ quy định hoặc hạn chế về một loại thuốc mà chúng tôi bao trả.	Quý vị muốn chúng tôi bao trả cho một loại thuốc nằm trong Danh mục thuốc của chúng tôi và tin rằng quý vị tuân thủ các quy định hoặc hạn chế của chương trình (như xin chấp thuận trước) cho thuốc mà quý vị cần.	Quý vị muốn yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho một loại thuốc mà quý vị đã nhận và thanh toán.	Chúng tôi đã nói với quý vị rằng chúng tôi sẽ không bao trả hoặc thanh toán cho một loại thuốc theo cách mà quý vị muốn.
Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện việc miễn trừ. (Đây là một loại quyết định bao trả).	**Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi ra một quyết định bao trả.**	**Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị.** (Đây là một loại quyết định bao trả).	**Quý vị có thể tiến hành kháng cáo.** (Điều này có nghĩa là quý vị yêu cầu chúng tôi tái xem xét.)
Bắt đầu với **Mục G2**, sau đó tham khảo **Mục G3 và G4.**	Tham khảo **Mục G4**.	Tham khảo **Mục G4**.	Tham khảo **Mục G5**.

G2. Các ngoại lệ Phần D

Nếu chúng tôi không bao trả cho một loại thuốc theo cách mà quý vị muốn, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cho quý vị hưởng "ngoại lệ". Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu cho hưởng ngoại lệ của quý vị, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

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

> Yêu cầu bao trả cho một loại thuốc không nằm trong Danh mục thuốc của chúng tôi hoặc yêu cầu bỏ một hạn chế về thuốc đôi khi được gọi là yêu cầu "**ngoại lệ về danh mục thuốc.**"

Dưới đây là một số ví dụ về ngoại lệ mà quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra:

1. **Bao trả cho một loại thuốc không nằm trong Danh mục thuốc của chúng tôi**
   - Nếu chúng tôi đồng ý đưa ra một ngoại lệ và bao trả cho một thuốc không nằm trong Danh mục thuốc của chúng tôi, quý vị sẽ trả $0.
   - Quý vị không được hưởng ngoại lệ đối với số tiền đồng thanh toán bắt buộc cho loại thuốc đó.
2. **Bỏ hạn chế cho một thuốc được bao trả**
   - Những quy tắc hoặc giới hạn bổ sung áp dụng cho một số loại thuốc nhất định trong Danh mục thuốc của chúng tôi (xem **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* để biết thêm thông tin).
   - Các quy tắc và giới hạn bổ sung cho một số loại thuốc nhất định bao gồm:
     - Bắt buộc sử dụng thuốc gốc thay vì thuốc biệt dược.
     - Xin chúng tôi chấp thuận trước thì chúng tôi mới đồng ý bao trả thuốc 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 bao trả cho loại thuốc mà quý vị yêu cầu. (Đôi lúc còn được gọi là "trị liệu từng bước.")
     - Giới hạn số lượng. Đối với một số thuốc, có các hạn chế về số lượng thuốc mà quý vị có thể nhận.

G3. 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 lý do y tế.

Bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác phải cung cấp cho chúng tôi bản tường trình giải thích các lý do y tế cho việc yêu cầu ngoại lệ. Để có quyết định nhanh hơn, hãy gửi kèm thông tin y tế này từ bác sĩ hoặc người kê đơn khác của quý vị khi quý vị yêu cầu ngoại lệ.

Danh mục thuốc của chúng tôi có nhiều hơn một loại thuốc để điều trị một bệnh lý cụ thể. Các thuốc này được gọi là "thuốc thay thế". Nếu thuốc thay thế có hiệu quả tương đương với thuốc quý vị yêu cầu và không gây thêm các tác dụng phụ hoặc vấn đề sức khỏe khác, chúng tôi thường **không** chấp thuận cho yêu cầu hưởng ngoại lệ của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu ngoại lệ trong phân bậc, chúng tôi thường **không** chấp thuận yêu cầu xin ngoại lệ của quý vị trừ khi tất cả các thuốc thay thế trong (các) bậc chia sẻ chi phí thấp hơn cũng sẽ không hiệu quả cho quý vị hoặc có khả năng gây ra phản ứng bất lợi hoặc tổn hại khác.

Chúng có thể nói Đồng ý hoặc Không đồng ý với yêu cầu của quý vị.

- Nếu chúng tôi trả lời **Đồng ý** với yêu cầu xin ngoại lệ của quý vị, thông thường ngoại lệ đó sẽ kéo dài cho đến khi kết thúc năm 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 lý của quý vị.

- Nếu chúng tôi trả lời **Không đồng ý** với yêu cầu xin ngoại lệ của quý vị, quý vị có thể tiến hành kháng cáo. Tham khảo **Mục G5** để biết thông tin về nộp đơn kháng cáo nếu chúng tôi trả lời **Không đồng ý**.

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

G4. Yêu cầu quyết định bao trả, gồm cả ngoại lệ

- Yêu cầu loại quyết định bao trả quý vị muốn bằng cách gọi điện đến số 1-833-293-0661, gửi thư hoặc gửi fax cho chúng tôi. 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. Bao gồm họ tên, thông tin liên hệ của quý vị và thông tin về yêu cầu.

- Quý vị hay bác sĩ của quý vị (hoặc bác sĩ kê toa khác) hay một người nào khác làm thay quý vị có thể yêu cầu ra quyết định bao trả. Quý vị cũng có thể có luật sư làm người đại diện cho quý vị.

- Tham khảo **Mục E3** để tìm hiểu cách chỉ định ai đó làm người đại diện của quý vị.

- 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 bao trả.

- Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi hoàn trả khoản tiền thuốc, hãy tham khảo **Chương 7** của *Sổ tay Hội viên.*

- Nếu quý vị yêu cầu một ngoại lệ, hãy cung cấp cho chúng tôi "bản tường trình hỗ trợ" cho yêu cầu đó. Bản tường trình này chứa lý do y tế mà bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác đưa ra cho yêu cầu xin ngoại lệ.

- Bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác có thể gửi fax hoặc gửi qua bưu điện bản tường trình này cho chúng tôi. Họ cũng có thể thông báo cho chúng tôi bằng điện thoại rồi sau đó gửi bản tường trình này qua fax hoặc bưu điện.

Nếu sức khỏe quý vị đòi hỏi, hãy yêu cầu chúng tôi cấp cho quý vị "quyết định bao trả nhanh"

Chúng tôi sử dụng "thời hạn tiêu chuẩn" trừ khi chúng tôi đồng ý sử dụng "thời hạn nhanh".

- **Quyết định bao trả tiêu chuẩn** có nghĩa là chúng tôi 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 bao trả nhanh** nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 24 giờ kể từ khi chúng tôi nhận được tường trình của bác sĩ của quý vị.

> "Quyết định bao trả nhanh" được gọi là **"quyết định bao trả cấp tốc."**

Quý vị có thể nhận được quyết định bao trả nhanh nếu:

- Đó là quyết định về một loại thuốc quý vị không nhận được. Quý vị không thể nhận được quyết định bao trả nhanh nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho quý vị cho một loại thuốc mà quý vị đã mua.

- Sức khỏe hoặc khả năng thực hiện chức năng của quý vị sẽ bị tổn hại nghiêm trọng nếu chúng tôi sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.

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 bao trả nhanh, chúng tôi sẽ đồng ý và cung cấp nó cho quý vị. Chúng tôi sẽ gửi thư để thông báo cho quý vị.

- Nếu quý vị yêu cầu ra quyết định bao trả nhanh mà không có sự hỗ trợ từ bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác, chúng tôi sẽ quyết định quý vị có nhận được quyết định bao trả nhanh hay không.

- Nếu chúng tôi xác định được rằng bệnh trạng của quý vị không đáp ứng được các yêu cầu để ra quyết định bao trả nhanh, chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.

Chúng tôi sẽ gửi thư để thông báo cho quý vị. Thư này cũng cho quý vị biết cách tiến hành khiếu nại về quyết định của chúng tôi.

Quý vị có thể khiếu nại nhanh và nhận phản hồi trong vòng 24 giờ. Để biết thêm thông tin về khiếu nại, gồm cả khiếu nại nhanh, tham khảo **Mục K**.

Thời hạn cho quyết định bao trả nhanh

- Nếu chúng tôi sử dụng thời hạn nhanh, chúng tôi phải trả lời cho quý vị trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu một ngoại lệ, chúng tôi sẽ đưa ra câu trả lời trong vòng 24 giờ sau khi nhận được bản tường trình hỗ trợ của bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ đưa ra câu trả lời sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu.

- Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi sẽ chuyển yêu cầu của quý vị lên thủ tục kháng cáo Cấp độ 2 để Tổ chức Đánh giá Độc lập xem xét. Để biết thêm thông tin về Kháng cáo Cấp độ 2, tham khảo **Mục G6** .

- 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 cung cấp bao trả cho quý vị trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc bản tường trình hỗ trợ của bác sĩ của quý vị.

- Nếu chúng tôi nói **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. Thư này cũng cho quý vị biết cách quý vị có thể tiến hành kháng cáo.

Thời hạn cho quyết định bao trả tiêu chuẩn về loại thuốc quý vị chưa nhận được

- Nếu chúng tôi sử dụng thời hạn tiêu chuẩn, chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu một ngoại lệ, chúng tôi sẽ đưa ra câu trả lời trong vòng 72 giờ sau khi nhận được bản tường trình hỗ trợ của bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ đưa ra câu trả lời sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu.

- Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi sẽ chuyển yêu cầu của quý vị lên thủ tục kháng cáo Cấp độ 2 để Tổ chức Đánh giá Độc lập xem xét.

- 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 cung cấp bao trả cho quý vị trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc bản tường trình hỗ trợ của bác sĩ của quý vị cho ngoại lệ.

- Nếu chúng tôi nói **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. Thư này cũng cho quý vị biết cách tiến hành kháng cáo.

Thời hạn cho quyết định bao trả tiêu chuẩn về một loại thuốc quý vị đã mua

- Chúng tôi phải đưa ra câu trả lời cho quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi sẽ chuyển yêu cầu của quý vị lên thủ tục kháng cáo Cấp độ 2 để Tổ chức Đánh giá Độc lập xem xét.
- 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 trả lại cho quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch.
- Nếu chúng tôi nói **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. Thư này cũng cho quý vị biết cách tiến hành kháng cáo.

G5. Kháng cáo Cấp độ 1

> Kháng cáo đến chương trình của chúng tôi về quyết định bao trả cho thuốc Phần D được gọi là "**sự tái xác định**".

- Bắt đầu **kháng cáo tiêu chuẩn** hoặc **kháng cáo nhanh** bằng cách gọi đến số **1-833-707-3129**, gửi thư hoặc gửi fax cho chúng tôi. 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. Bao gồm họ tên, thông tin liên hệ của quý vị, và thông tin về yêu cầu của quý vị.
- Quý vị phải yêu cầu kháng cáo **trong vòng 60 ngày theo lịch** kể từ ngày ghi trên thư chúng tôi đã gửi để báo về quyết định của chúng tôi.
- Nếu quý vị lỡ thời hạn này, chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để tiến hành kháng cáo nếu quý vị có lý do hợp lý cho việc bỏ lỡ thời hạn này. 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. Giải thích lý do kháng cáo của quý vị bị trễ khi quý vị thực hiện kháng cáo.
- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp miễn phí một bản sao các thông tin về kháng cáo của quý vị. Quý vị và bác sĩ của quý vị có thể cung cấp thêm thông tin cho chúng tôi nhằm hỗ trợ kháng cáo của quý vị.

Nếu sức khỏe quý vị đòi hỏi điều đó, hãy yêu cầu kháng cáo nhanh.

> Kháng cáo nhanh còn được gọi là **"tái xác định cấp tốc."**

- Nếu quý vị kháng cáo một quyết định chúng tôi đưa ra về một loại thuốc quý vị chưa nhận được, quý vị và bác sĩ hay bác sĩ kê toa khác xác định xem quý vị có cần kháng cáo nhanh hay không.
- Yêu cầu đối với kháng cáo nhanh cũng giống yêu cầu đối với quyết định bao trả nhanh. Tham khảo **Mục G4** để biết thêm thông tin.

Chúng tôi xem xét kháng cáo của quý vị và đưa ra câu trả lời cho quý vị.

- Chúng tôi sẽ đánh giá kháng cáo của quý vị và xem xét cẩn thận tất cả các thông tin về yêu cầu bao trả của quý vị.
- Chúng tôi sẽ kiểm tra xem chúng tôi có tuân thủ tất cả các quy định không khi nói **Không đồng ý** với yêu cầu của quý vị.
- 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.

Thời hạn cho kháng cáo nhanh ở Cấp độ 1

- Nếu chúng tôi sử dụng thời hạn nhanh, chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được kháng cáo của quý vị.
- Chúng tôi sẽ đưa ra câu trả lời sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu.

Nếu chúng tôi không đưa ra câu trả lời trong vòng 72 giờ, chúng tôi phải chuyển yêu cầu của quý vị sang thủ tục kháng cáo Cấp độ 2. Sau đó, Tổ chức Đánh giá Độc lập sẽ xem xét lại. Tham khảo **Mục G6** để biết thông tin về tổ chức đánh giá và thủ tục kháng cáo Cấp độ 2.

- Nếu câu trả lời của chúng tôi là **Đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi phải cung cấp bao trả mà chúng tôi đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị.
- Nếu chúng tôi nói **Không đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi thư giải thích và cho quý vị biết cách quý vị có thể nộp kháng cáo.

Thời hạn cho kháng cáo tiêu chuẩn ở Cấp độ 1

- Nếu chúng tôi sử dụng thời hạn tiêu chuẩn, chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo cho loại thuốc quý vị không nhận được.

- Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định sớm hơn nếu quý vị chưa nhận được thuốc và tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi phải có thuốc đó. Nếu quý vị tin là sức khỏe của mình đòi hỏi thuốc đó, hãy yêu cầu kháng cáo nhanh.

Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định trong vòng 7 ngày theo lịch, chúng tôi phải chuyển yêu cầu của quý vị sang thủ tục kháng cáo Cấp độ 2. Sau đó, Tổ chức Đánh giá Độc lập sẽ xem xét lại. Tham khảo **Mục G6** để biết thông tin về tổ chức đánh giá và thủ tục kháng cáo Cấp độ 2.

Nếu câu trả lời của chúng tôi là **Đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu:

- Chúng tôi phải **cung cấp bao trả** chúng tôi đã đồng ý cung cấp một nhanh chóng theo yêu cầu của sức khỏe của quý vị nhưng **không muộn hơn 7 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị.

- Chúng tôi phải **gửi thanh toán cho quý vị** cho loại thuốc quý vị đã mua **trong vòng 30 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị.

Nếu câu trả lời của chúng tôi là **Không đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu:

- Chúng tôi sẽ gửi thư giải thích và cho quý vị biết cách quý vị có thể nộp kháng cáo.

- Chúng tôi phải trả lời quý vị về việc hoàn tiền cho loại thuốc quý vị đã mua **trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị.

Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định trong vòng 14 ngày theo lịch, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp độ 2 của quy trình kháng cáo. Sau đó, Tổ chức Đánh giá Độc lập sẽ xem xét lại. Tham khảo **Mục G6** để biết thông tin về tổ chức đánh giá và thủ tục kháng cáo Cấp độ 2.

- Nếu câu trả lời của chúng tôi là **Đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi phải thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

- Nếu chúng tôi nói **Không đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi thư giải thích và cho quý vị biết cách quý vị có thể nộp kháng cáo.

G6. Kháng cáo Cấp độ 2

Nếu chúng tôi trả lời là **Không đồng ý** với Kháng cáo Cấp độ 1 của quý vị, quý vị có thể chấp nhận quyết định của chúng tôi hoặc tiếp tục kháng cáo. Nếu quý vị quyết định thực hiện một kháng cáo khác, quý vị sẽ sử dụng quy trình Kháng cáo Cấp độ 2. **Tổ chức Đánh giá Độc lập** sẽ xem xét lại quyết định của chúng tôi khi chúng tôi trả lời **Không đồng ý** với kháng cáo đầu tiên của quý vị. Tổ chức này sẽ quyết định chúng tôi có cần phải thay đổi quyết định hay không.

> Tên chính thức của "Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập" là **"Thực thể Đánh giá Độc lập"**, đôi khi được gọi là **"IRE".**

Để thực hiện Kháng cáo Cấp độ 2, quý vị, người đại diện, hoặc bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê đơn khác phải liên hệ với Tổ chức Đánh giá Độc lập **bằng văn bản** và yêu cầu xem xét vụ việc của quý vị.

- Nếu chúng tôi nói **Không đồng ý** với Kháng cáo Cấp độ 1 của quý vị thì thư chúng tôi gửi cho quý vị sẽ chứa **hướng dẫn về cách nộp đơn Kháng cáo Cấp độ 2** với Tổ chức Đánh giá Độc lập. Những hướng dẫn này sẽ cho quý vị biết ai có thể thực hiện Kháng cáo Cấp độ 2 này, những thời hạn nào quý vị phải tuân theo và cách liên hệ với tổ chức đánh giá.

- Khi quý vị nộp đơn kháng cáo cho Tổ chức Đánh giá Độc lập, chúng tôi sẽ gửi thông tin mà chúng tôi có về kháng cáo của quý vị cho tổ chức này. Thông tin này được gọi là "hồ sơ trường hợp". **Quý vị có quyền nhận một bản sao miễn phí hồ sơ trường hợp của mình.**

- Quý vị có quyền cung cấp cho Tổ chức Đánh giá Độc lập thông tin bổ sung để hỗ trợ cho kháng cáo của mình.

Tổ chức Đánh giá Độc lập sẽ xem xét lại Kháng cáo Cấp độ 2 Phần D của quý vị và đưa ra câu trả lời bằng văn bản. Tham khảo **Mục F4** để biết thêm thông tin về Tổ chức Đánh giá Độc lập.

Thời hạn cho kháng cáo nhanh ở Cấp độ 2

Nếu là yêu cầu của tình trạng sức khỏe của quý vị, hãy yêu cầu Tổ chức Đánh giá Độc lập cho kháng cáo nhanh.

- Nếu họ đồng ý cho kháng cáo nhanh, họ phải trả lời cho **trong vòng 72 giờ** kể từ khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.

- Nếu câu trả lời của họ là **Đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi phải cung cấp bao trả cho thuốc được duyệt **trong vòng 24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của Tổ chức Đánh giá Độc lập.

Thời hạn cho kháng cáo tiêu chuẩn ở Cấp độ 2

Nếu quý vị có kháng cáo tiêu chuẩn ở Cấp độ 2, Tổ chức Đánh giá Độc lập phải cung cấp cho quý vị câu trả lời:

- **Trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi họ nhận được kháng cáo của quý vị cho loại thuốc quý vị chưa nhận được.
- **Trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo hoàn tiền cho loại thuốc quý vị đã mua.

Nếu Tổ chức Đánh giá Độc lập trả lời **Đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu:

- Chúng tôi phải cung cấp bao trả cho thuốc được duyệt **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của Tổ chức Đánh giá Độc lập.
- Chúng tôi phải hoàn tiền cho loại thuốc quý vị đã mua trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được quyết định của Tổ chức Đánh giá Độc lập.

Nếu Tổ chức Đánh giá Độc lập trả lời **Không Đồng Ý** với kháng cáo của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định của chúng tôi không phê duyệt yêu cầu của quý vị. Đây được gọi là “tán thành quyết định” hoặc “bác bỏ kháng cáo của quý vị.”

Nếu Tổ chức Đánh giá Độc lập trả lời **Không đồng ý** với Kháng cáo Cấp độ 2 của quý vị, quý vị có quyền Kháng cáo Cấp độ 3 nếu giá trị bằng tiền của bảo hiểm thuốc quý vị yêu cầu đáp ứng giá trị bằng tiền tối thiểu. Nếu giá trị bằng tiền của bảo hiểm thuốc quý vị yêu cầu ít hơn giá trị tối thiểu bắt buộc, quý vị không thể nộp kháng cáo khác. Trong trường hợp đó, quyết định với Kháng cáo Cấp độ 2 là quyết định cuối cùng. Tổ chức Đánh giá Độc lập sẽ gửi thư cho quý vị cho biết giá trị bằng tiền tối thiểu cần đạt được để tiếp tục với Kháng cáo Cấp độ 3.

Nếu giá trị bằng tiền quý vị yêu cầu đáp ứng yêu cầu này, quý vị được chọn có tiếp tục kháng cáo hay không.

- Có thêm ba cấp độ trong quy trình kháng cáo sau Cấp độ 2.
- Nếu Tổ chức Đánh giá Độc lập trả lời **Không đồng ý** với Kháng cáo Cấp độ 2 của quý vị và quý vị đáp ứng yêu cầu tiếp tục quy trình kháng cáo, quý vị:
  - Quyết định có muốn Kháng cáo Cấp độ 3 hay không.
  - Tham khảo thư Tổ chức Đánh giá Độc lập gửi cho quý vị sau Kháng cáo Cấp độ 2 của quý vị để biết thông tin chi tiết về cách Kháng cáo Cấp độ 3.

Thẩm phán luật hành chính hoặc quan tòa là luật sư sẽ giải quyết Kháng cáo Cấp độ 3. Tham khảo **Mục J** để biết thông tin về Kháng cáo Cấp độ 3, 4 và 5.

H. Yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho thời gian nội trú bệnh viện lâu hơn

Khi nhập viện, quý vị có quyền được hưởng tất cả dịch vụ của bệnh viện được chúng tôi bao trả mà cần thiết cho việc chẩn đoán và điều trị căn bệnh hoặc thương tổn của quý vị. Xem **Chương 4** của *Sổ tay Hội viên* để biết thêm thông tin về bao trả bệnh viện của chương trình của chúng tôi.

Trong thời gian nằm viện được bao trả, 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 hoặc quý vị lo lắng về dịch vụ chăm sóc sau khi rời khỏi bệnh viện, quý vị có thể yêu cầu ở lại bệnh viện lâu hơn. Mục này cho quý vị biết cách đưa ra yêu cầu.

H1. Tìm hiểu về các quyền Medicare của quý vị

Trong vòng hai ngày sau khi quý vị được nhập viện, ai đó tại bệnh viện, chẳng hạn y tá hoặc nhân viên phụ trách trường hợp, sẽ cung cấp cho quý vị thông báo bằng văn bản có tên **"Thông báo Quan trọng từ Medicare về Quyền của quý vị."** Mọi người tham gia Medicare đều nhận được thông báo này bất cứ khi nào họ nhập viện.

Nếu quý vị không nhận được thông báo này, hãy hỏi bất cứ nhân viên nào ở bệnh viện để lấy. Nếu quý vị cần trợ giúp, hãy gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số ở cuối trang. Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.

- **Hãy đọc kỹ thông báo này** và hỏi nếu quý vị không hiểu. Thông báo này cho quý vị biết về quyền lợi của quý vị với tư cách là bệnh nhân tại bệnh viện, gồm cả quyền:
  - Nhận các dịch vụ được Medicare bao trả trong và sau thời gian nằm 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 của quý vị.
  - Kháng cáo nếu quý vị nghĩ rằng quý vị phải xuất viện quá sớm.

- **Ký tên vào văn bản thông báo** để cho biết quý vị đã nhận được và hiểu các quyền của mình.
    - Quý vị hoặc ai đó đại diện cho quý vị có thể ký tên vào thông báo này.
    - Việc ký tên vào thông báo này **chỉ** thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông tin về quyền của mình. Việc ký tên này **không** có nghĩa là quý vị đồng ý với ngày xuất viện mà bác sĩ của quý vị hoặc nhân viên bệnh viện có thể đã thông báo cho quý vị.
- **Hãy lưu lại bản sao** của thông báo có chữ ký này để quý vị có thông tin khi cần.

Nếu quý vị ký tên vào thông báo hơn hai ngày trước ngày quý vị rời khỏi bệnh viện, quý vị sẽ nhận được một bản sao khác trước khi quý vị được cho xuất viện.

Quý vị có thể xem trước bản sao thông báo nếu quý vị:

- Gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số ở cuối trang
- Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.
- Truy cập www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

H2. Kháng cáo Cấp độ 1

Nếu quý vị muốn chúng tôi bao trả cho các dịch vụ bệnh viện nội trú với thời gian lâu hơn, hãy nộp đơn kháng cáo. Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ xem xét Kháng cáo Cấp độ 1 để xem ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị có phù hợp về mặt y tế với quý vị không.

Tổ chức Cải thiện Chất lượng là một nhóm các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ liên bang trả lương. Những chuyên gia này sẽ kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng cho những người tham gia Medicare. Họ không thuộc chương trình của chúng tôi.

Tại California, Tổ chức Cải thiện Chất lượng là Tổ chức Cải thiện Chất lượng Chăm sóc Tập trung vào Gia đình và Người thụ hưởng Livanta (BFCC-QIO). Gọi cho họ theo số 1-877-588-1123, thứ Hai đến thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 6 giờ tối, người dùng TTY gọi *1-855-887-6668*. Thông tin liên hệ cũng có trong thông báo, “Thông Báo Quan Trọng từ Medicare về Các Quyền Của Quý Vị,” và trong **Chương 2**.

Hãy gọi cho Tổ chức Cải thiện Chất lượng trước khi quý vị rời khỏi bệnh viện và không muộn hơn ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị.

- **Nếu quý vị gọi trước khi rời bệnh viện,** quý vị được phép ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch mà không phải trả tiền cho việc này trong thời gian quý vị chờ nhận quyết định của Tổ chức Cải thiện Chất lượng về kháng cáo của mình.

- **Nếu quý vị không gọi để kháng cáo,** và quý vị quyết định ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch, quý vị có thể sẽ phải thanh toán 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 bỏ lỡ thời hạn** liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng về kháng cáo của mình, hãy kháng cáo trực tiếp với chương trình của chúng tôi. Tham khảo **Mục G4** để biết thông tin về kháng cáo với chúng tôi.

- Vì nằm viện được cả Medicare lẫn Medi-Cal bao trả, nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng không thụ lý yêu cầu được tiếp tục nằm viện của quý vị, hoặc quý vị tin rằng tình huống của quý vị là khẩn cấp, bao gồm đe dọa ngay lập tức và nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị, hoặc quý vị đang bị đau nặng, quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại hoặc yêu cầu Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe có Quản lý California (DMHC) cho Đánh giá Y khoa Độc lập. Vui lòng tham khảo Mục F4 trên trang 212 để tìm hiểu về cách nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC tiến hành Đánh giá Y khoa Độc lập.

Yêu cầu trợ giúp nếu quý vị cần. Nếu quý vị có thắc mắc hay cần trợ giúp vào bất cứ lúc nào:

- Gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số ở cuối trang.

- Gọi cho Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (HICAP) theo số 1-800-434-0222.

Yêu cầu xét duyệt nhanh. Hành động nhanh chóng và liên hệ với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng để yêu cầu đánh giá nhanh về việc xuất viện của quý vị.

> Thuật ngữ pháp lý cho **"xét duyệt nhanh"** là **"xét duyệt ngay lập tức"** hoặc **"xét duyệt cấp tốc."**

Xét duyệt nhanh sẽ diễn ra như thế nào

- Người đánh giá của Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ hỏi quý vị hoặc đại diện của quý vị tại sao quý vị lại cho rằng phải tiếp tục bao trả sau ngày xuất viện theo kế hoạch. Quý vị không bắt buộc phải viết tường trình, nhưng quý vị có thể làm điều đó.

- Người đánh giá sẽ xem hồ sơ y tế của quý vị, nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xem xét các thông tin mà bệnh viện và chương trình chúng tôi đã cung cấp cho họ.

- Đến buổi trưa của ngày sau khi người đánh giá cho chương trình của chúng tôi biết về kháng cáo của quý vị, quý vị sẽ nhận được một thông báo khác giải thích lý do tại sao bác sĩ của quý vị, bệnh viện, và chúng tôi lại nghĩ rằng đó là ngày xuất viện phù hợp về mặt y tế với quý vị.

Thuật ngữ pháp lý cho văn bản giải thích này là **"Thông báo Xuất viện Chi tiết."** Quý vị có nhận mẫu bằng cách gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số ở cuối trang hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. (Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.) Quý vị cũng có thể tham khảo thông báo mẫu trực tuyến tại địa chỉ www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Trong vòng một ngày trọn vẹn sau khi nhận được toàn bộ thông tin Tổ chức Cải tiến Chất lượng cần, tổ chức này sẽ đưa ra câu trả lời cho kháng cáo của quý vị.

Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng nói **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị:

- Chúng tôi sẽ cung cấp dịch vụ bệnh viện nội trú được bao trả miễn sao là cần thiết về mặt y khoa.

Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng nói **Không đồng ý** với kháng cáo của quý vị:

- Họ cho rằng ngày xuất viện theo kế hoạch là phù hợp về mặt y tế.

- Bảo hiểm của chúng tôi cho các dịch vụ nội trú tại bệnh viện của quý vị sẽ kết thúc vào buổi trưa của ngày sau khi Tổ chức Cải thiện Chất lượng trả lời cho kháng cáo của quý vị.

- Quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí của dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau buổi trưa vào ngày sau khi Tổ chức Cải thiện Chất lượng trả lời cho kháng cáo của quý vị.

- Quý vị có thể Kháng cáo Cấp độ 2 nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng bác Kháng cáo Cấp độ 1 của quý vị **và** quý vị ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị.

H3. Kháng cáo Cấp độ 2

Đối với Kháng cáo Cấp độ 2, quý vị yêu cầu Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng xem xét lại quyết định họ đã đưa ra cho Kháng cáo Cấp độ 1 của quý vị. Gọi cho họ theo số 1-877-588-1123.

Quý vị phải yêu cầu xem xét này **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau ngày Tổ chức Cải thiện Chất lượng trả lời **Không đồng ý** với Kháng cáo Cấp độ 1 của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu xem xét này **chỉ** khi quý vị nằm viện sau ngày mà bao trả của quý vị cho dịch vụ đó đã kết thúc.

Người đánh giá của Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ:

- Xem xét cẩn thận một lần nữa mọi thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị.
- Cho quý vị biết quyết định của họ về Kháng cáo Cấp độ 2 của quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ khi nhận được yêu cầu xem xét lần thứ hai của quý vị.

Nếu Tổ chức Đánh giá Chất lượng trả lời **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị:

- Chúng tôi phải thanh toán lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí chăm sóc tại bệnh viện của chúng tôi kể từ buổi trưa vào ngày Tổ chức Cải thiện Chất lượng bác bỏ Kháng cáo Cấp độ 1 của quý vị.
- Chúng tôi sẽ cung cấp dịch vụ bệnh viện nội trú được bao trả miễn sao là cần thiết về mặt y khoa.

Nếu Tổ chức Đánh giá Chất lượng trả lời **Không đồng ý** với kháng cáo của quý vị:

- Họ đồng ý với quyết định của họ về Kháng cáo Cấp độ 1 của quý vị và sẽ không thay đổi quyết định đó.
- Họ gửi cho quý vị thư cho biết những gì quý vị có thể làm nếu quý vị muốn tiếp tục thủ tục kháng cáo và nộp Kháng cáo Cấp độ 3.
- Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại với 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 trên trang 204 để tìm hiểu về cách nộp đơn khiếu nại với và yêu cầu DMHC tiến hành Đánh giá Y khoa Độc lập.

Thẩm phán luật hành chính hoặc quan tòa là luật sư sẽ giải quyết Kháng cáo Cấp độ 3. Tham khảo **Mục J** để biết thông tin về Kháng cáo Cấp độ 3, 4 và 5.

H4. Kháng cáo thay thế Cấp độ 1

Thời hạn liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng đối với Kháng cáo Cấp độ 1 là trong vòng 60 ngày hoặc không muộn hơn ngày xuất viện dự kiến của quý vị. Nếu quý vị lỡ thời hạn Kháng cáo Cấp độ 1, quý vị có thể sử dụng quy trình "Kháng cáo Thay thế".

Liên hệ với Dịch vụ Hội viên theo số ở cuối trang và yêu cầu chúng tôi "xét duyệt nhanh" ngày xuất viện của quý vị.

> Thuật ngữ pháp lý cho "xét duyệt nhanh" hoặc "kháng cáo nhanh" **"kháng cáo cấp tốc."**

- Chúng tôi sẽ xem xét tất cả các thông tin nằm viện của quý vị.
- Chúng tôi kiểm tra xem quyết định đầu tiên có công bằng và có tuân thủ các quy định hay không.
- Chúng tôi sử dụng thời hạn nhanh thay vì thời hạn tiêu chuẩn và ra quyết định trong vòng 72 giờ kể từ khi quý vị yêu cầu xét duyệt nhanh.

Nếu chúng tôi trả lời **Đồng ý** với kháng cáo nhanh của quý vị:

- Chúng tôi đồng ý rằng quý vị cần nằm viện sau ngày xuất viện.
- Chúng tôi sẽ cung cấp dịch vụ bệnh viện nội trú được bao trả miễn sao là cần thiết về mặt y khoa.
- Chúng tôi thanh toán lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được kể từ ngày khi chúng tôi thông báo bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt.

Nếu chúng tôi trả lời **Không đồng ý** với kháng cáo nhanh của quý vị:

- Chúng tôi đồng ý rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là phù hợp về mặt y tế.
- Bao trả của chúng tôi cho các dịch vụ bệnh viện nội trú sẽ kết thúc vào ngày chúng tôi đã thông báo cho quý vị.
- Chúng tôi sẽ không thanh toán bất kỳ khoản chia sẻ chi phí nào sau ngày này.
- Quý vị có thể sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí của dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau ngày xuất viện theo kế hoạch nếu quý vị tiếp tục nằm viện.
- Chúng tôi sẽ chuyển vụ kháng cáo của quý vị cho Tổ chức Đánh giá Độc lập để đảm bảo rằng chúng tôi đã tuân thủ mọi quy định. Khi chúng tôi làm điều này, trường hợp của quý vị sẽ tự động chuyển đến quy trình kháng cáo Cấp độ 2.

H5. Kháng cáo thay thế Cấp độ 2

Chúng tôi sẽ gửi thông tin phục vụ cho Kháng cáo Cấp độ 2 của quý vị cho Tổ chức Đánh Giá Độc lập trong vòng 24 giờ kể từ khi trả lời **Không đồng ý** với Kháng cáo Cấp độ 1 của quý vị. Chúng tôi sẽ làm điều này một cách tự động. Quý vị không cần phải làm gì.

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. Tham khảo **Mục K** để biết thông tin về khiếu nại.

Tổ chức Đánh giá Độc lập sẽ xét duyệt nhanh kháng cáo của quý vị. Họ xem xét kỹ tất cả các thông tin về xuất viện và thường trả lời quý vị trong vòng 72 giờ.

Nếu Tổ chức Đánh giá Độc lập trả lời **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị:

- Chúng tôi thanh toán lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được kể từ ngày khi chúng tôi thông báo bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt.
- Chúng tôi sẽ cung cấp dịch vụ bệnh viện nội trú được bao trả miễn sao là cần thiết về mặt y khoa.

Nếu Tổ chức Đánh giá Độc lập trả lời **Không đồng ý** với kháng cáo của quý vị:

- Họ đồng ý rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là phù hợp về mặt y tế.
- Họ gửi cho quý vị thư cho biết những gì quý vị có thể làm nếu quý vị muốn tiếp tục thủ tục kháng cáo và nộp Kháng cáo Cấp độ 3.

Thẩm phán luật hành chính hoặc quan tòa là luật sư sẽ giải quyết Kháng cáo Cấp độ 3. Tham khảo **Mục J** để biết thông tin về Kháng cáo Cấp độ 3, 4 và 5.

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 F4 trên trang 212 để tìm hiểu về cách nộp đơn khiếu nại với và yêu cầu DMHC tiến hành Đánh giá Y khoa Độc lập. Quý vị có thể yêu cầu Đánh giá Y tế Độc lập bên cạnh hoặc thay cho Kháng cáo Cấp độ 3.

I. Yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả cho một số dịch vụ y tế

Mục này chỉ nói về ba loại dịch vụ quý vị có thể sẽ nhận được:

- Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà
- Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn tại một cơ sở điều dưỡng chuyên môn

- Chăm sóc phục hồi với tư cách là bệnh nhân ngoại trú tại Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF) được Medicare chấp thuận. Thông thường, việc này có nghĩa là quý vị đang được điều trị cho căn bệnh hoặc tai nạn hoặc quý vị đang phục hồi sau đại phẫu.

Với bất kỳ trong ba loại dịch vụ này, quý vị có quyền nhận được các dịch vụ được bao trả, miễn là bác sĩ nói rằng quý vị cần chúng.

Khi chúng tôi quyết định ngưng bao trả cho bất kỳ dịch vụ nào trong số này, chúng tôi phải báo cho quý vị **trước khi** dịch vụ của quý vị chấm dứt. Khi bao trả của quý vị cho dịch vụ đó chấm dứt, chúng tôi sẽ ngừng trả tiền cho dịch vụ đó.

Nếu cho rằng chúng tôi đang kết thúc việc bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị quá sớm, **quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi**. Mục này cho quý vị biết cách yêu cầu kháng cáo.

I1. Thông báo trước trước khi bao trả của quý vị chấm dứt

Chúng tôi gửi cho quý vị văn bản thông báo và quý vị sẽ nhận được ít nhất hai ngày trước khi chúng tôi ngưng thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Đây là "Thông báo về việc Medicare Không Bao Trả". Văn bản thông báo này cho quý vị biết ngày chúng tôi sẽ ngừng bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị và cách kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Quý vị hoặc người đại diện của quý vị cần ký tên vào văn bản thông báo để chứng tỏ quý vị đã nhận được. Việc ký tên vào thông báo này **chỉ** thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông tin. Việc ký tên này **không** có nghĩa là quý vị đồng ý với quyết định của chúng tôi.

I2. Kháng cáo Cấp độ 1

Nếu cho rằng chúng tôi đang kết thúc việc bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị quá sớm, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi. Mục này cho quý vị biết về quy trình Kháng cáo Cấp độ 1 và những việc phải làm.

- **Đáp ứng các thời hạn.** Các thời hạn rất quan trọng. Hiểu và tuân thủ các thời hạn áp dụng cho những việc quý vị phải làm. Chương trình của chúng tôi cũng phải tuân thủ các thời hạn. Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi không đáp ứng các thời hạn, quý vị có thể gửi đơn khiếu nại. Tham khảo **Mục K** để biết thêm thông tin về khiếu nại.

- **Yêu cầu trợ giúp nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hay cần trợ giúp vào bất cứ lúc nào:

  - Gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số ở cuối trang.

  - Gọi cho Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (HICAP) theo số 1-800-434-0222.

- **Liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng (QIO)**
  - Tham khảo **Mục H2** hoặc tham khảo **Chương 2** của *Sổ tay Hội viên* của quý vị để biết thêm thông tin về QIO và cách liên hệ với họ.
  - Yêu cầu họ xem xét kháng cáo của quý vị và quyết định xem có thay đổi quyết định của chương trình của chúng tôi hay không.
- **Hành động nhanh chóng và yêu cầu kháng cáo nhanh.** Hỏi Tổ chức Cải tiến Chất lượng xem việc chúng tôi chấm dứt bao trả cho dịch vụ y tế của quý vị có phù hợp về mặt y tế không.

Thời hạn liên lạc của quý vị với tổ chức này

- Quý vị phải liên lạc với Tổ chức Cải tiến Chất lượng để bắt đầu kháng cáo trước buổi trưa của ngày trước ngày hiệu lực trên Thông báo Medicare Không bao trả mà chúng tôi gửi cho quý vị.
- Nếu quý vị bị lỡ hạn liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng, quý vị có thể kháng cáo trực tiếp với chúng tôi. Để biết thông tin chi tiết về cách làm điều đó, tham khảo **Mục I4**.
- Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng không thụ lý yêu cầu của quý vị được tiếp tục bao trả cho 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 nặng, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với và yêu cầu Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe có Quản lý (DMHC) cho Đánh giá Y tế Độc lập. Vui lòng tham khảo Mục F4 trên trang 212 để tìm hiểu về cách nộp đơn khiếu nại với và yêu cầu DMHC tiến hành Đánh giá Y khoa Độc lập.

Thuật ngữ pháp lý cho văn bản thông báo này là **"Thông báo Medicare Không Bao trả."** Để nhận bản sao mẫu, hãy gọi Dịch vụ Hội viên theo số ở cuối trang hoặc gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Hoặc nhận bản sao trực tuyến tại địa chỉ www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.

Điều gì xảy ra trong thời gian kháng cáo nhanh

- Người đánh giá của Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ hỏi quý vị hoặc đại diện của quý vị tại sao quý vị lại cho rằng phải tiếp tục bao trả. Quý vị không bắt buộc phải viết tường trình, nhưng quý vị có thể làm điều đó.
- Người đánh giá sẽ xem hồ sơ y tế của quý vị, nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xem xét các thông tin mà chương trình của chúng tôi đã cung cấp cho họ.
- Chương trình của chúng tôi cũng gửi cho quý vị văn bản thông báo giải thích lý do chấm dứt bao trả cho dịch vụ của quý vị. Quý vị sẽ nhận được thông báo trước cuối ngày người đánh giá thông báo cho chúng tôi về kháng cáo của quý vị.

> Thuật ngữ pháp lý của giải thích thông báo là **"Bản Giải thích Chi tiết việc không Bao trả."**

- Người đánh giá sẽ cho quý vị biết quyết định của họ trong vòng đủ một ngày sau khi nhận được mọi thông tin họ cần.

Nếu Tổ chức Đánh giá Độc lập trả lời **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị:

- Chúng tôi sẽ cung cấp dịch vụ được bao trả của quý vị miễn sao là cần thiết về mặt y khoa.

Nếu Tổ chức Đánh giá Độc lập trả lời **Không đồng ý** với kháng cáo của quý vị:

- Bao trả của quý vị sẽ kết thúc vào ngày chúng tôi đã thông báo cho quý vị.
- Chúng tôi sẽ ngưng thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho việc chăm sóc này vào ngày có trong thông báo.
- Quý vị sẽ tự thanh toán toàn bộ chi phí cho việc chăm sóc này nếu quyết định tiếp tục nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc tại Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF) sau ngày bao trả của quý vị kết thúc.
- Quý vị quyết định có muốn tiếp tục những dịch vụ này và nộp đơn Kháng cáo Cấp độ 2 hay không.

I3. Kháng cáo Cấp độ 2

Đối với Kháng cáo Cấp độ 2, quý vị yêu cầu Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng xem xét lại quyết định họ đã đưa ra cho Kháng cáo Cấp độ 1 của quý vị. Gọi cho họ theo số 1-877-588-1123.

Quý vị phải yêu cầu xem xét này **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau ngày Tổ chức Cải thiện Chất lượng trả lời **Không đồng ý** với Kháng cáo Cấp độ 1 của quý vị. Quý vị **chỉ** có thể yêu cầu việc xem xét này nếu quý vị tiếp tục nhận chăm sóc sau ngày bao trả cho chăm sóc của quý vị đã kết thúc.

Người đánh giá của Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ:

- Xem xét cẩn thận một lần nữa mọi thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị.
- Cho quý vị biết quyết định của họ về Kháng cáo Cấp độ 2 của quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ khi nhận được yêu cầu xem xét lần thứ hai của quý vị.

Nếu Tổ chức Đánh giá Độc lập trả lời **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị:

- Chúng tôi thanh toán lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được kể từ ngày khi chúng tôi thông báo bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt.
- Chúng tôi sẽ cung cấp bao trả cho dịch vụ chăm sóc đó chừng nào dịch vụ đó còn cần thiết về mặt y tế.

Nếu Tổ chức Đánh giá Độc lập trả lời **Không đồng ý** với kháng cáo của quý vị:

- Họ đồng ý với quyết định của chúng tôi về chấm dứt dịch vụ chăm sóc của quý vị và sẽ không thay đổi quyết định đó.
- Họ gửi cho quý vị thư cho biết những gì quý vị có thể làm nếu quý vị muốn tiếp tục thủ tục kháng cáo và nộp Kháng cáo Cấp độ 3.
- Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC cho Đánh giá Y tế Độc lập để tiếp tục được bao trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Vui lòng tham khảo Mục F4 trên trang 212 để tìm hiểu về cách yêu cầu DMHC tiến hành Đánh giá Y khoa Độc lập. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với và yêu cầu DMHC tiến hành Đánh giá Y tế Độc lập ngoài hoặc thay cho việc Kháng cáo Cấp độ 3.

Thẩm phán luật hành chính hoặc quan tòa là luật sư sẽ giải quyết Kháng cáo Cấp độ 3. Tham khảo **Mục J** để biết thông tin về Kháng cáo Cấp độ 3, 4 và 5.

I4. Kháng cáo thay thế Cấp độ 1

Như đã giải thích trong **Mục I2**, quý vị phải nhanh chóng hành động và liên hệ với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng để bắt đầu Kháng cáo Cấp độ 1. Nếu quý vị lỡ thời hạn, quý vị có thể sử dụng quy trình "Kháng cáo Thay thế".

Liên hệ với Dịch vụ Hội viên theo số ở cuối trang và yêu cầu chúng tôi “xét duyệt nhanh”.

> Thuật ngữ pháp lý cho “xét duyệt nhanh” hoặc “kháng cáo nhanh” **“kháng cáo cấp tốc.”**

- Chúng tôi sẽ xem xét tất cả các thông tin về trường hợp của quý vị.
- Chúng tôi kiểm tra xem quyết định đầu tiên có công bằng và có tuân thủ các quy định hay không khi chúng tôi định ngày chấm dứt bao trả cho dịch vụ của quý vị.
- Chúng tôi sử dụng thời hạn nhanh thay vì thời hạn tiêu chuẩn và ra quyết định trong vòng 72 giờ kể từ khi quý vị yêu cầu xét duyệt nhanh.

Nếu chúng tôi trả lời **Đồng ý** với kháng cáo nhanh của quý vị:

- Chúng tôi đồng ý rằng quý vị cần dịch vụ trong thời gian dài hơn.
- Chúng tôi sẽ cung cấp dịch vụ được bao trả của quý vị miễn sao chúng cần thiết về mặt y khoa.
- 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 chúng tôi nói rằng bao trả của quý vị sẽ kết thúc.

Nếu chúng tôi trả lời **Không đồng ý** với kháng cáo nhanh của quý vị:

- Bao trả của chúng tôi cho các dịch vụ này sẽ kết thúc vào ngày chúng tôi đã thông báo với quý vị.
- Chúng tôi sẽ không thanh toán bất kỳ khoản chia sẻ chi phí nào sau ngày này.
- Quý vị thanh toán toàn bộ chi phí của những dịch vụ này nếu quý vị tiếp tục nhận chúng sau ngày chúng tôi thông báo là bao trả của quý vị sẽ chấm dứt.
- Chúng tôi sẽ chuyển vụ kháng cáo của quý vị cho Tổ chức Đánh giá Độc lập để đảm bảo rằng chúng tôi đã tuân thủ mọi quy định. Khi chúng tôi làm điều này, trường hợp của quý vị sẽ tự động chuyển đến quy trình kháng cáo Cấp độ 2.

I5. Kháng cáo thay thế Cấp độ 2

Trong thời gian Kháng cáo Cấp độ 2,

Chúng tôi sẽ gửi thông tin phục vụ cho Kháng cáo Cấp độ 2 của quý vị cho Tổ chức Đánh Giá Độc lập trong vòng 24 giờ kể từ khi trả lời Không đồng ý với Kháng cáo Cấp độ 1 của quý vị. Chúng tôi sẽ làm điều này một cách tự động. Quý vị không cần phải làm gì.

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. Tham khảo **Mục K** để biết thông tin về khiếu nại.

Tổ chức Đánh giá Độc lập sẽ xét duyệt nhanh kháng cáo của quý vị. Họ xem xét kỹ tất cả các thông tin về xuất viện và thường trả lời quý vị trong vòng 72 giờ.

Nếu Tổ chức Đánh giá Độc lập trả lời **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị:

- Chúng tôi thanh toán lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được kể từ ngày khi chúng tôi thông báo bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt.
- Chúng tôi sẽ cung cấp dịch vụ bệnh viện nội trú được bao trả miễn sao là cần thiết về mặt y khoa.

Nếu Tổ chức Đánh giá Độc lập trả lời **Không đồng ý** với kháng cáo của quý vị:

- Họ đồng ý với quyết định của chúng tôi về chấm dứt dịch vụ chăm sóc của quý vị và sẽ không thay đổi quyết định đó.
- Họ gửi cho quý vị thư cho biết những gì quý vị có thể làm nếu quý vị muốn tiếp tục thủ tục kháng cáo và nộp Kháng cáo Cấp độ 3.

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC cho Đánh giá Y tế Độc lập để tiếp tục được bao trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Vui lòng tham khảo Mục F4 trên trang 212 để tìm hiểu về cách yêu cầu DMHC tiến hành Đánh giá Y khoa Độc lập. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại và yêu cầu Đánh giá Y tế Độc lập ngoài hoặc thay cho việc Kháng cáo Cấp độ 3.

Thẩm phán luật hành chính hoặc quan tòa là luật sư sẽ giải quyết Kháng cáo Cấp độ 3. Tham khảo **Mục J** để biết thông tin về Kháng cáo Cấp độ 3, 4 và 5.

J. Tiến hành kháng cáo của quý vị ngoài Cấp độ 2

J1. Các bước tiếp theo đối với dịch vụ và khoản mục Medicare

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

Nếu giá trị bằng tiền của dịch vụ hoặc khoản mục Medicare mà quý vị kháng cáo không đáp ứng số tiền tối thiểu cụ thể, quý vị không thể kháng cáo thêm. Nếu giá trị bằng tiền đủ cao, quý vị có thể tiếp tục thủ tục kháng cáo. Thư quý vị nhận từ Tổ chức Đánh giá Độc lập cho Kháng cáo Cấp độ 2 của quý vị giải thích người quý vị có thể liên lạc và những việc phải làm để yêu cầu Kháng cáo Cấp độ 3.

Kháng cáo Cấp độ 3

Cấp độ 3 của quy trình kháng cáo là một phiên điều trần của Thẩm phán Luật Hành chính (Administrative Law Judge, ALJ). Người ra quyết định là ALJ hoặc quan tòa là luật sư làm việc cho chính quyền liên bang.

Nếu ALJ hoặc quan tòa là luật sư trả lời **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị, chúng tôi có quyền kháng cáo quyết định Cấp độ 3 có lợi cho quý vị.

- Nếu chúng tôi quyết định **kháng cáo** quyết định này, chúng tôi sẽ gửi bản sao yêu cầu Kháng cáo Cấp độ 4 cùng với mọi tài liệu đi kèm. Chúng tôi có thể chờ quyết định Kháng cáo Cấp độ 4 trước khi cho phép hoặc cung cấp dịch vụ đang tranh cãi.

- Nếu chúng tôi quyết định **không kháng cáo** quyết định này, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ cho quý vị trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi nhận được quyết định từ ALJ hoặc quan tòa là luật sư.

Nếu ALJ hoặc quan tòa là luật sư trả lời **Không đồng ý** với kháng cáo của quý vị, thủ tục kháng cáo có thể chưa chấm dứt.

- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định mà bác bỏ kháng cáo của quý vị, thủ tục kháng cáo khi đó chấm dứt.

- Nếu quý vị quyết định **không chấp nhận** quyết định mà bác bỏ kháng cáo của quý vị, quý vị có thể tiếp tục Cấp độ tiếp theo của quy trình xem xét. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho biết những gì quý vị cần làm nếu muốn Kháng cáo Cấp độ 4.

Kháng cáo Cấp độ 4

Hội đồng Kháng cáo Medicare sẽ xem xét kháng cáo của quý vị và sẽ đưa ra câu trả lời. Hội đồng này trực thuộc chính quyền liên bang.

Nếu Hội đồng này trả lời **Đồng ý** với Kháng cáo Cấp độ 4 của quý vị hoặc từ chối yêu cầu của chúng tôi là xem xét lại quyết định Kháng cáo Cấp độ 3 có lợi cho quý vị, chúng tôi có quyền kháng cáo lên Cấp độ 5.

- Nếu chúng tôi quyết định **kháng cáo** quyết định này, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản.

- Nếu chúng tôi quyết định **không kháng cáo** quyết định này, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ cho quý vị trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi nhận được quyết định từ Hội đồng.

Nếu Hội đồng trả lời **Không đồng ý** hoặc từ chối yêu cầu xem xét lại của chúng tôi, quy trình kháng cáo có thể chưa kết thúc.

- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định mà bác bỏ kháng cáo của quý vị, thủ tục kháng cáo khi đó chấm dứt.

- Nếu quý vị quyết định **không chấp nhận** quyết định mà bác bỏ kháng cáo của quý vị, quý vị có thể tiếp tục Cấp độ tiếp theo của quy trình xem xét. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho biết quý vị có thể tiếp tục Kháng cáo Cấp độ 5 hay không và những việc phải làm.

Kháng cáo Cấp độ 5

- Thẩm phán Tòa án Quận Liên bang sẽ xem xét kháng cáo của quý vị và mọi thông tin và quyết định **Đồng ý** hay **Không đồng ý**. Đây là quyết định cuối cùng. Không có cấp độ kháng cáo nào khác ngoài Tòa án Quận Liên bang.

J2. Các kháng cáo Medi-Cal bổ sung

Quý vị cũng có thêm quyền kháng cáo nếu kháng cáo của quý vị là về các dịch vụ hoặc khoản mục Medi-Cal thường bao trả. Thư quý vị nhận được từ văn phòng Điều trần Công bằng sẽ cho quý vị biết quý vị phải làm gì nếu muốn tiếp tục quy trình kháng cáo.

Nếu giá trị bao trả bằng tiền quý vị đang yêu cầu đáp ứng yêu cầu này, quý vị được chọn có tiếp tục kháng cáo hay không.

- Có ba cấp độ bổ sung trong quy trình kháng cáo sau Cấp độ 2 (trong tổng số năm cấp kháng cáo).

- Nếu Kháng cáo Cấp độ 2 của quý vị bị bác bỏ và quý vị đáp ứng các yêu cầu để tiếp tục quy trình kháng cáo, quý vị phải quyết định có muốn chuyển tiếp sang Cấp độ 3 và thực hiện kháng cáo thứ ba hay không. Nếu quý vị quyết định thực hiện kháng cáo thứ ba, thông tin chi tiết về cách thực hiện kháng cáo được nêu trong thông báo quý vị nhận được sau kháng cáo thứ hai.
- Thẩm phán luật hành chính hoặc quan tòa là luật sư sẽ giải quyết Kháng cáo Cấp độ 3. Mục J3 trong Chương này cho biết thêm về quy trình kháng cáo các Cấp độ 3, 4 và 5.

J3. Cấp độ kháng cáo 3, 4 và 5 cho các yêu cầu thuốc Phần D

Mục này có thể thích hợp với quý vị nếu quý vị đã thực hiện Kháng cáo Cấp độ 1 và Kháng cáo Cấp độ 2, và cả hai kháng cáo này của quý vị đều đã bị bác bỏ.

Nếu giá trị của thuốc quý vị kháng cáo đáp ứng được một mức giá trị bằng tiền nhất định, quý vị có thể chuyển lên các cấp kháng cáo bổ sung. Văn bản trả lời cho Kháng cáo Cấp độ 2 của quý vị giải thích người quý vị có thể liên lạc và những việc phải làm để yêu cầu Kháng cáo Cấp độ 3.

Kháng cáo Cấp độ 3

Cấp độ 3 của quy trình kháng cáo là một phiên điều trần của Thẩm phán Luật Hành chính (ALJ). Người ra quyết định là ALJ hoặc quan tòa là luật sư làm việc cho chính quyền liên bang.

Nếu ALJ hoặc quan tòa là luật sư trả lời **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị:

- Thủ tục kháng cáo kết thúc.

- Chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bao trả cho thuốc được duyệt trong vòng 72 giờ (hoặc 24 giờ đối với kháng cáo cấp tốc) hoặc thanh toán không muộn hơn 30 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được quyết định.

Nếu ALJ hoặc quan tòa là luật sư trả lời **Không đồng ý** với kháng cáo của quý vị, thủ tục kháng cáo có thể chưa chấm dứt.

- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định mà bác bỏ kháng cáo của quý vị, thủ tục kháng cáo khi đó chấm dứt.

- Nếu quý vị quyết định **không chấp nhận** quyết định mà bác bỏ kháng cáo của quý vị, quý vị có thể tiếp tục Cấp độ tiếp theo của quy trình xem xét. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho biết những gì quý vị cần làm nếu muốn Kháng cáo Cấp độ 4.

Kháng cáo Cấp độ 4

Hội đồng Kháng cáo Medicare sẽ xem xét kháng cáo của quý vị và sẽ đưa ra câu trả lời. Hội đồng này trực thuộc chính quyền liên bang.

Nếu Hội đồng trả lời **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị:

- Thủ tục kháng cáo kết thúc.
- Chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bao trả cho thuốc được duyệt trong vòng 72 giờ (hoặc 24 giờ đối với kháng cáo cấp tốc) hoặc thanh toán không muộn hơn 30 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được quyết định.

Nếu Hội đồng trả lời **Không đồng ý** với kháng cáo của quý vị, thủ tục kháng cáo có thể chưa kết thúc.

- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định mà bác bỏ kháng cáo của quý vị, thủ tục kháng cáo khi đó chấm dứt.

- Nếu quý vị quyết định **không chấp nhận** quyết định mà bác bỏ kháng cáo của quý vị, quý vị có thể tiếp tục Cấp độ tiếp theo của quy trình xem xét. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho biết quý vị có thể tiếp tục Kháng cáo Cấp độ 5 hay không và những việc phải làm.

Kháng cáo Cấp độ 5

- Thẩm phán Tòa án Quận Liên bang sẽ xem xét kháng cáo của quý vị và mọi thông tin và quyết định **Đồng ý** hay **Không đồng ý**. Đây là quyết định cuối cùng. Không có cấp độ kháng cáo nào khác ngoài Tòa án Quận Liên bang.

K. Cách nộp đơn khiếu nại

K1. Nên khiếu nại loại vấn đề nào

Quy trình khiếu nại chỉ được dùng cho một số loại vấn đề nào đó, ví dụ như những vấn đề liên quan đến chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi, điều phối chăm sóc và dịch vụ khách hàng. Dưới đây là các ví dụ về các dạng vấn đề được giải quyết theo quy trình khiếu nại.

Khiếu nại	Ví dụ
Chất lượng chăm sóc y tế của quý vị	• 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.
Tôn trọng quyền riêng tư của quý vị	• Quý vị cho rằng ai đó đã không tôn trọng quyền riêng tư của quý vị hoặc đã chia sẻ thông tin mật về quý vị.

Khiếu nại	Ví dụ
Thiếu tôn trọng, dịch vụ khách hàng kém hoặc thái độ tiêu cực khác	• 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 chúng tôi đối xử tệ với quý vị. • Nếu quý vị nghĩ rằng mình bị đẩy ra khỏi chương trình của chúng tôi.
Khả năng tiếp cận và hỗ trợ ngôn ngữ	• Quý vị không thể tiếp cận thực tế với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các cơ sở tại phòng khám bác sĩ hoặc nhà cung cấp. • Bác sĩ hoặc nhà cung cấp của quý vị không cung cấp thông dịch viên cho ngôn ngữ không phải tiếng Anh mà quý vị sử dụng (chẳng hạn như ngôn ngữ ký hiệu Mỹ hoặc tiếng Tây Ban Nha). • Nhà cung cấp của quý vị không cung cấp phương tiện hợp lý mà quý vị cần và yêu cầu.
Thời gian chờ	• Quý vị gặp rắc rối với việc nhận lịch hẹn hoặc chờ quá lâu để có lịch hẹn đó. • Bác sĩ, dược sĩ, hoặc nhân viên y tế khác, Dịch vụ Hội viên hoặc nhân viên khác của chương trình bắt quý vị chờ đợi quá lâu.
Vệ sinh	• Quý vị nghĩ rằng phòng khám, bệnh viện hoặc phòng khám bác sĩ không sạch sẽ.
Thông tin quý vị nhận 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 cho quý vị quá khó hiểu.

Khiếu nại	Ví dụ
Tính kịp thời liên quan đến quyến định bao trả hoặc kháng cáo	• Quý vị tin rằng chúng tôi không đáp ứng các thời hạn đưa ra quyết định bao trả hoặc trả lời kháng cáo của quý vị. • Quý vị tin rằng sau khi nhận được quyết định bao trả hoặc quyết định kháng cáo có lợi cho quý vị, chúng tôi không đáp ứng các thời hạn chấp thuận hoặc cung cấp dịch vụ hoặc trả lại tiền cho quý cho một số dịch vụ y tế nhất định. • Quý vị không nghĩ rằng chúng tôi đã chuyển trường hợp của quý vị cho Tổ chức Đánh giá Độc lập đúng thời hạn.

Có các kiểu khiếu nại khác nhau. 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 có quan hệ với chương trình chúng tôi và họ sẽ xem xét khiếu nại của quý vị. Nếu quý vị cần được trợ giúp để khiếu nại nội bộ và/hoặc ra bên ngoài, quý vị có thể gọi cho theo số **1-833-707-3129**.

> Thuật ngữ pháp lý cho "khiếu nại" là **"khiếu nại."**
>
> Thuật ngữ pháp lý cho "tiến hành khiếu nại" là **"nộp khiếu nại."**

K2. Khiếu nại nội bộ

Để khiếu nại nội bộ, hãy gọi Dịch vụ Hội viên theo số 1-833-707-3129. Quý vị có thể khiếu nại vào bất cứ lúc nào nếu việc đó không phải là về thuốc Phần D. Nếu khiếu nại là về thuốc Phần D, quý vị phải nộp đơn **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau khi quý vị gặp vấn đề mà quý vị muốn khiếu nại.

- Nếu có bất cứ việc gì khác mà quý vị cần phải làm, Dịch vụ Hội viên sẽ cho quý vị biết.
- Quý vị cũng có thể khiếu nại bằng cách gửi thư 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 trả lời quý vị qua điện thoại. Nếu điều kiện sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi phải trả lời nhanh chóng, chúng tôi sẽ làm như vậy.

- Chúng tôi trả lời hầu hết các khiếu nại trong vòng 30 ngày theo lịch. Nếu chúng tôi không ra quyết định trong vòng 30 ngày theo lịch vì chúng tôi cần thêm thông tin, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi cũng cập nhật cho quý vị về tình trạng và thời gian dự kiến nhận được câu trả lời.

- Nếu quý vị khiếu nại vì chúng tôi đã từ chối yêu cầu ra "quyết định bao trả nhanh" hay "kháng cáo nhanh", chúng tôi sẽ tự động cung cấp cho quý vị "khiếu nại nhanh" và trả lời khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ.

- Nếu quý vị khiếu nại vì chúng tôi đã dùng thêm thời gian để ra quyết định bao trả hoặc cho kháng cáo, chúng tôi sẽ tự động cung cấp cho quý vị "khiếu nại nhanh" và trả lời khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ.

Nếu chúng tôi không đồng ý với một số hoặc 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 là chúng tôi có đồng ý với khiếu nại đó hay không.

K3. Khiếu nại ra bên ngoài

Medicare

Quý vị có thể cho Medicare biết về khiếu nại của mình hoặc gửi khiếu nại đó cho Medicare. Mẫu khiếu nại của Medicare có sẵn tại: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Quý vị không cần phải nộp đơn khiếu nại với Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) trước khi nộp đơn khiếu nại với Medicare.

Medicare tiếp nhận khiếu nại của quý vị một cách nghiêm túc và sử dụng thông tin này để giúp quý vị cải thiện chất lượng chương trình Medicare.

Nếu quý vị có bất kỳ phản hồi hoặc lo lắng nào khác, hoặc nếu quý vị cảm thấy chương trình sức khỏe không giải quyết được vấn đề của mình, quý vị cũng có thể gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048. Cuộc gọi này miễn phí.

Medi-Cal

Quý vị có thể nộp khiếu nại với Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe California (DHCS) Thanh tra viên Chăm sóc có Quản lý của Medi-Cal bằng cách gọi đến số 1-888-452-8609. Người dùng TTY có thể gọi 711. Quý vị có thể gọi từ thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.

Quý vị có thể nộp khiếu nại với *Sở* Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe có Quản lý của California (DMHC). DMHC chịu trách nhiệm điều chỉnh các chương trình sức khỏe. Quý vị có thể gọi cho Trung tâm Trợ giúp của DMHC để xin trợ giúp khiếu nại về dịch vụ Medi-Cal. Quý vị có thể liên lạc với DMHC nếu quý vị cần trợ giúp về khiếu nại liên quan đến vấn đề khẩn cấp hoặc một vấn đề liên quan đến đe dọa ngay lập tức và nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị, nếu quý vị bị đau nặng, nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chương trình về 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 nhận trợ giúp từ Trung tâm Trợ giúp:

- Gọi 1-*888-466-2219*. *Người khiếm thính, nặng tai, hoặc khiếm ngôn có thể sử dụng số TTY miễn phí, 1-877-688-9891*. Cuộc gọi này miễn phí.
- Truy cập trang web của Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe có Quản lý (www.dmhc.ca.gov).

Văn phòng Dân quyền

Quý vị có thể khiếu nại với Văn phòng Dân quyền của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh 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 Văn phòng Dân quyền là 1-800-368-1019. Người dùng TTY xin gọi 1-800-537-7697. Quý vị có thể truy cập www.hhs.gov/ocr để biết thêm thông tin.

Quý vị cũng có thể liên lạc với Văn phòng Dân quyền theo địa chỉ:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services 90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

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 và theo 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 cũng có thể gọi đến số miễn cước của thanh tra viên của tiểu bang 1-888-452-8609 hoặc TDD/TTY 1-800-735-2929 (California Relay Service), thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Quý vị có thể truy cập trang web tại địa chỉ http://www.dhcs.ca.gov/services/Medi-Cal/Pages/MMCDOfficeoftheOmbudsman.aspx.

Tổ chức Cải thiện Chất lượng

Khi quý vị khiếu nại của quý vị về chất lượng dịch vụ chăm sóc, quý vị sẽ có hai lựa chọn:

- Quý vị có thể khiếu nại về chất lượng chăm sóc trực tiếp với Tổ chức Cải thiện Chất lượng.
- Quý vị có thể khiếu nại với Tổ chức Cải thiện Chất lượng và chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị khiếu nại với Tổ chức Cải thiện Chất lượng, chúng tôi sẽ làm việc với họ để giải quyết khiếu nại của quý vị.

Tổ chức Cải thiện 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 thiện dịch vụ chăm sóc cho bệnh nhân tham gia Medicare. Để tìm hiểu thêm về Tổ chức Cải thiện Chất lượng, tham khảo **Mục H2** hoặc tham khảo **Chương 2** của *Sổ tay Hội viên.*

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

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

Giới thiệu

Chương này giải thích về cách mà quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi và các lựa chọn bảo hiểm y tế sau khi quý vị rời khỏi chương trình. Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ vẫn tham gia các chương trình Medicare và Medi-Cal miễn là quý vị hội đủ điều kiện. Các thuật ngữ chính và định nghĩa theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ tay Hội viên*.

Mục lục

A. Khi nào quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên của mình với chương trình của chúng tôi...254

B. Cách kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi.....255

C. Cách nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal 256

C1. Các dịch vụ Medicare của quý vị.....256

C2. Các dịch vụ Medi-Cal của quý vị.....259

D. Cách nhận dịch vụ y tế và các thuốc của quý vị cho đến khi tư cách hội viên của quý vị kết thúc 260

E. Các tình huống khác khi tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi kết thúc.....260

F.Quy tắc không được yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do gì liên quan đến sức khỏe 261

G. Quý vị có quyền khiếu nại khi chúng tôi kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình chúng tôi 262

A. Khi nào quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên của mình với chương trình của chúng tôi

Hầu hết những người tham gia Medicare đều có thể kết thúc tư cách hội viên của họ vào những thời điểm nhất định trong năm. Do quý vị có Medi-Cal nên quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình với chương trình của chúng tôi hoặc chuyển sang một chương trình khác một lần trong mỗi **Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt** sau:

- Tháng Một đến tháng Ba
- Tháng Tư đến tháng Sáu
- Tháng Bảy đến tháng Chín

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

- **Giai đoạn Ghi danh Hàng năm**, kéo dài từ ngày 15 tháng Mười đến ngày 7 tháng Mười Hai. Nếu quý vị chọn một chương trình mới trong thời gian này, tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi sẽ kết thúc vào ngày 31 Tháng Mười Hai và tư cách hội viên của quý vị trong chương trình mới bắt đầu vào ngày 1 Tháng Một.

- **Giai đoạn Ghi danh Mở của Medicare Advantage**, kéo dài từ ngày 1 tháng Một đến ngày 31 tháng Ba. Nếu quý vị chọn một chương trình mới trong giai đoạn này, tư cách hội viên của quý vị trong chương trình mới sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo.

Có thể có một số trường hợp khác, khi đó quý vị có thể đủ điều kiện để thay đổi ghi danh của mình. Ví dụ, khi:

- Quý vị đã chuyển ra khỏi vùng dịch vụ của chúng tôi,

- Tình trạng hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal hoặc Trợ giúp Bổ sung ("Extra Help") của quý vị đã thay đổi, **hoặc**

- Nếu quý vị mới chuyển đến, hiện đang được chăm sóc tại, hoặc mới chuyển ra khỏi viện dưỡng lão hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn.

Tư cách hội viên của quý vị sẽ kết thúc vào ngày cuối cùng của tháng mà chúng tôi nhận được yêu cầu thay đổi chương trình của quý vị. Ví dụ: Nếu chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị vào ngày 18 tháng 1 thì bao trả 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 rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị có thể nhận thông tin về:

- Các tùy chọn Medicare trong bảng ở **Mục C1**.
- Các dịch vụ Medi-Cal trong **Mục C2**.

Quý vị có thể nhận thêm thông tin về cách kết thúc tư cách hội viên của mình bằng cách gọi:

- Dịch vụ Hội viên theo số ở cuối trang.
- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.
- Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (HICAP) của California theo số 1-800-434-0222, thứ Hai đến thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều. Để biết thêm chi tiết hoặc để tìm một văn phòng HICAP tại địa phương của quý vị, vui lòng vào trang www.aging.ca.gov/HICAP/.
- Health Care Options theo số 1-844-580-7272, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Người dùng TTY xin gọi 1-800-430-7077.
- Thanh tra viên của Medi-Cal Managed Care theo số 1-888-452-8609, thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều hoặc gửi email MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

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** của *Sổ tay Hội viên* để biết thông tin về các chương trình quản lý thuốc.

B. Cách kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Quý vị có các lựa chọn sau nếu muốn rời khỏi chương trình của chúng tôi:

- Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY (người gặp khó khăn về nghe hoặc nói) xin gọi 1-877-486-2048. Khi quý vị gọi 1-800-MEDICARE, quý vị cũng có thể ghi danh vào một chương trình thuốc hoặc chương trình sức khỏe Medicare khác. Quý vị có thể tìm thêm thông tin về nhận dịch vụ Medicare của mình khi quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi trong bảng trên trang 257-259.

- Gọi cho Health Care Options theo số 1-844-580-7272, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Người dùng TTY xin gọi 1-800-430-7077.
- Mục C dưới đây có các bước quý vị có thể thực hiện để ghi danh vào một chương trình khác, mà cũng sẽ kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi.

C. Cách nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal

Quý vị có lựa chọn nhận dịch vụ Medicare và Medi-Cal của mình nếu chọn rời chương trình của chúng tôi.

C1. Các dịch vụ Medicare của quý vị

Quý vị có ba tùy chọn nhận các dịch vụ Medicare được liệt kê bên dưới. Khi chọn một trong ba tùy chọn này, quý vị sẽ tự động kết thúc tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi.

1. Quý vị có thể chuyển sang: **Một chương trình sức khỏe khác của Medicare, chẳng hạn như Medicare Advantage Plan hoặc nếu quý vị đáp ứng các yêu cầu hội đủ điều kiện và sống trong khu vực dịch vụ, Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người Cao niên (PACE).**	**Sau đây là những việc cần làm:** Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Để hỏi về PACE, vui lòng gọi 1-855-921-PACE (7223). Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc muốn biết thêm thông tin: • Gọi Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (HICAP) của California theo số 1-800-434-0222, thứ Hai đến thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều. Để biết thêm chi tiết hoặc để tìm một văn phòng HICAP tại địa phương của quý vị, vui lòng vào trang www.aging.ca.gov/HICAP/. **HOẶC** Ghi danh một chương trình Medicare mới. Quý vị được tự động hủy ghi danh khỏi chương trình Medicare của chúng tôi khi bảo hiểm của chương trình mới của quý vị bắt đầu. Chương trình Medi-Cal của quý vị có thể thay đổi.

2. Quý vị có thể chuyển sang: **Original Medicare với một chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt**	**Sau đây là những việc cần làm:** Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc muốn biết thêm thông tin: • Gọi Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (HICAP) của California theo số 1-800-434-0222, thứ Hai đến thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều. Để biết thêm chi tiết hoặc để tìm một văn phòng HICAP tại địa phương của quý vị, vui lòng vào trang www.aging.ca.gov/HICAP/. **HOẶC** Ghi danh vào một chương trình thuốc kê toa mới của Medicare. Quý vị được tự động hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu. Chương trình Medi-Cal của quý vị sẽ không thay đổi.

3. Quý vị có thể chuyển sang: **Original Medicare mà 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 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 Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (HICAP) của California theo số 1-800-434-0222, thứ Hai đến thứ Sáu từ 8:00 sáng 5:00 chiều. Để tìm hiểu thêm hoặc để tìm văn phòng HICAP tại địa phương của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/.	**Sau đây là những việc cần làm:** Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc muốn biết thêm thông tin: • Gọi Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (HICAP) của California theo số 1-800-434-0222, thứ Hai đến thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều. Để biết thêm chi tiết hoặc để tìm một văn phòng HICAP tại địa phương của quý vị, vui lòng vào trang www.aging.ca.gov/HICAP/. Quý vị được tự động hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu. Chương trình Medi-Cal của quý vị sẽ không thay đổi.

C2. Các dịch vụ Medi-Cal của quý vị

Nếu quý vị có thắc mắc về cách nhận các dịch vụ Medi-Cal sau khi quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, hãy liên hệ với Health Care Options theo số 1-844-580-7272, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Người dùng TTY xin gọi 1-800-430-7077. Hỏi xem việc tham gia một chương trình khác hoặc quay trở lại Original Medicare ảnh hưởng như thế nào đến cách quý vị nhận được bảo hiểm Medi-Cal của mình.

D. Cách nhận dịch vụ y tế và các thuốc của quý vị cho đến khi tư cách hội viên của quý vị kết thúc

Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị có thể phải chờ một thời gian trước khi tư cách hội viên của quý vị chấm dứt và bảo hiểm Medicare và Medi-Cal mới của quý vị bắt đầu. Trong thời gian này, quý vị tiếp tục nhận được thuốc kê toa và dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình thông qua chương trình của chúng tôi cho đến khi chương trình mới bắt đầu.

- Sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi bao gồm thông qua dịch vụ nhà thuốc yêu cầu qua bưu điện của chúng tôi để mua thuốc kê toa của quý vị.
- Nếu quý vị nhập viện vào ngày mà tư cách hội viên của quý vị trong chương trình Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) chấm dứt, chương trình của chúng tôi sẽ bao trả cho thời gian nằm viện của quý vị cho đến khi quý vị xuất viện.

E. Các tình huống khác khi tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi kết thúc

Đây là những trường hợp khi chúng tôi phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi:

- Nếu có khoảng tạm ngưng về bao trả Medicare Phần A và Phần B của quý vị.
- Nếu quý vị không còn đủ điều kiện tham gia Medi-Cal. Chương trình của chúng tôi chỉ dành cho những người hội đủ điều kiện đối với cả Medicare lẫn Medi-Cal. Tiểu bang hoặc các Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) có thể hủy việc ghi danh của quý vị nếu họ xác định rằng quý vị không đủ tiêu chuẩn tham gia chương trình.
- Nếu quý vị chuyển đi khỏi vùng dịch vụ của chúng tôi.
- Nếu quý vị đi xa khỏi vùng dịch vụ của chúng tôi trên sáu tháng.
    - Nếu quý vị chuyển nhà hoặc đi xa, hãy gọi cho Dịch vụ Hội viên để tìm hiểu xem nơi quý vị chuyển đến hoặc đi đến có nằm trong vùng dịch vụ của chúng tôi hay không.
    - Xem **Chương 4** của *Sổ tay Hội viên* để biết thêm thông tin về việc nhận dịch vụ chăm sóc thông qua các quyền lợi của du khách khi quý vị ra khỏi khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi.
- Khi quý vị vào trại giam hoặc nhà tù vì phạm tội hình sự.

- Khi quý vị nói dối hoặc che giấu thông tin về bảo hiểm khác mà quý vị có 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 sống hợp pháp tại Hoa Kỳ thì mới được làm hội viên của chương trình của chúng tôi.
  - Các trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid sẽ thông báo cho chúng tôi nếu quý vị không đủ điều kiện để tiếp tục làm hội viên theo tiêu chí này.
  - Chúng tôi phải hủy ghi danh của quý vị nếu quý vị không thỏa mãn yêu cầu này.

Chúng tôi có thể rút tên quý vị ra khỏi chương trình vì các lý do sau chỉ khi chúng tôi được Medicare và Medi-Cal cho phép trước:

- 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 tính hội đủ điều kiện của quý vị 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 hội viên khác của chương trình.
- Nếu quý vị cho người khác sử dụng thẻ ID chương trình của mình để nhận dịch vụ chăm sóc y tế. (Medicare có thể yêu cầu Tổng thanh tra điều tra trường hợp của quý vị nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị vì lý do này.)

F. Quy tắc không được yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do gì liên quan đến sức khỏe

Chúng tôi không thể yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do gì liên quan đến sức khỏe của quý vị. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do liên quan đến sức khỏe, **gọi 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.

G. Quý vị có quyền khiếu nại khi chúng tôi kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình chúng tôi

Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi, chúng tôi phải thông báo cho quý vị biết lý do bằng văn bản về việc chấm dứt tư cách hội viên của quý vị. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết cách nộp đơn khiếu nại về quyết định chấm dứt tư cách hội viên của quý vị. Quý vị cũng có thể tham khảo **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* để biết thông tin về cách khiếu nại.

Chương 11: Thông báo pháp lý

Giới thiệu

Chương này bao gồm các thông báo pháp lý áp dụng đối với tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi. Các thuật ngữ chính và định nghĩa xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ tay Hội viên*.

Mục lục

A. Thông báo về các luật 264

B. Thông báo về không phân biệt đối xử.....264

C. Thông báo về Medicare là người thanh toán thứ hai và Medi-Cal là người thanh toán cuối cùng 265

A. Thông báo về các luật

Có nhiều luật được áp dụng cho *Sổ tay Hội viên* này. Những luật này có thể ảnh hưởng đến các quyền và trách nhiệm của quý vị ngay cả khi chúng không được đưa vào hoặc được giải thích trong *Sổ tay Hội viên* này. Các luật chính được áp dụng là các luật của liên bang và tiểu bang về các chương trình Medicare và Medi-Cal. Các luật khác của liên bang và tiểu bang cũng có thể 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 đi vì tuổi tác, tiểu sử khiếu nại, màu da, sắc tộc, bằng chứng về khả năng có thể bảo hiểm, giới tính, thông tin di truyền, vị trí địa lý trong khu vực dịch vụ, tình trạng sức khỏe, bệnh sử, tình trạng khuyết tật thể chất hoặc tâm thần, nguồn gốc quốc gia, chủng tộc, tôn giáo, giới tính hoặc xu hướng tính dục của quý vị. Ngoài ra, chúng tôi không phân biệt đối xử, kỳ thị mọi người hoặc đối xử với họ khác đi vì tổ tiên, nhận diện nhóm dân tộc, bản dạng giới tính, tình trạng hôn nhân hoặc tình trạng y tế của họ.

Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin hoặc lo ngại về tình trạng phân biệt đối xử hoặc đối xử bất công:

- Gọi cho Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh, Văn phòng Dân quyền theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY có thể gọi 1-800-537-7697. Quý vị cũng có thể truy cập www.hhs.gov/ocr để biết thêm thông tin.

- Gọi cho Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe, Văn phòng Dân quyền theo số 1-916-440-7370. Người dùng TTY có thể gọi 711 (Dịch vụ chuyển tiếp viễn thông).

- Gửi email tới CivilRights@dhcs.ca.gov.

- Điền thông tin vào phiếu than phiền hoặc gửi thư tới:

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  Quý vị có thể tìm thấy phiếu than phiền tại:
  www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Nếu quý vị cho rằng đã bị phân biệt đối xử và muốn nộp đơn khiếu nại về phân biệt đối xử, vui lòng liên hệ với Văn phòng Dân quyền. Nếu quý vị tin rằng quý vị đã bị đối xử không công bằng hoặc quyền của quý vị đã không được tôn trọng do chủng tộc, tình trạng khuyết tật, tôn giáo, giới tính, sức khỏe, sắc tộc, tín ngưỡng (đức tin), độ tuổi, xu hướng tính dục hoặc nguồn gốc quốc gia của quý vị, quý vị có thể gọi cho Văn phòng Dân quyền thuộc Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh theo số 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697), hoặc gọi cho Văn phòng Dân quyền tại địa phương của quý vị.

Nếu khiếu nại của quý vị về phân biệt đối xử trong chương trình Medi-Cal, quý vị cũng có thể nộp đơn than phiền với Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh, Văn phòng Dân quyền, qua điện thoại, văn bản hoặc hình thức điện tử:

- Qua điện thoại: Gọi 1-916-440-7370. Nếu quý vị không thể nói hoặc nghe tốt, vui lòng gọi 711 (Dịch vụ chuyển tiếp viễn thông).
- Bằng văn bản: Điền thông tin vào phiếu than phiền hoặc gửi thư tới:

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

Quý vị có thể tìm thấy phiếu than phiền tại dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Qua hình thức điện tử: Gửi email tới CivilRights@dhcs.ca.gov

Nếu quý vị bị khuyết tật và cần giúp tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nhà cung cấp, vui lòng gọi cho Dịch vụ Hội viên. Nếu quý vị có than phiền, chẳng hạn như gặp vấn đề về sử dụng xe lăn, Dịch vụ hội viên có thể giúp.

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 tích 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 tiền cho các dịch vụ được Medicare bao trả mà Medicare không phải là người trả trước tiên.

Chúng tôi tuân thủ các luật và quy định của liên bang và tiểu bang liên quan đến trách nhiệm pháp lý của bên thứ ba về dịch vụ chăm sóc sức khỏe dành cho hội viên. Chúng tôi sẽ áp dụng tất cả các biện pháp hợp lý để bảo đảm Medi-Cal là người thanh toán cuối cùng.

Chương 12: Định nghĩa các từ ngữ quan trọng

Giới thiệu

Chương này bao gồm các thuật ngữ chính được sử dụng xuyên suốt *Sổ tay Hội viên* cùng với các định nghĩa của chúng. Các thuật ngữ được liệt kê theo thứ tự abc. Nếu quý vị không thể tìm thấy thuật ngữ quý vị đang tìm kiếm hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin ngoài định nghĩa, hãy liên lạc với Dịch vụ Hội viên.

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 biệt dược hoặc thuốc không cần toa (OTC) là ví dụ về bậc thuốc. Mỗi loại thuốc nằm trong Danh sách thuốc đều thuộc một trong 5 bậc.

Bộ phận giả và Dụng cụ chỉnh hình: Các thiết bị y tế được bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác yêu cầu, bao gồm nhưng không giới hạn cánh tay, lưng và nẹp cổ; chi giả; mắt giả; và các thiết bị cần thiết để thay thế một bộ phận hoặc chức năng cơ thể bên trong, bao gồm các đồ chứa chất thải và liệu pháp dinh dưỡng qua đường ruột và đường tiêm.

Các chương trình Medi-Cal: Các chương trình chỉ bao trả quyền lợi Medi-Cal, chẳng hạn như dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, thiết bị y tế và vận chuyển. Các quyền lợi Medicare tách riêng.

Các dịch vụ được Medicare bao trả: Các dịch vụ được Medicare Phần A và Phần B bao trả. Tất cả các chương trình sức khỏe Medicare, bao gồm cả chương trình của chúng tôi, phải bao trả tất cả các dịch vụ được Medicare Phần A và Phần B bao trả.

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** của *Sổ tay Hội viên* của quý vị để tìm hiểu thêm về các dịch vụ phục hồi chức năng.

Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS): Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn giúp cải thiện bệnh lý kéo dài. Hầu hết các dịch vụ này là để giúp quý vị được ở nhà và không phải vào viện dưỡng lão hoặc bệnh viện. LTSS bao gồm các Dịch vụ dành cho người trưởng thành tại cộng đồng (Community Based Adult Services, CBAS) và Cơ sở Điều dưỡng (NF).

Các sinh hoạt hàng ngày (ADL): Những điều mà mọi người thực hiện thường ngày, ví dụ như ăn uống, đi vệ sinh, mặc quần áo, tắm rửa hoặc đánh răng.

Các trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS): Cơ quan liên bang chịu trách nhiệm về Medicare. **Chương 2** của *Sổ tay Hội viên* của quý vị giải thích cách liên hệ với CMS.

Cần thiết về mặt y khoa: Mô tả các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc quý vị cần để ngăn ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị một bệnh lý hoặc để duy trì tình trạng sức khỏe hiện tại của quý vị. Bao gồm dịch vụ chăm sóc để giúp quý vị không phải vào bệnh viện hoặc viện dưỡng lão. Ngoài ra còn bao gồm các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp nhận trong thực hành y khoa.

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 bộ phận cơ thể hoặc mất hoặc suy giảm nghiêm trọng chức năng cơ thể. Các triệu chứng y khoa đó có thể là một tổn thương nghiêm trọng hoặc rất đau đớn.

Chăm sóc cấp cứu: Các dịch vụ được bảo hiểm từ nhà cung cấp dịch vụ được đào tạo để cung cấp các dịch vụ cấp cứu và cần thiết để điều trị một tình trạng cấp cứu y tế hoặc sức khỏe hành vi.

Chăm sóc giai đoạn cuối đời: Là chương trình chăm sóc và hỗ trợ để giúp cho người có tiên lượng bệnh giai đoạn cuối được sống thoải mái. Tiên lượng 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 có tiên lượng bệnh giai đoạn cuối có quyền lựa chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời.
- Đội ngũ gồm 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.
- Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị một danh sách các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời tại khu vực địa lý của quý vị.

Chăm sóc khẩn cấp: Là dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận khi bị bệnh, tổn thương hay tình trạng đột ngột không phải là cấp cứu nhưng cần được chăm sóc ngay. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới khi nhà cung cấp trong mạng lưới không khả dụng hoặc quý vị không thể tới được những nhà cung cấp đó.

Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF): Là các dịch vụ 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 tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn bao gồm liệu pháp vật lý hoặc tiêm tĩnh mạch (IV) do y tá hoặc bác sĩ đã đăng ký thực hiện.

Cho phép trước Là sự cho phép quý vị phải nhận được từ chúng tôi 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. Nếu quý vị không được chấp thuận trước, chương trình của chúng tôi có thể không đài thọ cho các dịch vụ.

Chương trình của chúng tôi chỉ bao trả cho một số dịch vụ y tế trong mạng lưới nếu 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 bao trả cần sự cho phép trước của chương trình chúng tôi được đánh dấu trong **Chương 4** của *Sổ tay Hội viên*.

Chương trình của chúng tôi chỉ bao trả cho một số loại thuốc nếu quý vị được chúng tôi cho phép trước.

- Các thuốc được bao trả cần chương trình của chúng tôi cho phép trước được đánh dấu trong *Danh sách thuốc được bao trả*.

Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người Cao niên (PACE): Là chương trình bao trả các quyền lợi của Medicare và Medi-Cal cho những người từ 55 tuổi trở lên cần mức độ chăm sóc cao hơn để sống tại nhà.

Chương trình của chúng tôi chỉ bao trả cho một số dịch vụ y tế trong mạng lưới nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác trong mạng lưới được chương trình của chúng tôi cho phép trước.

Chương trình của chúng tôi chỉ bao trả cho một số loại thuốc nếu quý vị được chúng tôi cho phép trước.

Chương trình đặt hàng qua đường bưu điện: Một số chương trình có thể cung cấp chương trình đặt hàng qua đường bưu điện cho phép quý vị nhận lượng thuốc kê toa được bao trả đủ dùng trong 3 tháng và thuốc này sẽ được gửi thẳng đến nhà quý vị. Đây có thể là cách hiệu quả về chi phí và tiện để mua thuốc kê toa mà quý vị uống thường xuyên.

Chương trình nhu cầu đặc biệt đủ điều kiện kép (D-SNP): Chương trình sức khỏe phục vụ cho những cá nhân hội đủ điều kiện của cả Medicare lẫn Medi-Cal. Chương trình của chúng tôi là D-SNP.

Chương trình sức khỏe: Một tổ chức gồm các bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc, nhà cung cấp các dịch vụ dài hạn và các nhà cung cấp khác. Tổ chức này cũng có điều phối viên chăm sóc 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 Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (HICAP): Chương trình cung cấp thông tin và dịch vụ tư vấn khách quan và miễn phí về Medicare. **Chương 2** của *Sổ tay Hội viên* của quý vị giải thích cách liên hệ với HICAP.

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 sức khỏe liên quan khác.

Cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện (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, liệu pháp hô hấp, liệu pháp nghề nghiệp, liệu pháp âm ngữ và các dịch vụ đánh giá môi trường tại nhà.

Đánh giá nguy cơ cho sức khỏe: Xem lại bệnh sử và tình trạng hiện tại của quý vị. Nó được sử dụng để tìm hiểu về sức khỏe của quý vị và sức khỏe của quý vị có thể thay đổi như thế nào trong tương lai.

Đánh giá Y tế Độc lập (IMR): Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu cung cấp dịch vụ y tế hoặc điều trị của quý vị, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi và vấn đề của quý vị là về dịch vụ Medicare, bao gồm vật tư DME và thuốc, quý vị có thể yêu cầu Sở Chăm sóc Sức khỏe có Quản lý của California tiến hành IMR. 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 quyết định IMR cho thấy quý vị đúng, chúng tôi phải cung cấp dịch vụ hoặc phương pháp điều trị mà quý vị yêu cầu cung cấp. Quý vị không phải trả phí cho IMR.

Danh sách Thuốc được Bảo hiểm **(Danh sách Thuốc):** Danh sách thuốc theo toa và thuốc không cần toa (OTC) được chương trình bao trả. Chúng tôi 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 về năng lực văn hóa: Đào tạo cung cấp hướng dẫn bổ sung cho các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe của chúng tôi giúp họ hiểu rõ hơn về nền tảng, giá trị và niềm tin của quý vị để thích nghi với các dịch vụ nhằm đáp ứng nhu cầu về xã hội, văn hóa và ngôn ngữ của quý vị.

Dịch vụ dành cho người trưởng thành tại cộng đồng (CBAS): Chương trình dịch vụ tại cơ sở, ngoại trú cung cấp các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn, dịch vụ xã hội, trị liệu nghề nghiệp 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 dịch vụ khác cho hội viên đủ tiêu chuẩn đáp ứng các tiêu chí đủ tiêu chuẩn áp dụng.

Dịch vụ được bao trả: 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 và thuốc mua không cần toa bác sĩ, thiết bị và các dịch vụ khác được chương trình của chúng tôi bao trả.

Dịch vụ hội viên: Là một ban trong chương trình chúng tôi chịu trách nhiệm giải đáp thắc mắc cho quý vị về tư cách hội viên, quyền lợi, khiếu nại và kháng cáo của quý vị. Tham khảo **Chương 2** của *Sổ tay Hội viên* để biết thêm thông tin về Dịch vụ Hội viên.

Dịch vụ nhạy cảm: Các dịch vụ liên quan đến sức khỏe tâm thần hoặc hành vi, sức khỏe tình dục và sinh sản, kế hoạch hóa gia đình, các bệnh lây truyền qua đường tình cục (STI), HIV/AIDS, tấn công tình dục và phá thai, rối loạn sử dụng chất, chăm sóc xác định giới tính và bạo lực của bạn đời.

Dịch vụ tùy chọn của Kế hoạch chăm sóc (CPO Services): Các dịch vụ bổ sung là tùy chọn theo Kế hoạch chăm sóc cá nhân hóa (Dịch vụ, ICP) của quý vị. Các dịch vụ này không nhằm để thay thế cho các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn mà quý vị được phép nhận theo Medi-Cal.

Điều phối viên chăm sóc: Một đầu mối chính làm việc với quý vị, với chương trình sức khỏe và với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc để đảm bảo quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe quý vị cần.

Điều trần cấp tiểu bang: Nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác yêu cầu 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, quý vị có thể yêu cầu mở phiên Điều trần cấp tiểu bang. Nếu phiên Điều trần cấp tiểu bang quyết định là quý vị đúng, chúng tôi phải cung cấp cho quý vị dịch vụ mà quý vị đã yêu cầu.

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

Đội ngũ chăm sóc: Xem “Đội ngũ chăm sóc liên ngành.”

Giấy giới thiệu: Giấy giới thiệu là chấp thuận của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) cho sử dụng một nhà cung cấp ngoài PCP của quý vị. Nếu quý vị không được chấp thuận trước, chúng tôi có thể không bao trả cho các dịch vụ. Quý vị không cần phải có giấy giới thiệu thì mới được thăm khám một số chuyên gia nhất định, chẳng hạn như chuyên gia sức khỏe phụ nữ. Quý vị có thể tìm thêm thông tin về giấy giới thiệu tại **Chương 3 và 4** của *Sổ tay Hội viên* của mình.

Giới hạn số lượng: Giới hạn số lượng thuốc quý vị có thể có. Chúng tôi có thể giới hạn số lượng thuốc chúng tôi bao trả cho mỗi toa thuốc.

Gửi hóa đơn không đúng/không phù hợp: Là tình huống khi nhà cung cấp (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 Dịch vụ Hội viên nếu quý vị nhận được bất kỳ hóa đơn nào mà quý vị không hiểu.

Vì chúng tôi thanh toán toàn bộ chi phí cho các dịch vụ của quý vị nên quý vị **không** nợ bất kỳ khoản chia sẻ chi phí nào. Nhà cung cấp không nên tính hóa đơn cho quý vị cho bất kỳ chi phí nào của những dịch vụ này.

Hội viên (hội viên chương trình của chúng tôi hoặc hội viên chương trình): Một người có Medicare và Medi-Cal đủ điều kiện để hưởng các dịch vụ được bao trả, đã ghi danh vào chương trình của chúng tôi và việc ghi danh này đã được các Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) cũng như tiểu bang xác nhận.

Hủy ghi danh: Quy trình chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi. Hủy ghi danh có thể là tự nguyện (lựa chọn của quý vị) hoặc không tự nguyện (không phải lựa chọn của quý vị).

Kế hoạch chăm sóc cá nhân hóa (còn gọi là ICP hay Chương trình Chăm sóc): Là kế hoạch cho biết những dịch vụ nào quý vị sẽ nhận được và cách quý vị nhận những dịch vụ đó. Kế hoạch của quý vị có thể bao gồm các dịch vụ y tế, dịch vụ sức khỏe hành vi và dịch vụ cũng như hỗ trợ dài hạn.

Kế hoạch chăm sóc: Xem "Kế hoạch chăm sóc cá nhân hóa".

Kháng cáo: Một cách để quý vị 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 bao trả bằng cách nộp đơn kháng cáo. **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* giải thích các kháng cáo, gồm cả cách nộp đơn kháng cáo.

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 sức khỏe 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 bao trả 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 đơn khiếu nại.”

Khu vực dịch vụ: Khu vực địa lý nơi chương trình chăm sóc sức khỏe chấp nhận các hội viên nếu chương trình giới hạn tư cách hội viên dựa trên nơi mà họ sống. Đối với những chương trình mà giới hạn bác sĩ và bệnh viện quý vị có thể sử dụng, đó thường là những khu vực quý vị có thể nhận các dịch vụ định kỳ (không cấp cứu). Chỉ những người sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi mới có thể nhận dịch vụ chương trình của chúng tôi.

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 người có thu nhập và nguồn lực hạn chế thanh toán cho các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn cũng như chi phí y tế.
- Chương trình bao trả cho các dịch vụ bổ sung và một số thuốc không được Medicare bao trả.
- Các chương trình Medicaid giữa các tiểu bang có sự khác nhau nhưng hầu hết các chi phí chăm sóc sức khỏe đều được bao trả nếu quý vị hội đủ điều kiện tham gia cả Medicare lẫn Medicaid.
- Tham khảo **Chương 2** của *Sổ tay Hội viên* để biết thông tin về cách liên hệ với Medi-Cal.

Medicare Advantage: Một chương trình Medicare, còn được gọi là “Medicare Phần C” hay “MA” cung cấp các chương trình MA thông qua các công ty tư nhân. Medicare thanh toán cho các công ty này để bao trả cho quyền lợi Medicare của quý vị.

Medicare Phần A: Chương trình Medicare bao trả 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 sức khỏe tại nhà và chăm sóc giai đoạn cuối đời.

Medicare Phần B: Chương trình Medicare bao trả cho các dịch vụ (như xét nghiệm, phẫu thuật và thăm khám bác sĩ) và vật tư (như xe lăn và khung tập đi) cần thiết về mặt y tế để điều trị một bệnh hoặc tình trạng. Medicare Phần B cũng bao trả nhiều dịch vụ phòng ngừa và tầm soát.

Medicare Phần D: Chương trình quyền lợi thuốc theo toa của Medicare. Chúng tôi gọi ngắn gọn chương trình này là “Phần D”. Phần D bao trả cho các loại thuốc theo toa, vắc-xin và một số vật tư không được Medicare Phần A hoặc Phần B hoặc Medi-Cal bao trả. Chương trình của chúng tôi có Medicare Phần D.

Medicare Phần C: Chương trình Medicare, còn được gọi là “Medicare Advantage” hay “MA” cho phép các hãng bảo hiểm y tế cung cấp quyền lợi Medicare thôn qua Medicare Advantage Plan.

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 máu hoặc ghép thận). Người tham gia Medicare có thể nhận bảo hiểm y tế Medicare của mình thông qua Original Medicare hoặc chương trình chăm sóc có quản lý (tham khảo "Chương trình sức khỏe").

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 cụ thể và quý vị phải thanh toán tiền đồng trả. Mức chia sẻ chi phí theo ngày là số tiền đồng trả chia cho số ngày thuốc được cấp của một tháng.

Ví dụ như sau: Giả sử khoản đồng thanh toán 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 mình ít hơn $0.05 một ngày. Nếu quý vị nhận được lượng cấp thuốc của 7 ngày, thì tiền thanh toán của quý vị sẽ ít hơn $0.05 mỗi ngày nhân với 7 ngày, ra tổng số tiền thanh toán ít hơn $0.35.

Ngoại lệ: Sự cho phép nhận khoản bao trả cho một loại thuốc mà thông thường không được bao trả hoặc sử dụng thuốc mà không phải chịu một số quy tắc và giới hạn.

Người ghi danh Medicare-Medi-Cal: Một người đủ điều kiện tham gia bảo hiểm Medicare và Medi-Cal. Người ghi danh Medicare-Medi-Cal còn được gọi là “cá nhân hội đủ điều kiện kép.”

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP): Là bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác mà quý vị đến khám trước tiên cho hầu hết các vấn đề về sức khỏe. Họ đảm bảo rằng quý vị được hưởng sự 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 của quý vị và giới thiệu quý vị với họ.
- Trong nhiều chương trình sức khỏe Medicare, quý vị phải tới gặp nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính trước khi gặp bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác.
- Tham khảo **Chương 3** của *Sổ tay Hội viên* để biết 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 có hợp đồng cung cấp các dịch vụ được bao trả cho hội viên chương trình chúng tôi. **Chương 3** của *Sổ tay Hội viên* của quý vị 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 hạn.

- Họ đều được cấp phép hoặc được chứng nhận bởi Medicare và tiểu bang để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
- Chúng tôi gọi họ là "nhà cung cấp trong mạng lưới" khi họ đồng ý cộng tác với chương trình sức khỏe của chúng tôi, chấp nhận tiền thanh toán của chúng tôi và không bắt hội viên chúng tôi phải trả thêm tiền cho họ.
- Trong thời gian làm thành viên chương trình của chúng tôi, quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới để nhận dịch vụ được đài thọ. Các nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới còn được gọi là “nhà cung cấp của chương trình.”

Nhà thuốc chuyên khoa: Tham khảo Chương 5 trong *Sổ tay Hội viên* của quý vị để tìm hiểu thêm về các nhà thuốc chuyên khoa.

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 bao trả cho hội viên chương trình của chúng tôi. Chương trình của chúng tôi không bao trả cho hầu hết các loại thuốc quý vị mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới trừ những điều kiện cụ thể.

Nhà thuốc trong mạng lưới: Là nhà thuốc (hiệu thuốc) đã đồng ý cung cấp thuốc toa cho hội viên chương trình của chúng tôi. Chúng tôi gọi họ là "nhà thuốc trong mạng lưới" vì họ đã đồng ý cộng tác với chương trình chúng tôi. Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi sẽ chỉ thanh toán cho thuốc kê toa khi mua tại một trong các nhà thuốc thuộc mạng lưới của chúng tôi.

Nhân viên hỗ trợ chăm sóc sức khoẻ tại gia: Một 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). Nhân viên hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tại gia không có bằng y tá hoặc cung cấp trị liệu.

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 là bệnh nhân ngoại trú thay vì là bệnh nhân nội trú ngay cả khi quý vị lưu lại qua đêm.

Original Medicare (Medicare truyền thống hoặc Medicare trả phí theo từng dịch vụ): Chính phủ cung cấp Original Medicare. Theo Original Medicare, các dịch vụ được bao trả qua việc thanh toán cho bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác số tiền do Quốc hội quyết định.

- Quý vị có thể đến khám bất kỳ bác sĩ, bệnh viện hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào chấp nhận Medicare. Original Medicare có hai phần: Phần A (bảo hiểm bệnh viện) và Phần B (bảo hiểm y tế).
- Original Medicare có sẵn ở mọi nơi tại Hoa Kỳ.
- Nếu không muốn tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị có thể chọn Original Medicare.

Phần A: Tham khảo “Medicare Phần A.”

Phần B: Tham khảo “Medicare Phần B.”

Phần C: Tham khảo “Medicare Phần C.”

Phần chia sẻ chi phí: Là phần chi phí chăm sóc sức khỏe của quý vị mà quý vị có thể phải trả vào mỗi tháng trước khi các quyền lợi của quý vị có hiệu lực. Mức chia sẻ chi phí của quý vị sẽ thay đổi tùy theo thu nhập và các nguồn lực của quý vị.

Phần D: Tham khảo “Medicare Phần D.”

Quản lý liệu pháp thuốc: Một nhóm dịch vụ riêng biệt hoặc nhóm các dịch vụ từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, gồm cả dược sĩ, để đảm bảo kết quả điều trị tốt nhất cho bệnh nhân. Tham khảo **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* để biết thêm thông tin.

Quyết định bao trả: Quyết định về các quyền lợi mà chúng tôi bao trả. Trong đó có cả những quyết định về thuốc và dịch vụ được bao trả hoặc số tiền mà chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sức khỏe của quý vị. **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* của quý vị giải thích cách thức yêu cầu chúng tôi ra quyết định bảo hiểm.

Quyết định của tổ chức: Chương trình của chúng tôi ra quyết định của tổ chức khi chúng tôi hoặc một trong các nhà cung cấp của chúng tôi ra quyết định về việc dịch vụ có được bao trả hay không hoặc quý vị sẽ phải chi trả bao nhiêu cho các dịch vụ được bao trả. Quyết định của tổ chức được gọi là "quyết định bao trả". **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* của quý vị giải thích về các quyết định bao trả.

Sở Chăm sóc Sức khỏe có Quản lý (DMHC): Sở tại tiểu bang California chịu trách nhiệm quản lý các chương trình sức khỏe. DMHC giúp mọi người về kháng cáo và khiếu nại về các dịch vụ của Medi-Cal. DMHC cũng thực hiện Đánh giá Y tế Độc lập (IMR).

Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe (DHCS): Sở tại tiểu bang California quản lý Chương trình Medicaid (còn được gọi là Medi-Cal).

***Sổ tay Hội viên* và Thông tin Tiết lộ:** Tài liệu này cùng với đơn ghi danh của quý vị và bất kỳ tài liệu đính kèm hoặc phụ lục nào khác, giải thích việc bao trả cho quý vị, những việc chúng tôi phải làm, các quyền của quý vị và những việc quý vị phải làm với tư cách là hội viên 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: Văn phòng tại tiểu bang của quý vị hoạt động như người biện hộ thay cho quý vị. Họ có thể trả lời các câu hỏi nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại và có thể giúp quý vị hiểu phải làm gì. Các dịch vụ của thanh tra viên đều miễn phí. Quý vị có thể tìm thêm thông tin tại **Chương 2 và 9** của *Sổ tay Hội viên* của mình.

Thiết bị y tế lâu bền (DME): Một số vật dụng bác sĩ yêu cầu để sử dụng tại nhà riêng. Ví dụ về các vật dụng này là xe lăn, nạng chống, bộ nệm điện, vật dụng cho bệnh tiểu đường, giường bệnh do một nhà cung cấp đặt hàng để sử dụng tại nhà, bơm truyền tĩnh mạch, thiết bị tạo giọng nói, thiết bị ôxy và vật dụng, máy xông khí và khung tập đi.

Thông tin sức khỏe cá nhân (còn được gọi là Thông tin sức khỏe được bảo vệ) (PHI): Thông tin về quý vị và sức khỏe của quý vị, như tên, địa chỉ, số an sinh xã hội, các lần thăm khám bác sĩ và bệnh sử. Tham khảo Thông báo Thực hành Quyền riêng tư của chúng tôi để biết thêm thông tin về cách bảo vệ, sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị, cũng như các quyền của quý vị đối với PHI của quý vị.

Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (SSI): Là tiền trợ cấp hàng tháng của Sở An sinh Xã hội cung cấp cho những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế bị khuyết tật, mù lòa hoặc từ 65 tuổi trở lên. Trợ cấp SSI không phải là trợ cấp An sinh Xã hội. SSI tự động cung cấp bao trả Medi-Cal.

Thuốc biệt dược: Là thuốc theo 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 dược khác.

Thuốc được bao trả: Là thuật ngữ chúng tôi dùng để nói đến tất cả các loại thuốc theo toa và thuốc không cần toa (OTC) được chương trình của chúng tôi bao trả.

Thuốc gốc: Thuốc kê toa 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 thuốc hoặc các loại thuốc mà một người có thể mua mà không cần đơn từ chuyên gia chăm sóc sức khỏe.

Thuốc Medicare Phần D: Các thuốc được bao trả theo Medicare Phần D. Quốc hội loại bỏ cụ thể một số loại thuốc nhất định ra khỏi phạm vi bao trả của Phần D. Medi-Cal có thể bao trả cho một số thuốc này.

Thuốc Phần D: Tham khảo “thuốc Medicare Phần D.”

Tổ chức cải thiện chất lượng (QIO): Một 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. Chính quyền liên bang thanh toán cho QIO để thực hiện việc kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc cho bệnh nhân. Tham khảo **Chương 2** của *Sổ tay Hội viên* để biết thông tin về QIO.

Trị liệu từng bước: Một quy tắc bao trả yêu cầu quý vị thử một loại thuốc khác trước tiên trước khi chúng tôi bao trả loại thuốc mà quý vị đang yêu cầu.

Trợ cấp đặc biệt: Chương trình Medicare giúp những người có thu nhập và các nguồn lực hạn chế giảm chi phí thuốc kê toa Medicare Phần D, chẳng hạn như phí bảo hiểm, các khoản khấu trừ và tiền đồng trả. Trợ cấp đặc biệt còn được gọi là “Trợ cấp cho người có thu nhập thấp” hay “LIS”.

Trợ cấp thu nhập thấp (LIS): Tham khảm “Trợ cấp đặc biệt.”

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 quá 24 giờ chăm sóc.

Viện hoặc cơ sở dưỡng lão: Một nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người không thể nhận chăm sóc tại nhà nhưng không cần nhập viện.

Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) Dịch vụ Hội viên

GỌI	**1-833-707-3129** Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối Dịch vụ Hội viên cũng có sẵn dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí cho người không nói tiếng Anh.
TTY	**711** Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
GỬI THƯ	12900 Park Plaza Drive, Suite 150 Mailstop 6150 Cerritos, CA 90703-9329
TRANG WEB	shop.anthem.com/medicare/ca

1041917MUSVNMUB_396 H4161 001 000 CA
Y0114_23_3002583_U_C_VN_0396 CMS Accepted 09/19/2022