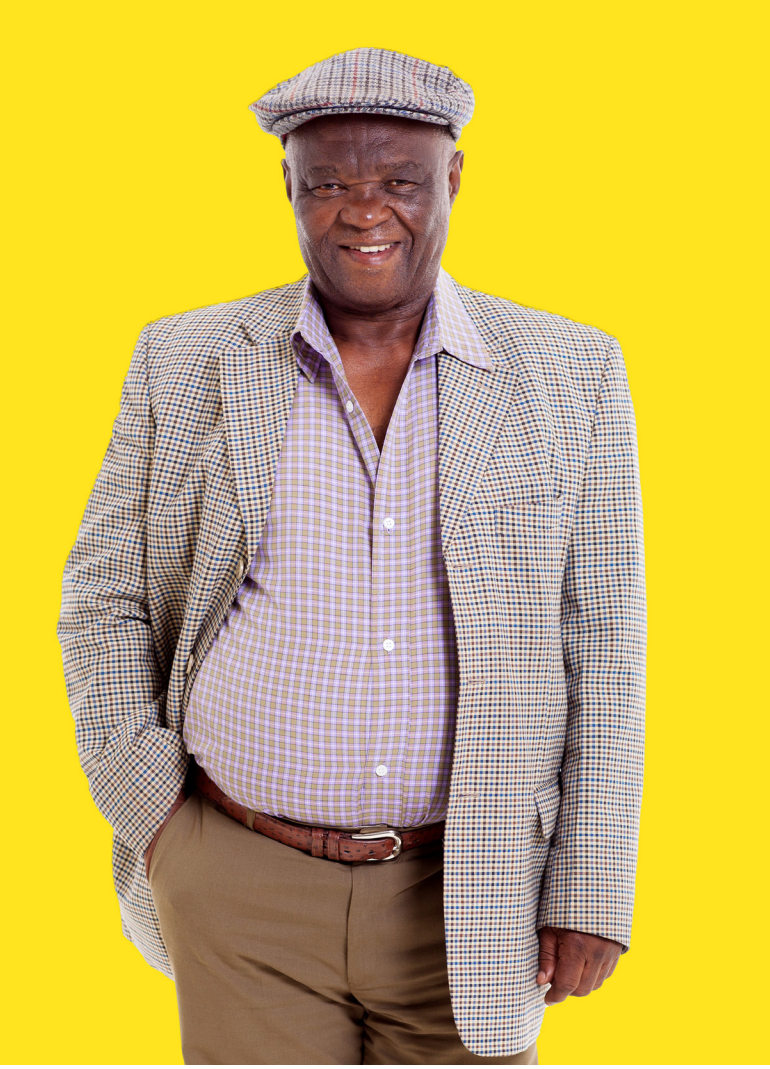
Kelsey Care Advantage
PLATINUM
(HMO)

2022 CHỨNG THƯ BẢO HIỂM



1-866-535-8343 (TTY: 711) | www.KelseyCareAdvantage.com

H0332_009EOC22_C

Ngày 1 tháng 1 - ngày 31 tháng 12 năm 2022

Chứng Thư Bảo Hiểm:

Phúc Lợi và Dịch Vụ Sức Khỏe Medicare và Bảo Hiểm Thuốc Kê Toa khi là Hội Viên của KelseyCare Advantage Platinum (HMO)

Tập tài liệu này cung cấp cho quý vị thông tin chi tiết về bảo hiểm chăm sóc y tế và thuốc kê toa Medicare của quý vị từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 12 năm 2022. Nội dung của tài liệu giải thích cách để nhận được bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc y tế và thuốc kê toa mà quý vị cần. **Đây là một tài liệu pháp lý quan trọng. Xin hãy lưu giữ ở nơi an toàn.**

Chương trình KelseyCare Advantage Platinum này do KS Plan Administrators, LLC (dba KelseyCare Advantage) cung cấp. (Khi *Chứng Thư Bảo Hiểm* này diễn đạt đại từ "chúng tôi" hoặc "của chúng tôi", nghĩa là đang nói đến Quản trị viên Chương trình KS, LLC. Khi đề cập đến "chương trình" hoặc "chương trình của chúng tôi", nghĩa là đang nói đến KelseyCare Advantage Platinum.)

Tài liệu này có sẵn phiên bản miễn phí bằng tiếng Tây Ban Nha.

Vui lòng liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi theo số 713-442-CARE (2273) hoặc số điện thoại miễn phí 1-866-535-8343 để biết thêm thông tin. (Người dùng TTY vui lòng gọi số 711). Giờ làm việc từ 8:00 a. m. đến 8:00 p. m. theo giờ địa phương, bảy ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 - ngày 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 – ngày 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, giờ làm việc là 8:00 a. m. đến 8:00 p. m., giờ địa phương. Dịch vụ nhắn tin được sử dụng vào cuối tuần, sau giờ làm việc và vào các ngày lễ liên bang.

Chúng tôi cũng có thể cung cấp thông tin cho quý vị bằng chữ nổi, in khổ lớn hoặc các định dạng thay thế khác theo yêu cầu.

Các phúc lợi, khoản khấu trừ và/hoặc khoản đồng thanh toán/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 năm 2023.

Danh mục, mạng lưới nhà thuốc và/hoặc mạng lưới nhà cung cấp có thể thay đổi bất kỳ lúc nào. Quý vị sẽ nhận được thông báo khi cần thiết.

H0332_009EOC22_C

Giấy phép OMB 0938-1051 (Hết hạn: Ngày 29 tháng 2 năm 2024)

Chứng Thư Bảo Hiểm 2022

Mục lục

Danh sách các chương và số trang này chỉ là thông tin ban đầu. Để biết chi tiết hơn, quý vị hãy lật đến trang đầu tiên của chương. **Quý vị sẽ nhìn thấy danh sách chi tiết các chủ đề ở đầu mỗi chương.**

Chương 1. Bắt đầu với tư cách hội viên 5

Giải thích ý nghĩa của việc tham gia chương trình y tế Medicare và cách sử dụng tập tài liệu này. Thông tin về các tài liệu mà chúng tôi sẽ gửi cho quý vị, phí bảo hiểm chương trình, tiền phạt ghi danh muộn Part D, thẻ hội viên chương trình và cập nhật hồ sơ hội viên của quý vị.

Chương 2. Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng 25

Thông tin về cách liên hệ với chương trình của chúng tôi (KelseyCare Advantage Platinum) và với các tổ chức khác bao gồm Medicare, Chương trình Trợ giúp Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (Quality Improvement Organization), Sở An Sinh Xã Hội (Social Security), Medicaid (chương trình bảo hiểm y tế của tiểu bang dành cho người có thu nhập thấp), các chương trình trợ giúp công dân thanh toán thuốc kê toa, và Ban Hưu Trí Hỏa Xa (Railroad Retirement Board).

Chương 3. Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các dịch vụ y tế của quý vị 47

Giải thích những khoản mục quan trọng quý vị cần biết để nhận dịch vụ chăm sóc y tế cho mình khi trở thành hội viên trong chương trình của chúng tôi. Các chủ đề bao gồm việc sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình và cách nhận dịch vụ chăm sóc trong trường hợp cấp cứu.

Chương 4. Sơ Đồ Phúc Lợi Y Tế (các dịch vụ được bao trả và các dịch vụ quý vị phải thanh toán)..... 66

Cung cấp thông tin chi tiết về những loại hình chăm sóc y tế được bao trả và *không được* bao trả khi quý vị trở thành hội viên trong chương trình của chúng tôi. Giải thích số tiền quý vị cùng chia sẻ cho chi phí dịch vụ chăm sóc y tế được bao trả của mình.

Chương 5. Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các loại thuốc kê toa Part D của quý vị..... 119

Giải thích các quy tắc quý vị cần tuân theo khi nhận thuốc Part D. Hướng dẫn cách sử dụng *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh mục)* của chương trình để tìm loại thuốc được bao trả. Thông tin về những loại thuốc *không được* bao trả. Giải thích các mức bao trả hạn chế cho một số loại thuốc nhất

định. Giải thích nơi quý vị mua thuốc kê toa. Thông tin về các chương trình an toàn thuốc và quản lý thuốc của chương trình.

Chương 6. Số tiền quý vị thanh toán cho thuốc kê toa Part D 147

Thông tin về bốn giai đoạn bảo hiểm thuốc (Giai Đoạn Khấu Trừ (Deductible Stage), Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu (Initial Coverage Stage), Giai Đoạn Khoảng Chờ Bao Trả (Coverage Gap Stage), Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa (Catastrophic Coverage Stage)) và ảnh hưởng của các giai đoạn này đến mức chi trả tiền thuốc của quý vị. Giải thích 5 bậc chia sẻ chi phí cho các loại thuốc Part D và cho biết mức phí quý vị phải chia sẻ trong mỗi bậc.

Chương 7. Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần hóa đơn mà quý vị đã nhận cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả 168

Giải thích thời gian và cách thức gửi hóa đơn khi quý vị muốn yêu cầu chúng tôi hoàn trả phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho các dịch vụ hoặc thuốc được bao trả của quý vị.

Chương 8. Quyền và trách nhiệm của quý vị..... 178

Giải thích các quyền và trách nhiệm quý vị sẽ có khi trở thành hội viên trong chương trình của chúng tôi. Thông tin những việc cần làm khi quý vị cho rằng quyền của mình không được tôn trọng.

Chương 9. Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại) 199

Thông tin về quy trình từng bước khi quý vị gặp vấn đề hoặc có những quan ngại khi trở thành hội viên trong chương trình của chúng tôi.

- Giải thích cách yêu cầu các quyết định bảo hiểm và tiến hành kháng cáo nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc kê toa mà quý vị cho rằng thuộc phạm vi bảo hiểm của chương trình chúng tôi. Điều này bao gồm việc yêu cầu chúng tôi áp dụng trường hợp ngoại lệ đối với các quy tắc hoặc các hạn chế bổ sung dành cho hạng mục bảo hiểm thuốc kê toa của quý vị và yêu cầu chúng tôi tiếp tục chi trả cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện và một số loại dịch vụ y tế nhất định nếu quý vị cho rằng bảo hiểm của mình kết thúc quá sớm.
- Giải thích cách khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi, dịch vụ khách hàng và các mối quan tâm khác.

Chương 10. Chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình 261

Giải thích thời điểm và cách thức để quý vị chấm dứt tư cách hội viên của chương trình. Giải thích các tình huống mà chương trình của chúng tôi buộc phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị.

Chương 11. Thông báo pháp lý 271

Bao gồm các thông báo về luật chi phối và chính sách không phân biệt đối xử.

Chương 12. Định nghĩa các từ quan trọng 275

Giải thích các thuật ngữ chính được sử dụng trong tập tài liệu này.

CHƯƠNG 1

Bắt đầu với tư cách hội viên

Chương 1. Bắt đầu với tư cách hội viên

PHẦN 1 Giới thiệu 7
Phần 1.1 Quý vị đã ghi danh vào KelseyCare Advantage Platinum, một hình thức Medicare HMO 7
Phần 1.2 Tập tài liệu *Chứng Thư Bảo Hiểm* đề cập đến vấn đề gì? 7
Phần 1.3 Thông tin pháp lý về *Chứng Thư Bảo Hiểm* 8

PHẦN 2 Yếu tố nào giúp quý vị hội đủ điều kiện trở thành hội viên của chương trình? 8
Phần 2.1 Yêu cầu về khả năng hội đủ điều kiện của quý vị 8
Phần 2.2 Medicare Part A và Medicare Part B là gì? 9
Phần 2.3 Đây là khu vực dịch vụ của chương trình KelseyCare Advantage Platinum 9
Phần 2.4 Công Dân Hoa Kỳ hoặc Người Sống Hợp Pháp 9

PHẦN 3 Quý vị sẽ nhận được những tài liệu nào khác từ phía chúng tôi? 10
Phần 3.1 Thẻ hội viên chương trình của quý vị - Sử dụng thẻ này để nhận tất cả các dịch vụ chăm sóc và thuốc kê toa được bao trả 10
Phần 3.2 *Danh Mục Nhà Cung Cấp*: Hướng dẫn cho quý vị về tất cả các nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình 10
Phần 3.3 *Danh Mục Nhà Thuốc*: Hướng dẫn cho quý vị về các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi 11
Phần 3.4 Danh Sách Thuốc Được Bao Trả *(Danh Mục Thuốc)* của chương trình 12
Phần 3.5 *Bản Giải Thích Phúc Lợi Part D* ("EOB Part D"): Các báo cáo kèm theo bản tóm tắt các khoản thanh toán cho thuốc kê toa Part D của quý vị 13

PHẦN 4 Phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị cho KelseyCare Advantage Platinum 13
Phần 4.1 Phí bảo hiểm chương trình của quý vị là bao nhiêu? 13

PHẦN 5 Quý vị có phải thanh toán "tiền phạt ghi danh muộn" Part D không? 14
Phần 5.1 "Tiền phạt ghi danh muộn" Part D là gì? 14
Phần 5.2 Tiền phạt ghi danh muộn Part D bao nhiêu? 14
Phần 5.3 Trong một số trường hợp, quý vị có thể ghi danh muộn và không phải thanh toán tiền phạt 15
Phần 5.4 Quý vị có thể làm gì nếu không đồng ý với tiền phạt ghi danh muộn Part D của mình? 16

PHẦN 6 Quý vị có phải thanh toán tiền Part D bổ sung vì thu nhập của mình không? 16
Phần 6.1 Ai sẽ phải thanh toán tiền Part D bổ sung vì thu nhập? 16
Phần 6.2 Số tiền Part D bổ sung là bao nhiêu? 17
Phần 6.3 Quý vị có thể làm gì nếu không đồng ý với việc thánh toán số tiền Part D bổ sung? 17
Phần 6.4 Điều gì xảy ra nếu quý vị không thanh toán tiền Part D bổ sung? 17

PHẦN 7 Thông tin thêm về phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị 17
Phần 7.1 Một số phương thức để quý vị thanh toán tiền phạt ghi danh muộn Part D.. 18
Phần 7.2 Chúng tôi có thể thay đổi phí bảo hiểm chương trình hàng tháng của quý vị trong năm không? 20

PHẦN 8 Hãy luôn cập nhật hồ sơ hội viên chương trình của quý vị 21
Phần 8.1 Cách để đảm bảo chúng tôi luôn có thông tin chính xác về quý vị 21

PHẦN 9 Chúng tôi bảo vệ quyền riêng tư thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị 22
Phần 9.1 Chúng tôi đảm bảo thông tin sức khỏe của quý vị được bảo vệ 22

PHẦN 10 Các bảo hiểm khác hoạt động như thế nào với chương trình của chúng tôi 22
Phần 10.1 Chương trình nào sẽ thanh toán trước khi quý vị có bảo hiểm khác? 22

PHẦN 1 Giới thiệu

Phần 1.1 Quý vị đã ghi danh vào KelseyCare Advantage Platinum, một hình thức Medicare HMO

Quý vị có bảo hiểm Medicare và đã chọn nhận dịch vụ chăm sóc y tế cũng như bảo hiểm thuốc kê toa Medicare cho mình thông qua chương trình KelseyCare Advantage Platinum của chúng tôi.

Có nhiều loại chương trình y tế Medicare khác nhau. KelseyCare Advantage Platinum là Chương trình Medicare Advantage HMO (HMO là từ viết tắt của Health Maintenance Organization (Tổ Chức Bảo Vệ Sức Khỏe)) đã được Medicare chấp thuận và do một công ty tư nhân điều hành.

Bảo hiểm thuộc Chương trình này đủ điều kiện là Bảo hiểm Y tế Hội đủ điều kiện (Qualifying Health Coverage, QHC) và đáp ứng yêu cầu về trách nhiệm chia sẻ cá nhân của Đạo luật Bảo vệ Bệnh nhân và Chăm sóc Y tế Giá hợp lý (Patient Protection and Affordable Care Act's, ACA). Hãy truy cập vào trang web của Sở Thuế Vụ (Internal Revenue Service, IRS) tại địa chỉ: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families để biết thêm thông tin.

Phần 1.2 Tập tài liệu *Chứng Thư Bảo Hiểm* đề cập đến vấn đề gì?

Tập tài liệu *Chứng Thư Bảo Hiểm* này cho quý vị biết cách để nhận dịch vụ chăm sóc y tế và thuốc kê toa Medicare được chi trả thông qua chương trình của chúng tôi. Tập tài liệu này giải thích các quyền và trách nhiệm của quý vị, những khoản mục được bao trả và những khoản mục quý vị phải chi trả khi trở thành hội viên của chương trình.

Từ "bảo hiểm" và "dịch vụ được bao trả" đề cập đến các dịch vụ và sự chăm sóc y tế cùng các loại thuốc kê toa có thể cung cấp cho quý vị khi trở thành hội viên của KelseyCare Advantage Platinum.

Quý vị nhất thiết phải tìm hiểu các quy tắc của chương trình cùng những dịch vụ có thể cung cấp cho quý vị. Chúng tôi khuyến khích quý vị dành chút thời gian để xem qua tập tài liệu *Chứng Thư Bảo Hiểm* này.

Nếu quý vị cảm thấy khó hiểu hoặc quan ngại hoặc chỉ muốn giải đáp thắc mắc, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên chương trình của chúng tôi (số điện thoại in ở bìa sau của tập tài liệu này).

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

Đây là một phần trong hợp đồng của chúng tôi với quý vị

Chứng Thư Bảo Hiểm này là một phần trong hợp đồng của chúng tôi với quý vị về cách thức KelseyCare Advantage Platinum sẽ chi trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Các phần khác của hợp đồng này bao gồm biểu mẫu ghi danh của quý vị, *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh mục)* và mọi thông báo chúng tôi gửi cho quý vị về những thay đổi đối với bảo hiểm của quý vị hoặc các điều kiện ảnh hưởng đến bảo hiểm đó. Những thông báo này đôi khi được gọi là "điều khoản riêng" hoặc "sửa đổi".

Hợp đồng có hiệu lực trong những tháng quý vị ghi danh chương trình KelseyCare Advantage Platinum, giữa ngày 1 tháng 1 năm 2022 và ngày 31 tháng 12 năm 2022.

Mỗi năm dương lịch, Medicare cho phép chúng tôi thực hiện các thay đổi cho các chương trình mà chúng tôi cung cấp. Điều này có nghĩa là chúng tôi có thể thay đổi chi phí và phúc lợi của chương trình KelseyCare Advantage Platinum sau ngày 31 tháng 12 năm 2022. Chúng tôi cũng có thể chọn dừng cung cấp chương trình hoặc cung cấp chương trình cho khu vực dịch vụ khác sau ngày 31 tháng 12 năm 2022.

Medicare phải phê duyệt chương trình của chúng tôi hàng năm

Medicare (Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid) phải chấp thuận chương trình KelseyCare Advantage Platinum hàng năm. Quý vị có thể tiếp tục nhận bảo hiểm Medicare với tư cách là hội viên chương trình của chúng tôi, miễn là chúng tôi tiếp tục cung cấp chương trình và Medicare gia hạn chấp thuận chương trình.

PHẦN 2 Yếu tố nào giúp quý vị hội đủ điều kiện trở thành hội viên của chương trình?

Phần 2.1 Yêu cầu về khả năng hội đủ điều kiện của quý vị

Quý vị sẽ hội đủ điều kiện để trở thành hội viên trong chương của chúng tôi khi:

- Quý vị có cả Medicare Part A và Medicare Part B (Phần 2.2 cho biết về Medicare Part A và Medicare Part B)
- -- *và*-- quý vị đang sống trong khu vực dịch vụ địa lý của chúng tôi (Phần 2.3 dưới đây mô tả khu vực dịch vụ của chúng tôi).
- -- *và* -- quý vị là công dân Hoa Kỳ hoặc đang sống hợp pháp tại Hoa Kỳ

Phần 2.2 Medicare Part A và Medicare Part B là gì?

Khi đăng ký Medicare lần đầu tiên, quý vị đã nhận được thông tin về những dịch vụ sẽ được bao trả theo Medicare Part A và Medicare Part B. Xin nhớ rằng:

- Medicare Part A thường giúp chi trả cho các dịch vụ do bệnh viện cung cấp (các dịch vụ nội trú, cơ sở điều dưỡng lành nghề, hoặc cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia).
- Medicare Part B dành cho hầu hết các dịch vụ y tế khác (chẳng hạn như dịch vụ của bác sĩ, trị liệu truyền dịch tại gia và các dịch vụ ngoại trú khác) và một số hạng mục nhất định (chẳng hạn như dụng cụ y tế lâu bền (Durable Medical Equipment, DME) cùng vật tư).

Phần 2.3 Đây là khu vực dịch vụ của chương trình KelseyCare Advantage Platinum

Mặc dù Medicare là một chương trình của Liên Bang nhưng chương trình KelseyCare Advantage Platinum chỉ cung cấp cho những cá nhân sống trong khu vực dịch vụ chương trình của chúng tôi. Để tiếp tục làm hội viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị phải tiếp tục cư trú trong khu vực dịch vụ của chương trình. Khu vực dịch vụ được mô tả bên dưới.

Khu vực dịch vụ của chúng tôi bao gồm các quận sau đây ở Texas: Brazoria, Fort Bend, Harris và Montgomery. Khu vực dịch vụ của chúng tôi bao gồm các vùng sau đây ở các quận của Texas: Galveston, chỉ các vùng có mã bưu cục sau: 77510, 77511, 77517, 77518, 77539, 77546, 77563, 77565, 77568, 77573, 77590, và 77591.

Nếu quý vị dự định chuyển đi khỏi khu vực dịch vụ, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại in ở bìa sau của tập tài liệu này). Khi chuyển đi, quý vị sẽ có Thời gian Đăng ký Đặc biệt (Special Enrollment Period) cho phép quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc ghi danh một chương trình y tế hoặc thuốc Medicare có sẵn tại địa điểm mới của quý vị.

Một điểm quan trọng nữa là quý vị phải gọi báo cho Sở An Sinh Xã Hội nếu quý vị chuyển đi hoặc thay đổi địa chỉ nhận thư của mình. Quý vị có thể tìm số điện thoại và thông tin liên lạc của Sở An Sinh Xã Hội trong Chương 2, Phần 5.

Phần 2.4 Công Dân Hoa Kỳ hoặc Người Sống Hợp Pháp

Hội viên của chương trình y tế Medicare phải là công dân Hoa Kỳ hoặc đang sống hợp pháp tại Hoa Kỳ. Medicare (Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid) sẽ thông báo cho KelseyCare Advantage Platinum nếu quý vị không đủ điều kiện để tiếp tục làm hội viên theo tiêu chí này. KelseyCare Advantage Platinum phải rút tên quý vị nếu quý vị không đáp ứng được yêu cầu này.

PHẦN 3 Quý vị sẽ nhận được những tài liệu nào khác từ phía chúng tôi?

Phần 3.1 Thẻ hội viên chương trình của quý vị - Sử dụng thẻ này để nhận tất cả các dịch vụ chăm sóc và thuốc kê toa được bao trả

Khi trở thành hội viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị phải sử dụng thẻ hội viên của mình bất cứ khi nào quý vị nhận được các dịch vụ do chương trình này bao trả và khi nhận thuốc kê toa tại các nhà thuốc trong mạng lưới. Quý vị cũng phải xuất trình thẻ Medicaid của mình cho nhà cung cấp, nếu có. Đây là một thẻ hội viên mẫu giúp quý vị hình dung ra thẻ của mình:

KHÔNG sử dụng thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh dương của quý vị cho các dịch vụ y tế được bao trả khi quý vị là hội viên của chương trình này. Nếu quý vị sử dụng thẻ Medicare thay vì dùng thẻ hội viên KelseyCare Advantage Platinum, quý vị có thể phải tự chi trả toàn bộ chi phí cho các dịch vụ y tế. Hãy lưu giữ thẻ Medicare của quý vị ở nơi an toàn. Quý vị có thể sẽ được yêu cầu xuất trình thẻ này nếu quý vị cần đến các dịch vụ tại bệnh viện, dịch vụ chăm sóc cuối đời, hoặc tham gia vào các nghiên cứu thông thường.

Sau đây là lý do khiến điều này trở nên quan trọng: Nếu quý vị nhận các dịch vụ được bao trả bằng thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh dương thay vì dùng thẻ hội viên KelseyCare Advantage Platinum khi đã là hội viên của chương trình, quý vị có thể phải tự chi trả toàn bộ chi phí.

Nếu thẻ hội viên chương trình của quý vị bị hỏng, bị mất hoặc bị đánh cắp, hãy gọi ngay cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên và chúng tôi sẽ gửi thẻ mới cho quý vị. (Số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Hội Viên được in ở bìa sau của tập tài liệu này.)

Phần 3.2 *Danh Mục Nhà Cung Cấp*: Hướng dẫn cho quý vị về tất cả các nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình

Danh Mục Nhà Cung Cấp liệt kê các nhà cung cấp trong mạng lưới và nhà cung cấp dụng cụ y tế lâu bền của chúng tôi.

"Nhà cung cấp trong mạng lưới" là ai?

Nhà cung cấp trong mạng lưới là các bác sĩ và các chuyên viên chăm sóc sức khỏe khác, các nhóm y tế, nhà cung cấp dụng cụ y tế lâu bền, bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác có thỏa thuận chấp nhận thanh toán của chúng tôi cũng như bất kỳ khoản chia sẻ chi phí nào với chương trình khi thanh toán toàn bộ. Chúng tôi đã thỏa thuận để các nhà cung cấp này cung cấp các dịch vụ được bao trả cho các hội viên trong chương trình của mình. Danh sách các nhà cung cấp mới nhất có sẵn trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ www.kelseycareadvantage.com.

Nhóm y tế (medical group) là hiệp hội các bác sĩ, bao gồm bác sĩ chăm sóc chính (Primary Care Provider, PCP), bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, bao gồm cả bệnh viện, có ký hợp đồng với HMO để cung cấp dịch vụ cho người ghi danh. Một số Nhóm Y tế có vòng kết nối giới thiệu chính thức, nghĩa là các nhà cung cấp của họ sẽ chỉ giới thiệu bệnh nhân đến các nhà cung cấp khác trong cùng nhóm.

Lý do quý vị cần biết nhà cung cấp nào nằm trong mạng lưới của chúng tôi?

Quý vị nhất thiết phải biết nhà cung cấp nào nằm trong mạng lưới của chúng tôi bởi vì, ngoài một số trường hợp ngoại lệ nhất định, khi quý vị là hội viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới để nhận các dịch vụ và sự chăm sóc y tế của mình. Trường hợp ngoại lệ là các tình huống cấp cứu, các dịch vụ cấp thiết khi mạng lưới không có sẵn (thường là khi quý vị ở ngoài khu vực), các dịch vụ lọc máu ngoài khu vực và các trường hợp KelseyCare Advantage Platinum cho phép sử dụng nhà cung cấp bên ngoài mạng lưới. Xem Chương 3 (*Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các dịch vụ y tế của quý vị*) để biết thêm thông tin cụ thể về bảo hiểm trong tình huống cấp cứu, ở ngoài mạng lưới và ngoài khu vực.

Nếu không có bản sao Danh Mục Nhà Cung Cấp, quý vị có thể yêu cầu một bản sao từ bộ phận Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại in ở bìa sau của tập tài liệu này). Quý vị có thể yêu cầu bộ phận Dịch Vụ Hội Viên cung cấp thêm thông tin về các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi, bao gồm cả trình độ của họ. Quý vị cũng có thể xem *Danh Mục Nhà Cung Cấp* tại địa chỉ www.kelseycareadvantage.com. Cả bộ phận Dịch Vụ Hội Viên và trang web đều có thể cung cấp cho quý vị thông tin cập nhật nhất về những thay đổi trong mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi.

Phần 3.3 *Danh Mục Nhà Thuốc*: Hướng dẫn cho quý vị về các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi

"Nhà thuốc trong mạng lưới" là gì?

Nhà thuốc trong mạng lưới là tất cả các nhà thuốc đã đồng ý cung cấp toa thuốc được bao trả cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi.

Lý do quý vị cần biết các nhà thuốc trong mạng lưới?

Quý vị có thể sử dụng *Danh Mục Nhà Thuốc* để tìm nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị muốn sử dụng. Năm tới sẽ có những thay đổi trong mạng lưới các nhà thuốc của chúng tôi. *Danh Mục Nhà Thuốc* cập nhật có trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ www.kelseycareadvantage.com. Quý vị cũng có thể gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên để cập nhật thông tin về nhà cung cấp hoặc yêu cầu chúng tôi gửi *Danh Mục Nhà Thuốc* qua đường bưu điện cho quý vị. **Vui lòng xem lại *Danh Mục Nhà Thuốc* năm 2022 để biết nhà thuốc nào nằm trong mạng lưới của chúng tôi**.

Danh Mục Nhà Thuốc cũng sẽ cho quý vị biết nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi có mức chia sẻ chi phí ưu tiên, có thể thấp hơn mức chia sẻ chi phí tiêu chuẩn mà các nhà thuốc khác trong mạng lưới cung cấp cho một số loại thuốc nhất định.

Nếu không có *Danh Mục Nhà Thuốc*, quý vị có thể yêu cầu bản sao từ bộ phận Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại in ở bìa sau của tập tài liệu này). Bất cứ lúc nào quý vị cũng có thể gọi đến bộ phận Dịch Vụ Hội Viên để cập nhật thông tin về những thay đổi trong mạng lưới nhà thuốc. Quý vị cũng có thể tìm thấy thông tin này trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ www.kelseycareadvantage.com.

Một số loại thuốc thuộc dạng "thuốc phức chất" chỉ được bao trả nếu thuốc được cung cấp bởi các nhà thuốc đã được Ủy ban Đánh giá Chứng nhận Mạng lưới (Networks Credentialing Review Committee, NCRC) phê duyệt cho phân phối loại thuốc đó. Áp dụng bổ sung nghiêm ngặt này chỉ dành cho các nhà thuốc phân phối các loại thuốc phức chất. Tất cả các loại thuốc khác (không phải thuốc phức chất) có thể tiếp tục được cung cấp ở bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới. Để biết thêm thông tin về những nhà thuốc có thể cung cấp thuốc phức chất, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng CVS Caremark® theo số miễn phí 1-888-970-0914, TTY 711.

Phần 3.4 Danh Sách Thuốc Được Bao Trả *(Danh Mục Thuốc)* của chương trình

Chương trình có một *Danh Sách Thuốc được bao trả (Danh mục)*. Chúng tôi gọi tắt là "Danh Sách Thuốc". Danh sách này cho biết loại thuốc kê toa Part D nào được bao trả theo phúc lợi Part D có trong KelseyCare Advantage Platinum. Các loại thuốc trong danh sách này được chương trình lựa chọn với sự trợ giúp của đội ngũ bác sĩ và dược sĩ. Danh sách này đáp ứng các yêu cầu do Medicare đặt ra. Medicare đã chấp thuận Danh Sách Thuốc của KelseyCare Advantage Platinum.

Danh Sách Thuốc cũng cho biết các quy tắc giới hạn phạm vi bảo hiểm thuốc của quý vị.

Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị một bản sao Danh Sách Thuốc. Để cập nhật thông tin đầy đủ và mới nhất về những loại thuốc được bảo trả, quý vị có thể truy cập vào trang web của chương trình (www.kelseycareadvantage.com) hoặc gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại in ở bìa sau của tập tài liệu này).

Phần 3.5 *Bản Giải Thích Phúc Lợi Part D* (“EOB Part D”): Các báo cáo kèm theo bản tóm tắt các khoản thanh toán cho thuốc kê toa Part D của quý vị

Khi quý vị sử dụng phúc lợi thuốc kê toa Part D, chúng tôi sẽ gửi một báo cáo tóm tắt để giúp cho quý vị nắm rõ và theo dõi các khoản thanh toán cho thuốc kê toa Part D của mình. Báo cáo tóm tắt này được gọi là *Bản Giải Thích Phúc Lợi Part D* (hoặc “EOB Part D”).

Bản Giải Thích Phúc Lợi Part D cho quý vị biết tổng số tiền mà quý vị, người thay mặt quý vị, và chúng tôi đã chi trả cho thuốc kê toa Part D của quý vị và tổng số tiền đã thanh toán cho mỗi loại thuốc kê toa Part D của quý vị trong mỗi tháng khi sử dụng phúc lợi Part D. EOB Part D cung cấp thêm thông tin về các loại thuốc quý vị dùng, chẳng hạn như giá thuốc tăng và các loại thuốc khác có thể có sẵn với mức chia sẻ chi phí thấp hơn. Quý vị nên tham khảo ý kiến của người kê toa về các lựa chọn có mức chi phí thấp hơn này. Chương 6 (*Mức chi trả của quý vị cho thuốc kê toa Part D của mình*) cung cấp thêm thông tin về *Bản Giải Thích Phúc Lợi Part D* cũng như cách để giúp quý vị theo dõi việc bao trả thuốc men của mình.

Tài liệu *Bản Giải Thích Phúc Lợi Part D* cũng được cung cấp theo yêu cầu. Để nhận bản sao, quý vị vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại in ở bìa sau của tập tài liệu này).

Tóm tắt của *Bản Giải Thích Phúc Lợi Part D* cũng có sẵn dưới dạng phiên bản điện tử trên trang Caremark.com.

PHẦN 4 Phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị cho KelseyCare Advantage Platinum

Phần 4.1 Phí bảo hiểm chương trình của quý vị là bao nhiêu?

Quý vị không phải trả phí bảo hiểm hàng tháng riêng cho KelseyCare Advantage Platinum. Quý vị phải tiếp tục trả phí bảo hiểm Medicare Part B của mình (trừ khi phí bảo hiểm Part B của quý vị được Medicaid hoặc bên thứ ba khác chi trả).

Trong một số trường hợp, phí bảo hiểm chương trình của quý vị có thể cao hơn

Trong một số trường hợp, phí bảo hiểm chương trình của quý vị có thể cao hơn số tiền được liệt kê ở Phần 4.1. Những trường hợp này được mô tả bên dưới.

- Một số hội viên được yêu cầu thanh toán **tiền phạt ghi danh muộn** Part D vì họ không tham gia chương trình thuốc Medicare khi đủ điều kiện lần đầu tiên hoặc vì trong liên tục 63 ngày trở lên họ không có bảo hiểm thuốc kê toa “đáng tin cậy”. (“Đáng tin cậy” có nghĩa là bảo hiểm thuốc dự kiến sẽ thanh toán trung bình ít nhất bằng với mức bảo hiểm thuốc kê toa tiêu chuẩn của Medicare.) Đối với những hội viên này, tiền phạt ghi danh muộn Part D sẽ được cộng vào phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình. Số tiền phí

bảo hiểm của họ sẽ là phí bảo hiểm chương trình hàng tháng cộng với tiền phạt ghi danh muộn Part D.

  - Nếu quý vị được yêu cầu thanh toán tiền phạt ghi danh muộn Part D, thì chi phí phạt ghi danh muộn phụ thuộc vào thời gian quý vị đã trải qua mà không có bảo hiểm Part D hoặc bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy khác. Chương 1, Phần 5 sẽ giải thích tiền phạt ghi danh muộn Part D.
  - Nếu quý vị bị phạt vì ghi danh muộn Part D và không chi trả, quý vị có thể bị rút tên khỏi chương trình.

- Một số hội viên có thể phải thanh toán một khoản phí bổ sung gọi là Tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) Part D, bởi vì cách đây 2 năm họ có tổng thu nhập đã điều chỉnh sửa đổi lớn hơn một số tiền nhất định trên tờ khai thuế IRS của mình. Các hội viên chịu phí IRMAA sẽ phải trả số tiền phí bảo hiểm tiêu chuẩn và khoản phí bổ sung này, cộng chung vào phí bảo hiểm của họ. Chương 1, Phần 6 sẽ giải thích chi tiết hơn về IRMAA.

PHẦN 5 Quý vị có phải thanh toán "tiền phạt ghi danh muộn" Part D không?

Phần 5.1 "Tiền phạt ghi danh muộn" Part D là gì?

Lưu ý: Nếu quý vị nhận "Trợ Giúp Bổ Sung" (Extra Help) từ Medicare để chi trả cho các loại thuốc kê toa của mình thì quý vị sẽ không phải thanh toán tiền phạt ghi danh muộn.

Tiền phạt ghi danh muộn là khoản tiền được cộng vào phí bảo hiểm Part D của quý vị. Quý vị có thể nợ tiền phạt ghi danh muộn Part D nếu vào bất kỳ thời điểm nào sau thời gian ghi danh đầu tiên, quý vị trải qua thời gian 63 ngày liên tiếp trở lên không có bảo hiểm Part D hoặc bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy khác. ("Bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy" là bảo hiểm đáp ứng các tiêu chuẩn tối thiểu của Medicare vì nó được dự kiến sẽ thanh toán trung bình ít nhất bằng với mức bảo hiểm thuốc kê toa tiêu chuẩn của Medicare.) Chi phí phạt ghi danh muộn phụ thuộc vào thời gian quý vị đã trải qua mà không có bảo hiểm Part D hoặc bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy khác. Quý vị phải thanh toán tiền phạt này nếu quý vị có bảo hiểm Part D.

Khi quý vị ghi danh KelseyCare Advantage Platinum lần đầu tiên, chúng tôi sẽ báo cho quý vị số tiền phạt. Tiền phạt ghi danh muộn Part D của quý vị được coi như phí bảo hiểm cho chương trình của quý vị. Nếu không thanh toán tiền phạt ghi danh muộn Part D, quý vị có thể bị mất các phúc lợi thuốc kê toa của mình.

Phần 5.2 Tiền phạt ghi danh muộn Part D bao nhiêu?

Medicare sẽ xác định số tiền phạt. Đây là cách họ tính:

- Trước tiên, hãy tính số tháng tròn mà quý vị đã trì hoãn ghi danh chương trình thuốc Medicare, sau khi quý vị đủ điều kiện ghi danh. Hoặc tính số tháng tròn mà quý vị không

có bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy, nếu thời gian ngừng bảo hiểm từ 63 ngày trở lên. Tiền phạt là 1% cho mỗi tháng quý vị không có bảo hiểm đáng tin cậy. Ví dụ, nếu quý vị trải qua 14 tháng không có bảo hiểm, mức phạt sẽ là 14%.

- Sau đó, Medicare xác định số tiền phí bảo hiểm trung bình hàng tháng cho các chương trình thuốc Medicare trong quốc gia từ năm trước đó. Đối với năm 2022, số tiền phí bảo hiểm trung bình này là $33.37.
- Để tính tiền phạt hàng tháng, quý vị nhân tỷ lệ phần trăm phạt và phí bảo hiểm trung bình hàng tháng rồi làm tròn đến 10 xu gần nhất. Trong ví dụ ở đây, tiền phạt sẽ là 14% nhân với $33.37, tương đương với $4.6718. Con số này được làm tròn thành $4.70. Số tiền này sẽ được cộng vào **phí bảo hiểm hàng tháng cho người bị phạt ghi danh muộn Part D**.

Có ba điểm quan trọng cần lưu ý về tiền phạt ghi danh muộn Part D hàng tháng này:

- Thứ nhất, **mức phạt có thể thay đổi hàng năm**, vì phí bảo hiểm trung bình hàng tháng có thể thay đổi mỗi năm. Nếu phí bảo hiểm trung bình trên toàn quốc (do Medicare xác định) tăng lên, tiền phạt của quý vị cũng sẽ tăng theo.
- Thứ hai, **quý vị sẽ tiếp tục thanh toán tiền phạt** mỗi tháng khi quý vị đã ghi danh một chương trình có phúc lợi thuốc Medicare Part D, ngay cả khi quý vị thay đổi chương trình.
- Thứ ba, nếu quý vị dưới 65 tuổi và hiện đang nhận phúc lợi Medicare, tiền phạt ghi danh muộn Part D sẽ được tính lại khi quý vị 65 tuổi. Sau 65 tuổi, tiền phạt ghi danh muộn Part D của quý vị sẽ chỉ dựa trên những tháng mà quý vị không có bảo hiểm sau thời gian ghi danh tham gia Medicare đầu tiên của quý vị.

Phần 5.3 Trong một số trường hợp, quý vị có thể ghi danh muộn và không phải thanh toán tiền phạt

Ngay cả khi quý vị chậm trễ ghi danh một chương trình cung cấp bảo hiểm Medicare Part D khi mới hội đủ điều kiện, thì cũng có khả năng quý vị không phải thanh toán tiền phạt ghi danh muộn Part D.

Quý vị sẽ không phải thanh toán tiền phạt cho việc ghi danh muộn nếu quý vị thuộc một trong các trường hợp sau:

- Quý vị đã có bảo hiểm thuốc kê toa, dự kiến sẽ thanh toán trung bình ít nhất bằng với mức bảo hiểm thuốc kê toa tiêu chuẩn của Medicare. Medicare gọi đây là "**bảo hiểm thuốc đáng tin cậy**". Xin lưu ý:
    - Bảo hiểm đáng tin cậy có thể bao gồm bảo hiểm thuốc từ chủ lao động hoặc nghiệp đoàn cũ, TRICARE, hoặc Bộ Cựu Chiến binh (Department of Veterans Affairs). Công ty bảo hiểm hoặc bộ phận nhân sự hàng năm sẽ thông báo cho quý vị biết bảo hiểm thuốc của quý vị có thuộc loại bảo hiểm đáng tin cậy hay không. Thông tin này có thể được gửi cho quý vị qua thư từ hoặc đăng trên bản tin của

chương trình. Hãy lưu giữ thông tin này, vì quý vị có thể sẽ cần đến khi tham gia chương trình thuốc Medicare sau này.

- Xin lưu ý: Nếu quý vị nhận được "chứng nhận bảo hiểm đáng tin cậy" khi bảo hiểm y tế của quý vị kết thúc, thì không nhất thiết có nghĩa là bảo hiểm thuốc kê toa của quý vị cũng là loại đáng tin cậy. Thông báo phải nêu rõ rằng quý vị có bảo hiểm thuốc kê toa "đáng tin cậy" và dự kiến sẽ thanh toán tương đương với chương trình thuốc kê toa tiêu chuẩn của Medicare.

- Những trường hợp sau đây *không* phải là bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy: thẻ giảm giá thuốc kê toa, phòng khám miễn phí và trang web giảm giá thuốc.
- Để biết thêm thông tin về bảo hiểm đáng tin cậy, vui lòng xem trong cẩm nang *Medicare & You 2022* (Medicare & Quý vị 2022) của quý vị hoặc gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi vào những số này miễn phí, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần.

- Quý vị không có bảo hiểm đáng tin cậy, nhưng thời gian không có bảo hiểm đó ít hơn 63 ngày liên tiếp.
- Quý vị đang nhận "Trợ Giúp Bổ Sung" từ Medicare.

Phần 5.4 Quý vị có thể làm gì nếu không đồng ý với tiền phạt ghi danh muộn Part D của mình?

Nếu không đồng ý với tiền phạt ghi danh muộn Part D của mình, quý vị hoặc người đại diện của quý vị có thể yêu cầu xem xét lại quyết định phạt ghi danh muộn đó. Nói chung, quý vị phải gửi yêu cầu xem xét này **trong vòng 60 ngày**, kể từ ngày ghi trên lá thư đầu tiên thông báo việc thanh toán tiền phạt ghi danh muộn mà quý vị nhận được. Nếu đã thanh toán tiền phạt trước khi tham gia chương trình của chúng tôi, có thể quý vị sẽ không còn cơ hội yêu cầu xem xét lại tiền phạt ghi danh muộn đó. Hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên để tìm hiểu thêm về cách thức tiến hành việc này (số điện thoại in ở bìa sau của tập tài liệu này).

Quan trọng: Đừng dừng thanh toán tiền phạt ghi danh muộn Part D trong khi quý vị đang chờ xem xét quyết định về tiền phạt ghi danh muộn của mình. Nếu làm vậy, quý vị có thể bị rút tên do không thanh toán phí bảo hiểm chương trình của mình.

PHẦN 6 Quý vị có phải thanh toán tiền Part D bổ sung vì thu nhập của mình không?

Phần 6.1 Ai sẽ phải thanh toán tiền Part D bổ sung vì thu nhập?

Nếu tổng thu nhập đã điều chỉnh sửa đổi như báo cáo trên tờ khai thuế IRS của quý vị từ 2 năm trước cao hơn một số tiền nhất định, quý vị sẽ phải thanh toán phí bảo hiểm tiêu chuẩn và Tiền

Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập, còn gọi là IRMAA. IRMAA là một khoản phí bổ sung được cộng vào phí bảo hiểm của quý vị.

Nếu quý vị phải thanh toán tiền bổ sung thì Sở An Sinh Xã Hội, chứ không phải chương trình Medicare, sẽ gửi cho quý vị một lá thư thông báo số tiền bổ sung cùng phương thức thanh toán. Số tiền bổ sung sẽ được khấu trừ từ chi phiếu phúc lợi của Sở An Sinh Xã Hội, Ban Hưu Trí Hỏa Xa, hoặc Văn phòng Quản lý Nhân sự (Office of Personnel Management), bất kể quý vị thường thanh toán phí bảo hiểm theo cách nào, trừ khi phúc lợi hàng tháng của quý vị không đủ để trang trải số tiền bổ sung còn nợ. Nếu chi phiếu phúc lợi của quý vị không đủ để chi trả tiền bổ sung, quý vị sẽ nhận được hóa đơn từ Medicare. **Quý vị phải thanh toán tiền bổ sung cho chính phủ. Tiền này không thể thanh toán chung với phí bảo hiểm chương trình hàng tháng của quý vị.**

Phần 6.2 Số tiền Part D bổ sung là bao nhiêu?

Nếu tổng thu nhập đã điều chỉnh sửa đổi (Modified Adjusted Gross Income, MAGI) như báo cáo trên tờ khai thuế IRS của quý vị cao hơn một số tiền nhất định, quý vị sẽ phải thanh toán một khoản tiền bổ sung, ngoài phí bảo hiểm hàng tháng của mình. Để biết thêm thông tin về số tiền bổ sung mà quý vị có thể phải thanh toán dựa trên thu nhập của mình, hãy truy cập vào địa chỉ www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Phần 6.3 Quý vị có thể làm gì nếu không đồng ý với việc thánh toán số tiền Part D bổ sung?

Nếu không đồng ý với việc thanh toán số tiền bổ sung vì thu nhập của mình, quý vị có thể yêu cầu Sở An Sinh Xã Hội xem xét lại quyết định. Để tìm hiểu thêm về cách tiến hành việc này, hãy liên hệ với Sở An Sinh Xã Hội theo số 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Phần 6.4 Điều gì xảy ra nếu quý vị không thanh toán tiền Part D bổ sung?

Tiền bổ sung được thanh toán trực tiếp cho chính phủ (không phải cho chương trình Medicare) để bảo hiểm Part D Medicare của quý vị. Nếu luật pháp yêu cầu quý vị phải thanh toán tiền bổ sung mà quý vị không thanh toán, thì quý vị sẽ bị rút tên khỏi chương trình và mất đi phúc lợi thuốc kê toa.

PHẦN 7 Thông tin thêm về phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị

Nhiều hội viên được yêu cầu thanh toán các khoản phí bảo hiểm Medicare khác

Nhiều hội viên được yêu cầu thanh toán các khoản phí bảo hiểm Medicare khác. Như đã giải thích trong Phần 2 ở trên, để đủ điều kiện tham gia vào chương trình của chúng tôi, quý vị phải

có cả Medicare Part A và Medicare Part B. Một số hội viên của chương trình (những người không đủ điều kiện được miễn phí Part A) phải thanh toán phí bảo hiểm cho Medicare Part A. Hầu hết các hội viên của chương trình phải thanh toán phí bảo hiểm cho Medicare Part B. **Quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare của mình để duy trì tư cách hội viên của chương trình.**

Nếu tổng thu nhập đã điều chỉnh sửa đổi như báo cáo trên tờ khai thuế IRS của quý vị từ 2 năm trước cao hơn một số tiền nhất định, quý vị sẽ phải thanh toán phí bảo hiểm tiêu chuẩn và Tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập, còn gọi là IRMAA. IRMAA là một khoản phí bổ sung được cộng vào phí bảo hiểm của quý vị.

- **Nếu quý vị được yêu cầu thanh toán tiền bổ sung và quý vị không thanh toán, quý vị sẽ bị rút tên khỏi chương trình và mất đi phúc lợi thuốc kê toa.**
- Nếu quý vị phải thanh toán tiền bổ sung, Sở An Sinh Xã Hội, **chứ không phải chương trình Medicare của quý vị,** sẽ gửi cho quý vị một lá thư thông báo số tiền bổ sung phải đóng.
- Để biết thêm thông tin về phí bảo hiểm Part D dựa trên thu nhập, hãy xem Chương 1, Phần 6 của tập tài liệu này. Quý vị cũng có thể truy cập vào địa chỉ www.medicare.gov trên Web hoặc gọi vào số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi 1-877-486-2048. Hoặc quý vị có thể gọi cho Sở An Sinh Xã Hội theo số 1-800-772-1213. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-800-325-0778.

Bản sao cẩm nang *Medicare & You 2022* (Medicare & Quý vị 2022) của quý vị cung cấp thông tin về phí bảo hiểm Medicare trong phần "Chi phí Medicare 2022". Phần này giải thích mức chênh lệch phí bảo hiểm Medicare Part B và Part D giữa những người có thu nhập khác nhau. Người tham gia Medicare sẽ được nhận một bản sao cẩm nang *Medicare & You 2022* (Medicare & Quý vị 2022) hàng năm vào mùa thu. Người mới tham gia Medicare sẽ được nhận trong vòng một tháng sau khi đăng ký lần đầu tiên. Quý vị cũng có thể tải xuống bản sao cẩm nang *Medicare & You 2022* (Medicare & Quý vị 2022) từ trang web của Medicare (www.medicare.gov). Hoặc quý vị có thể đặt một bản in qua điện thoại theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048.

Phần 7.1 Một số phương thức để quý vị thanh toán tiền phạt ghi danh muộn Part D

Có ba phương thức để quý vị thanh toán tiền phạt ghi danh muộn Part D. Hãy liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên để biết thêm thông tin về cách thay đổi phương thức thanh toán tiền phạt.

Nếu quyết định thay đổi phương thức thanh toán tiền phạt ghi danh muộn Part D của mình, quý vị có thể phải chờ đến ba tháng để phương thức thanh toán mới có hiệu lực. Trong khi chúng tôi đang xử lý yêu cầu thay đổi phương thức thanh toán mới, quý vị có trách nhiệm đảm bảo thanh toán đúng hạn tiền phạt ghi danh muộn Part D của mình.

Lựa chọn 1: Quý vị có thể thanh toán bằng chi phiếu

Quý vị có thể quyết định thanh toán tiền phạt ghi danh muộn trực tiếp cho chương trình của chúng tôi bằng chi phiếu. Nếu chọn thanh toán tiền phạt bằng chi phiếu, quý vị sẽ nhận được bản kê khai hàng tháng. Quý vị cũng có thể thanh toán trực tiếp tại địa chỉ 11511 Shadow Creek Parkway, Pearland, TX 77584. Quý vị có thể trả bằng chi phiếu hoặc tiền mặt khi thanh toán trực tiếp. Nếu trả bằng chi phiếu, vui lòng thanh toán chi phiếu đó cho chương trình chứ không phải cho CMS hoặc HHS. Quý vị sẽ mất $25 tiền phí mỗi khi chi phiếu bị từ chối do không đủ tiền. Thanh toán của quý vị sẽ được nhận vào ngày thứ năm (ngày 5) của tháng sau ngày quý vị phát lệnh chi.

Lựa chọn 2: Quý vị có thể thanh toán bằng Chuyển Khoản Điện tử (Electronic Fund Transfer, EFT)

Thay vì thanh toán bằng chi phiếu, quý vị có thể ghi danh rút tiền phạt ghi danh muộn Part D tự động từ tài khoản ngân hàng của mình. Tiền phạt ghi danh muộn Part D của quý vị sẽ được tự động rút khỏi tài khoản ngân hàng của quý vị vào hoặc vào khoảng ngày thứ năm của tháng và chuyển đến chương trình. Để thiết lập thanh toán rút tự động từ tài khoản ngân hàng, quý vị cần phải hoàn thành Biểu mẫu Ủy quyền Chuyển Khoản Điện tử (Electronic Fund Transfer (EFT) Authorization Form). Hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên của KelseyCare Advantage Platinum để lấy bản sao biểu mẫu.

Lựa chọn 3: Quý vị có thể trừ tiền phạt ghi danh muộn Part D từ chi phiếu An Sinh Xã Hội hàng tháng của mình

Quý vị có thể bị Part D trừ tiền phạt ghi danh muộn từ chi phiếu An Sinh Xã Hội hàng tháng của mình. Hãy liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên để biết thêm thông tin về cách thanh toán tiền phạt của quý vị theo phương thức này. Chúng tôi rất sẵn lòng hỗ trợ quý vị thiết lập phương thức này. (Số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Hội Viên được in ở bìa sau của tập tài liệu này.)

Phải làm gì nếu quý vị gặp khó khăn khi thanh toán tiền phạt ghi danh muộn Part D của mình

Tiền phạt khi ghi danh muộn Part D của quý vị sẽ phải được trả cho văn phòng chúng tôi trước ngày 5 của tháng. Nếu chưa nhận được khoản thanh toán tiền phạt trước ngày 5, chúng tôi sẽ gửi thông báo cho quý vị biết rằng tư cách hội viên chương trình của quý vị sẽ bị chấm dứt nếu chúng tôi không nhận được tiền phạt ghi danh muộn Part D của quý vị khi số tiền nợ vượt quá $150. Nếu được yêu cầu thanh toán tiền phạt ghi danh muộn Part D, quý vị phải trả tiền phạt để duy trì bảo hiểm thuốc kê toa của mình.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc thanh toán đúng hạn tiền phạt ghi danh muộn Part D của mình, xin vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên để xem liệu chúng tôi có thể hướng dẫn quý vị đến các chương trình trợ giúp nộp phạt hay không. (Số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Hội Viên được in ở bìa sau của tập tài liệu này.)

Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị vì lý do không thanh toán tiền phạt ghi danh muộn Part D, quý vị sẽ được bảo hiểm sức khỏe theo chương trình Original Medicare.

Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình vì lý do không thanh toán tiền phạt ghi danh muộn Part D, thì quý vị không thể nhận được bảo hiểm Part D cho đến năm sau, khi quý vị ghi danh một chương trình mới trong thời gian ghi danh hàng năm. Trong thời gian ghi danh mở Medicare hàng năm, quý vị có thể tham gia một chương trình thuốc kê toa độc lập hoặc một chương trình y tế cũng cung cấp bảo hiểm thuốc. (Nếu quý vị trải qua thời gian không có bảo hiểm thuốc "đáng tin cậy" quá 63 ngày, quý vị có thể phải thanh toán tiền phạt ghi danh muộn Part D khi có đăng ký bảo hiểm Part D.)

Nếu thấy rằng chúng tôi đã chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trái luật, quý vị có quyền khiếu nại yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định này. Chương 9, Phần 10 của tập tài liệu này hướng dẫn cách khiếu nại. Nếu quý vị gặp phải tình huống cấp cứu ngoài tầm kiểm soát khiến cho quý vị không thể thanh toán tiền ghi danh muộn Part D trong thời gian chúng tôi gia hạn, thì quý vị có thể yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định này bằng cách gọi vào số 713-442-CARE (2273) hoặc số điện thoại miễn phí 1-866-535-8343 từ 8:00 a.m. đến 8:00 p.m. theo giờ địa phương, bảy ngày trong tuần, từ ngày 1 tháng 10 - ngày 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 – ngày 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, giờ làm việc là 8:00 a. m. đến 8:00 p. m., giờ địa phương. Dịch vụ nhắn tin được sử dụng vào cuối tuần, sau giờ làm việc và vào các ngày lễ liên bang. Người dùng TTY vui lòng gọi số 711. Quý vị phải đưa ra yêu cầu của mình trong vòng 60 ngày sau ngày tư cách hội viên của quý vị bị chấm dứt.

Phần 7.2 Chúng tôi có thể thay đổi phí bảo hiểm chương trình hàng tháng của quý vị trong năm không?

Không Chúng tôi không được phép bắt đầu tính phí bảo hiểm chương trình hàng tháng trong năm. Nếu phí bảo hiểm chương trình hàng tháng thay đổi trong năm tới, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị vào tháng 9 và sự thay đổi đó sẽ có hiệu lực vào ngày 1 tháng 1.

Tuy nhiên, trong một số trường hợp, quý vị có thể phải bắt đầu thanh toán hoặc có thể dừng thanh toán tiền phạt ghi danh muộn. (Quý vị có thể bị phạt ghi danh muộn nếu trải qua hơn 63 ngày liên tục không có bảo hiểm thuốc kê toa "đáng tin cậy".) Điều này xảy ra khi quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình "Trợ Giúp Bổ Sung" hoặc khi quý vị không còn đủ điều kiện tham gia chương trình "Trợ Giúp Bổ Sung" trong năm:

- Nếu quý vị hiện đang thanh toán tiền phạt ghi danh muộn Part D và đủ điều kiện để được "Trợ Giúp Bổ Sung" trong năm, thì quý vị có thể dừng thanh toán tiền phạt của mình.
- Nếu bị mất quyền "Trợ Giúp Bổ Sung", quý vị có thể phải thanh toán tiền phạt ghi danh muộn khi trải qua 63 ngày trở lên không có bảo hiểm Part D hoặc bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy khác.

Quý vị có thể tìm hiểu thêm về chương trình "Trợ Giúp Bổ Sung" trong Chương 2, Phần 7.

PHẦN 8 Hãy luôn cập nhật hồ sơ hội viên chương trình của quý vị

Phần 8.1 Cách để đảm bảo chúng tôi luôn có thông tin chính xác về quý vị

Hồ sơ hội viên của quý vị lấy thông tin từ mẫu ghi danh của quý vị, bao gồm địa chỉ và số điện thoại liên lạc. Hồ sơ thể hiện phạm vi bảo hiểm chương trình cụ thể của quý vị.

Bác sĩ, bệnh viện, dược sĩ và các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình cần biết thông tin chính xác về quý vị. **Những nhà cung cấp trong mạng lưới này dựa trên hồ sơ hội viên của quý vị để biết những dịch vụ và loại thuốc nào được bao trả và số tiền chia sẻ chi phí cho quý vị.** Do đó, quý vị nhất thiết phải giúp chúng tôi cập nhật thông tin của quý vị.

Hãy cho chúng tôi biết khi có những thay đổi sau đây:

- Thay đổi tên, địa chỉ hoặc số điện thoại của quý vị
- Những thay đổi trong bất kỳ vấn đề bảo hiểm y tế nào khác (chẳng hạn như từ chủ lao động của quý vị, chủ lao động của vợ/chồng quý vị, bồi thường cho người lao động hoặc Medicaid)
- Khi quý vị có bất kỳ yêu cầu trách nhiệm pháp lý nào, chẳng hạn như khiếu nại do tai nạn ô tô
- Khi quý vị được nhận vào viện dưỡng lão
- Khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện hoặc phòng cấp cứu nằm ngoài khu vực hoặc ngoài hệ thống
- Khi quý vị thay đổi bên chịu trách nhiệm chỉ định (chẳng hạn như người chăm sóc)
- Khi quý vị đang tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng

Khi thay đổi bất kỳ thông tin nào, vui lòng thông báo cho chúng tôi biết bằng cách gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại in ở bìa sau của tập tài liệu này).

Một điểm quan trọng nữa là hãy liên hệ với Sở An Sinh Xã Hội nếu quý vị chuyển đi hoặc thay đổi địa chỉ nhận thư của mình. Quý vị có thể tìm thấy số điện thoại và thông tin liên lạc của Sở An Sinh Xã Hội trong Chương 2, Phần 5.

Đọc qua thông tin chúng tôi gửi đến về bất kỳ phạm vi bảo hiểm nào khác mà quý vị đang thụ hưởng

Medicare yêu cầu chúng tôi thu thập thông tin từ quý vị về bất kỳ phạm vi bảo hiểm y tế hoặc thuốc nào khác mà quý vị đang thụ hưởng. Bởi vì chúng tôi phải phối hợp những bảo hiểm khác mà quý vị đang thụ hưởng với các phúc lợi của quý vị theo chương trình của chúng tôi. (Để biết thêm thông tin về cách bảo hiểm của chúng tôi hoạt động khi quý vị đang có bảo hiểm khác, hãy xem Phần 10 trong chương này.)

Mỗi năm một lần, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư liệt kê các bảo hiểm y tế hoặc thuốc khác mà chúng tôi biết. Vui lòng đọc kỹ thông tin này. Nếu thông tin chính xác, quý vị không cần phải làm gì. Nếu thông tin không chính xác, hoặc nếu quý vị có bảo hiểm khác không được liệt kê, xin vui lòng gọi thông báo cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại in ở bìa sau của tập tài liệu này).

PHẦN 9 Chúng tôi bảo vệ quyền riêng tư thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị

Phần 9.1 Chúng tôi đảm bảo thông tin sức khỏe của quý vị được bảo vệ

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

Để biết thêm thông tin về cách chúng tôi bảo vệ thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị, vui lòng xem Chương 8, Phần 1.3 của tập tài liệu này.

PHẦN 10 Các bảo hiểm khác hoạt động như thế nào với chương trình của chúng tôi

Phần 10.1 Chương trình nào sẽ thanh toán trước khi quý vị có bảo hiểm khác?

Khi quý vị có bảo hiểm khác (chẳng hạn như bảo hiểm y tế theo nhóm do chủ lao động cung cấp), có nhiều quy tắc do Medicare đặt ra để quyết định xem chương trình của chúng tôi hay bảo hiểm khác của quý vị sẽ thanh toán trước. Bảo hiểm thanh toán trước được gọi là "bên trả chính" (primary payer) và thanh toán đến các giới hạn trong phạm vi bảo hiểm. Bảo hiểm thanh toán sau được gọi là "bên trả phụ" (secondary payer), chỉ thanh toán nếu còn chi phí mà bên bảo hiểm chính chưa chi trả. Bên trả phụ có thể không thanh toán hết tất cả các chi phí chưa được chi trả.

Các quy tắc này áp dụng cho bảo hiểm chương trình y tế theo nhóm của chủ lao động hoặc nghiệp đoàn:

- Nếu quý vị có bảo hiểm hưu trí thì Medicare sẽ thanh toán trước.
- Nếu bảo hiểm chương trình y tế theo nhóm của quý vị dựa trên công việc hiện tại của quý vị hoặc thành viên gia đình mình, thì bên nào trả tiền trước tùy thuộc vào tuổi tác của quý vị, số lượng người được chủ lao động thuê và thực tiễn quý vị có Medicare dựa trên tuổi tác, tình trạng khuyết tật, hay Bệnh Thận Giai đoạn Cuối (End-Stage Renal Disease, ESRD):
    - Nếu quý vị dưới 65 tuổi, bị khuyết tật và quý vị hoặc thành viên gia đình mình vẫn đang làm việc, thì chương trình y tế theo nhóm của quý vị sẽ thanh toán trước

nếu chủ lao động có 100 nhân viên trở lên hoặc ít nhất một chủ lao động trong chương trình nhiều chủ lao động có hơn 100 nhân viên.

  - Nếu quý vị trên 65 tuổi, bị khuyết tật và quý vị hoặc vợ/chồng của mình vẫn đang làm việc, thì chương trình y tế theo nhóm của quý vị sẽ thanh toán trước nếu chủ lao động có 20 nhân viên trở lên hoặc ít nhất một chủ lao động trong chương trình nhiều chủ lao động có hơn 20 nhân viên.

- Nếu quý vị có Medicare do mắc ESRD, thì chương trình y tế theo nhóm của quý vị sẽ thanh toán trước trong 30 tháng đầu tiên sau khi quý vị đủ điều kiện nhận Medicare.

Những loại bảo hiểm này thường thanh toán trước cho các dịch vụ liên quan đến mỗi loại:

- Bảo hiểm không xác định lỗi (bao gồm cả bảo hiểm ô tô)
- Trách nhiệm pháp lý (bao gồm cả bảo hiểm ô tô)
- Phúc lợi cho công nhân mỏ than
- Bồi thường tai nạn lao động

Medicaid và TRICARE không bao giờ thanh toán trước cho các dịch vụ được Medicare bao trả. Họ chỉ thanh toán sau khi Medicare, các chương trình y tế theo nhóm của chủ lao động và/hoặc Medigap đã thanh toán.

Nếu quý vị có bảo hiểm khác, hãy thông báo với bác sĩ, bệnh viện và nhà thuốc của quý vị. Nếu quý vị có thắc mắc về việc bên nào trả trước, hoặc quý vị muốn cập nhật thông tin bảo hiểm khác của mình, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại in ở bìa sau của tập tài liệu này). Quý vị cần phải cung cấp số ID hội viên chương trình cho các công ty bảo hiểm khác của quý vị (sau khi đã xác nhận danh tính của họ) để được thanh toán chính xác và đúng hạn các hóa đơn.

CHƯƠNG 2

Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

Chương 2. Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

PHẦN 1 **Địa chỉ liên hệ của KelseyCare Advantage Platinum** (cách liên hệ với chúng tôi, bao gồm cách tiếp xúc với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên của chương trình) **26**

PHẦN 2 **Medicare** (cách để nhận trợ giúp và thông tin trực tiếp từ chương trình Medicare Liên bang) **35**

PHẦN 3 **Chương trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang** (trợ giúp miễn phí, cung cấp thông tin và câu trả lời cho các câu hỏi của quý vị về Medicare) **36**

PHẦN 4 **Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng** (được Medicare trả lương để kiểm tra chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare) **37**

PHẦN 5 **An Sinh Xã Hội** **38**

PHẦN 6 **Medicaid** (một chương trình chung của Liên bang và tiểu bang giúp chi trả chi phí y tế cho một số công dân có thu nhập và nguồn lực hạn chế) **39**

PHẦN 7 **Thông tin về các chương trình giúp mọi người thanh toán thuốc kê toa** **40**

PHẦN 8 **Cách liên hệ với Ban Hưu Trí Hỏa Xa** **44**

PHẦN 9 **Quý vị có "bảo hiểm nhóm" hoặc bảo hiểm y tế khác từ chủ lao động không?** **45**

PHẦN 1 Địa chỉ liên hệ của KelseyCare Advantage Platinum (cách liên hệ với chúng tôi, bao gồm cách tiếp xúc với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên của chương trình)

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

Để được hỗ trợ các yêu cầu, lập hóa đơn hoặc các thắc mắc về thẻ hội viên, vui lòng gọi hoặc gửi thư đến bộ phận Dịch Vụ Hội Viên KelseyCare Advantage Platinum. Chúng tôi rất sẵn lòng hỗ trợ quý vị!

Phương thức	Bộ phận Dịch Vụ Hội Viên - Thông tin Liên lạc	
GỌI ĐIỆN	1-866-535-8343 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc từ 8:00 a. m. đến 8:00 p. m. theo giờ địa phương, bảy ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 - ngày 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 – ngày 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, giờ làm việc là 8:00 a. m. đến 8:00 p. m., giờ địa phương. Dịch vụ nhắn tin được sử dụng vào cuối tuần, sau giờ làm việc và vào các ngày lễ liên bang. Bộ phận Dịch Vụ Hội Viên cũng có các dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí cho người không nói tiếng Anh.	
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc từ 8:00 a. m. đến 8:00 p. m. theo giờ địa phương, bảy ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 - ngày 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 – ngày 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, giờ làm việc là 8:00 a. m. đến 8:00 p. m., giờ địa phương. Dịch vụ nhắn tin được sử dụng vào cuối tuần, sau giờ làm việc và vào các ngày lễ liên bang.	
FAX	713-442-5450	
GỬI THƯ	KelseyCare Advantage ATTN: Member Services 11511 Shadow Creek Parkway Pearland, TX 77584	- HOẶC - KelseyCare Advantage ATTN: Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832
TRANG WEB	www.kelseycareadvantage.com	

Cách liên hệ với chúng tôi khi quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế của mình

Quyết định bao trả là quyết định do chúng tôi đưa ra về các phúc lợi và bao trả của quý vị hoặc về số tiền chúng tôi sẽ chi trả cho các dịch vụ y tế của quý vị. Để biết thêm thông tin về việc yêu cầu quyết định bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, hãy xem Chương 9 (*Quy trình tiến hành khi quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại*)).

Quý vị có thể gọi cho chúng tôi nếu có thắc mắc về quy trình ra quyết định bảo hiểm của chúng tôi.

Phương thức	Quyết định Bảo hiểm cho Dịch vụ Chăm sóc Y tế - Thông Tin Liên Hệ	
GỌI ĐIỆN	1-866-535-8343 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc từ 8:00 a. m. đến 8:00 p. m. theo giờ địa phương, bảy ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 - ngày 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 – ngày 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, giờ làm việc là 8:00 a. m. đến 8:00 p. m., giờ địa phương. Dịch vụ nhắn tin được sử dụng vào cuối tuần, sau giờ làm việc và vào các ngày lễ liên bang.	
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc từ 8:00 a. m. đến 8:00 p. m. theo giờ địa phương, bảy ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 - ngày 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 – ngày 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, giờ làm việc là 8:00 a. m. đến 8:00 p. m., giờ địa phương. Dịch vụ nhắn tin được sử dụng vào cuối tuần, sau giờ làm việc và vào các ngày lễ liên bang.	
FAX	713-442-5450	
GỬI THƯ	KelseyCare Advantage ATTN: Member Services 11511 Shadow Creek Parkway Pearland, TX 77584	- HOẶC - KelseyCare Advantage ATTN: Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832
TRANG WEB	www.kelseycareadvantage.com	

Cách liên hệ với chúng tôi khi quý vị kháng cáo về dịch vụ chăm sóc y tế của mình

Kháng cáo là cách chính thức để yêu cầu chúng tôi xem xét và thay đổi quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra. Để biết thêm thông tin về việc kháng cáo dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, hãy xem Chương 9 (*Quy trình tiến hành khi quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại*)).

Phương thức	Kháng Cáo Dịch Vụ Chăm Sóc Y Tế - Thông Tin Liên Hệ	
GỌI ĐIỆN	1-866-535-8343 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc từ 8:00 a. m. đến 8:00 p. m. theo giờ địa phương, bảy ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 - ngày 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 – ngày 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, giờ làm việc là 8:00 a. m. đến 8:00 p. m., giờ địa phương. Dịch vụ nhắn tin được sử dụng vào cuối tuần, sau giờ làm việc và vào các ngày lễ liên bang.	
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc từ 8:00 a. m. đến 8:00 p. m. theo giờ địa phương, bảy ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 - ngày 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 – ngày 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, giờ làm việc là 8:00 a. m. đến 8:00 p. m., giờ địa phương. Dịch vụ nhắn tin được sử dụng vào cuối tuần, sau giờ làm việc và vào các ngày lễ liên bang.	
FAX	713-442-9536	
GỬI THƯ	KelseyCare Advantage ATTN: Member Services 11511 Shadow Creek Parkway Pearland, TX 77584	- HOẶC - KelseyCare Advantage ATTN: Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832
TRANG WEB	www.kelseycareadvantage.com	

Cách liên hệ với chúng tôi khi quý vị khiếu nại về dịch vụ chăm sóc y tế của mình

Quý vị có thể khiếu nại chúng tôi hoặc một trong các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi, bao gồm cả khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Hình thức khiếu nại này không liên quan đến phạm vi bảo hiểm hoặc tranh chấp thanh toán. (Nếu vấn đề quý vị gặp phải là việc bao trả hoặc thanh toán của chương trình, thì quý vị hãy xem mục kháng cáo ở trên.) Để biết thêm thông tin về việc khiếu nại dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, hãy xem Chương 9 (*Quy trình tiến hành khi quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại*)).

Phương thức	Khiếu nại Dịch vụ Chăm sóc Y tế - Thông Tin Liên Hệ	
GỌI ĐIỆN	1-866-535-8343 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc từ 8:00 a. m. đến 8:00 p. m. theo giờ địa phương, bảy ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 - ngày 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 – ngày 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, giờ làm việc là 8:00 a. m. đến 8:00 p. m., giờ địa phương. Dịch vụ nhắn tin được sử dụng vào cuối tuần, sau giờ làm việc và vào các ngày lễ liên bang.	
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc từ 8:00 a. m. đến 8:00 p. m. theo giờ địa phương, bảy ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 - ngày 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 – ngày 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, giờ làm việc là 8:00 a. m. đến 8:00 p. m., giờ địa phương. Dịch vụ nhắn tin được sử dụng vào cuối tuần, sau giờ làm việc và vào các ngày lễ liên bang.	
FAX	713-442-9536	
GỬI THƯ	KelseyCare Advantage ATTN: Member Services 11511 Shadow Creek Parkway Pearland, TX 77584	- HOẶC - KelseyCare Advantage ATTN: Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832
TRANG WEB MEDICARE	Quý vị có thể gửi thẳng đơn khiếu nại KelseyCare Advantage Platinum đến Medicare. Để gửi đơn khiếu nại trực tuyến đến Medicare, hãy truy cập vào địa chỉ www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.	

Cách liên hệ với chúng tôi khi quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm cho thuốc kê toa Part D của mình

Quyết định bao trả là quyết định do chúng tôi đưa ra về các phúc lợi và bao trả của quý vị hoặc về số tiền chúng tôi sẽ chi trả cho thuốc kê toa được đài thọ theo phúc lợi Part D có trong chương trình của quý vị. Để biết thêm thông tin về việc yêu cầu quyết định bảo hiểm cho thuốc kê toa Part D của quý vị, hãy xem Chương 9 (*Quy trình tiến hành khi quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại*)).

Phương thức	Quyết định Bảo hiểm cho Thuốc theo toa Part D - Thông tin Liên hệ
GỌI ĐIỆN	1-888-970-0914 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc: 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc: 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần.
FAX	1-855-633-7673
GỬI THƯ	CVS Caremark® P.O. Box 52000, MC109 Phoenix, AZ 85072-2000
TRANG WEB	www.kelseycareadvantage.com

Cách liên hệ với chúng tôi khi quý vị kháng cáo đối với thuốc kê toa Part D của mình

Kháng cáo là cách chính thức để yêu cầu chúng tôi xem xét và thay đổi quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra. Để biết thêm thông tin về việc kháng cáo đối với thuốc kê toa Part D của quý vị, hãy xem Chương 9 (*Quy trình tiến hành khi quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)*).

Phương thức	Kháng Cáo đối với Thuốc Kê Toa Part D - Thông Tin Liên Hệ	
GỌI ĐIỆN	1-866-535-8343 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc từ 8:00 a. m. đến 8:00 p. m. theo giờ địa phương, bảy ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 - ngày 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 – ngày 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, giờ làm việc là 8:00 a. m. đến 8:00 p. m., giờ địa phương. Dịch vụ nhắn tin được sử dụng vào cuối tuần, sau giờ làm việc và vào các ngày lễ liên bang.	
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc từ 8:00 a. m. đến 8:00 p. m. theo giờ địa phương, bảy ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 - ngày 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 – ngày 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, giờ làm việc là 8:00 a. m. đến 8:00 p. m., giờ địa phương. Dịch vụ nhắn tin được sử dụng vào cuối tuần, sau giờ làm việc và vào các ngày lễ liên bang.	
FAX	713-442-9536	
GỬI THƯ	KelseyCare Advantage ATTN: Member Services 11511 Shadow Creek Parkway Pearland, TX 77584	- HOẶC - KelseyCare Advantage ATTN: Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832
TRANG WEB	www.kelseycareadvantage.com	

Cách liên hệ với chúng tôi khi quý vị khiếu nại về thuốc kê toa Part D của mình

Quý vị có thể khiếu nại về chúng tôi hoặc một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi, bao gồm cả khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc của quý vị. Hình thức khiếu nại này không liên quan đến phạm vi bảo hiểm hoặc tranh chấp thanh toán. (Nếu vấn đề quý vị gặp phải là việc bao trả hoặc thanh toán của chương trình, thì quý vị hãy xem mục kháng cáo ở trên.) Để biết thêm thông tin về việc khiếu nại đối với thuốc kê toa Part D của quý vị, hãy xem Chương 9 (*Quy trình tiến hành khi quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)*).

Phương thức	Khiếu nại về thuốc kê toa Part D - Thông tin Liên hệ	
GỌI ĐIỆN	1-866-535-8343 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc từ 8:00 a. m. đến 8:00 p. m. theo giờ địa phương, bảy ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 - ngày 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 – ngày 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, giờ làm việc là 8:00 a. m. đến 8:00 p. m., giờ địa phương. Dịch vụ nhắn tin được sử dụng vào cuối tuần, sau giờ làm việc và vào các ngày lễ liên bang.	
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc từ 8:00 a. m. đến 8:00 p. m. theo giờ địa phương, bảy ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 - ngày 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 – ngày 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, giờ làm việc là 8:00 a. m. đến 8:00 p. m., giờ địa phương. Dịch vụ nhắn tin được sử dụng vào cuối tuần, sau giờ làm việc và vào các ngày lễ liên bang.	
FAX	713-442-9536	
GỬI THƯ	KelseyCare Advantage ATTN: Member Services 11511 Shadow Creek Parkway Pearland, TX 77584	- HOẶC - KelseyCare Advantage ATTN: Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832
TRANG WEB MEDICARE	Quý vị có thể gửi thẳng đơn khiếu nại KelseyCare Advantage Platinum đến Medicare. Để gửi đơn khiếu nại trực tuyến đến Medicare, hãy truy cập vào địa chỉ www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.	

Nơi gửi yêu cầu đề nghị chúng tôi thanh toán phần chia sẻ của mình đối với chi phí chăm sóc y tế hoặc thuốc quý vị đã nhận

Để biết thêm thông tin về các trường hợp mà quý vị có thể sẽ yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền hoặc chi trả hóa đơn mà quý vị đã nhận từ nhà cung cấp, hãy xem Chương 7 (*Yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn quý vị đã nhận cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả*).

Xin lưu ý: Nếu quý vị gửi yêu cầu thanh toán và chúng tôi từ chối bất kỳ phần nào trong yêu cầu đó, thì quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi. Xem Chương 9 (*Quy trình tiến hành khi quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)*) để biết thêm thông tin.

Phương thức	Yêu cầu Thanh toán - Thông Tin Liên Hệ
GỌI ĐIỆN	**Yêu cầu thanh toán Bảo hiểm y tế** - 1-866-535-8343 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc từ 8:00 a. m. đến 8:00 p. m. theo giờ địa phương, bảy ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 - ngày 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 – ngày 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, giờ làm việc là 8:00 a. m. đến 8:00 p. m., giờ địa phương. Dịch vụ nhắn tin được sử dụng vào cuối tuần, sau giờ làm việc và vào các ngày lễ liên bang. **Yêu cầu thanh toán Thuốc Part D** - 1-888-970-0914 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc: 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần.
TTY	**Yêu cầu thanh toán Bảo hiểm y tế** - 711 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc từ 8:00 a. m. đến 8:00 p. m. theo giờ địa phương, bảy ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 - ngày 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 – ngày 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, giờ làm việc là 8:00 a. m. đến 8:00 p. m., giờ địa phương. Dịch vụ nhắn tin được sử dụng vào cuối tuần, sau giờ làm việc và vào các ngày lễ liên bang. **Yêu cầu thanh toán Thuốc Part D** - 711 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc: 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần.
FAX	**Yêu cầu thanh toán Bảo hiểm y tế** 713-442-5450

Phương thức	Yêu cầu Thanh toán - Thông Tin Liên Hệ	
GỬI THƯ	**Yêu cầu thanh toán Bảo hiểm y tế** KelseyCare Advantage ATTN: Member Services 11511 Shadow Creek Parkway Pearland, TX 77584 **Yêu cầu thanh toán Thuốc Part D** CVS Caremark® Part D Services P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066	- HOẶC - KelseyCare Advantage ATTN: Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832
TRANG WEB	www.kelseycareadvantage.com	

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

Medicare là Chương trình bảo hiểm y tế liên bang dành cho người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi bị khuyết tật và những người bị Bệnh Thận Giai đoạn Cuối (suy thận mạn tính cần phải chạy thận hoặc ghép thận).

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

Phương thức	Medicare - Thông Tin Liên Hệ
GỌI ĐIỆN	1-800-MEDICARE, hoặc 1-800-633-4227 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần.
TTY	1-877-486-2048 Để gọi số này cần phải có điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí.
TRANG WEB	www.medicare.gov Đây là trang web chính thức về Medicare của chính phủ. Trang này cung cấp thông tin cập nhật về Medicare cùng các vấn đề hiện tại của Medicare. Trang cũng có thông tin về bệnh viện, viện dưỡng lão, bác sĩ, cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia và các cơ sở lọc máu. Trang có lưu trữ các tập tài liệu nhỏ mà quý vị có thể in trực tiếp từ máy tính của mình. Quý vị cũng có thể tìm thấy các địa chỉ liên hệ với Medicare trong tiểu bang của mình. Trang web Medicare cũng có thông tin chi tiết về điều kiện đủ để tham gia Medicare và các lựa chọn ghi danh thông qua các công cụ sau: • **Công cụ Đủ điều kiện Medicare (Medicare Eligibility Tool):** Cung cấp thông tin trạng thái đủ điều kiện Medicare. • **Công cụ tìm Chương trình Medicare (Medicare Plan Finder):** Cung cấp thông tin cá thể hóa về các chương trình thuốc kê toa Medicare hiện có, các chương trình y tế Medicare và chính sách Medigap (Bảo hiểm Bổ sung Medicare) trong khu vực của quý vị. Những công cụ này giúp *ước tính* chi phí xuất túi của quý vị trong các chương trình Medicare khác nhau.

Phương thức	Medicare - Thông Tin Liên Hệ
TRANG WEB (tiếp)	Quý vị cũng có thể sử dụng trang web để thông báo cho Medicare bất kỳ khiếu nại nào của quý vị đối với KelseyCare Advantage Platinum: • **Thông báo cho Medicare về khiếu nại của quý vị:** Quý vị có thể gửi thẳng đơn khiếu nại KelseyCare Advantage Platinum đến Medicare. Để gửi đơn khiếu nại đến Medicare, hãy truy cập www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare sẽ xem xét các khiếu nại của quý vị một cách nghiêm túc và sẽ sử dụng những thông tin này để cải thiện chất lượng của chương trình Medicare. Nếu quý vị không có máy tính, hãy dùng nhờ máy tính của thư viện địa phương hoặc trung tâm chính để truy cập vào trang web này. Hoặc, quý vị có thể gọi cho Medicare và hỏi họ về thông tin quý vị đang tìm kiếm. Đơn vị này sẽ tìm thông tin trên trang web, in ra và gửi đến cho quý vị. (Quý vị có thể gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi 1-877-486-2048.)

PHẦN 3 Chương trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (trợ giúp miễn phí, cung cấp thông tin và câu trả lời cho các câu hỏi của quý vị về Medicare)

Chương trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (SHIP) là chương trình của chính phủ gồm có những chuyên viên tư vấn được đào tạo tại các bang. Ở Texas, SHIP được gọi là Chương Trình Biện Hộ và Tư Vấn Thông Tin Y Tế (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP).

Chương Trình Biện Hộ và Tư Vấn Thông Tin Y Tế (HICAP) là một chương trình độc lập (không liên kết với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình sức khỏe nào). Đây là một chương trình cấp tiểu bang được cấp tiền từ chính phủ Liên bang để cung cấp dịch vụ tư vấn bảo hiểm sức khỏe địa phương miễn phí cho những người có Medicare.

Các chuyên viên tư vấn của Chương Trình Biện Hộ và Tư Vấn Thông Tin Y Tế (HICAP) có thể giúp quý vị giải đáp các thắc mắc hoặc xử lý các vấn đề về Medicare. Họ có thể giải thích giúp quý vị hiểu rõ các quyền Medicare của mình, trợ giúp quý vị khiếu nại về việc chăm sóc y tế hoặc điều trị, và giúp quý vị giải quyết các vấn đề với hóa đơn Medicare của mình. Các chuyên viên tư vấn của Chương Trình Biện Hộ và Tư Vấn Thông Tin Y Tế (HICAP) cũng có thể giúp quý vị nắm rõ các lựa chọn chương trình Medicare của mình và trả lời các thắc mắc về việc chuyển đổi chương trình.

PHƯƠNG THỨC TIẾP CẬN SHIP và CÁC NGUỒN LỰC KHÁC:

- Truy cập vào địa chỉ *www.medicare.gov*
- Nhấp vào "**Forms, Help, and Resources**" (Biểu mẫu, Trợ giúp và Nguồn lực) ở ngoài cùng phía bên phải của menu trên cùng
- Trong menu thả xuống, hãy nhấp vào "**Phone Numbers & Websites**" (Số Điện thoại và Trang web)
- Bây giờ quý vị có một vài lựa chọn
    - Lựa chọn 1: Quý vị có thể thực hiện **live chat** (trò chuyện trực tiếp)
    - Lựa chọn 2: Quý vị có thể nhấp vào bất kỳ "**TOPICS**" nào trong menu ở dưới cùng
    - Lựa chọn 3: Quý vị có thể chọn **STATE** (Tiểu bang) của mình từ menu thả xuống và nhấp vào GO (Đi đến). Thao tác này sẽ đưa quý vị đến một trang có số điện thoại và nguồn lực cụ thể cho tiểu bang của mình.

Phương thức	Chương trình Biện hộ và Tư vấn Thông tin Y tế (HICAP) (Texas' SHIP) – Thông Tin Liên Hệ
GỌI ĐIỆN	1-800-252-9240
TTY	1-800-735-2989 Để gọi số này cần phải có điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói.
GỬI THƯ	701 West 51st Street MC: W352 Austin, TX 78751
TRANG WEB	https://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap

PHẦN 4 Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng
(được Medicare trả lương để kiểm tra chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare)

Có một Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng được chỉ định để phục vụ cho những người thụ hưởng Medicare ở mỗi tiểu bang. Ở Texas, Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng được gọi là KEPRO.

KEPRO có một nhóm các bác sĩ và chuyên viên chăm sóc sức khỏe khác được Chính phủ Liên bang trả lương. Tổ chức này được Medicare trả lương để kiểm tra và giúp cải thiện chất

lượng chăm sóc cho những người có Medicare. KEPRO là một tổ chức độc lập. Tổ chức này không có kết nối với chương trình của chúng tôi.

Quý vị nên liên hệ với KEPRO trong những trường hợp sau đây:

- Quý vị khiếu nại về chất lượng chăm sóc mà mình nhận được.
- Quý vị cho rằng bảo hiểm cho thời gian nằm viện của mình kết thúc quá sớm.
- Quý vị cho rằng bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng lành nghề hoặc cho các dịch vụ của Cơ sở Phục hồi chức năng Toàn diện cho Bệnh nhân Ngoại trú (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) kết thúc quá sớm.

Phương thức	KEPRO (Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng của Texas) - Thông Tin Liên Hệ
GỌI ĐIỆN	1-888-315-0636 Các ngày trong tuần: Từ 9:00 a. m. đến 5:00 p. m. Các ngày cuối tuần và Ngày lễ: Từ 11:00 a. m. đến 3:00 p. m.
TTY	711
GỬI THƯ	5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
TRANG WEB	https://www.keproqio.com/

PHẦN 5 An Sinh Xã Hội

Sở An Sinh Xã Hội chịu trách nhiệm xác định khả năng hội đủ điều kiện và xử lý việc ghi danh Medicare. Công dân Hoa Kỳ và thường trú nhân hợp pháp từ 65 tuổi trở lên, hoặc người bị khuyết tật hoặc mắc Bệnh Thận Giai đoạn Cuối và đáp ứng một số điều kiện nhất định, đều đủ điều kiện nhận Medicare. Nếu quý vị đã nhận được chi phiếu An Sinh Xã Hội thì việc ghi danh vào Medicare sẽ được tiến hành tự động. Nếu quý vị chưa nhận được chi phiếu An Sinh Xã Hội, quý vị phải ghi danh tham gia Medicare. Để đăng ký Medicare, quý vị có thể gọi cho Sở An Sinh Xã Hội hoặc đến văn phòng Sở An Sinh Xã Hội tại địa phương của mình.

Sở An Sinh Xã Hội cũng chịu trách nhiệm xác định ai phải trả tiền bổ sung cho việc bảo hiểm thuốc Part D của họ vì có thu nhập cao hơn. Nếu quý vị nhận được thư từ Sở An Sinh Xã Hội cho biết quý vị phải trả tiền bổ sung này và có thắc mắc về số tiền hoặc nếu thu nhập của quý vị giảm xuống do biến cố thay đổi cuộc sống, quý vị có thể gọi cho Sở An Sinh Xã Hội để yêu cầu xem xét lại.

Nếu quý vị chuyển đi hoặc thay đổi địa chỉ nhận thư, quý vị nhất thiết phải thông báo với Sở An Sinh Xã Hội.

Phương thức	Sở An Sinh Xã Hội - Thông Tin Liên Hệ
GỌI ĐIỆN	1-800-772-1213 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Mở cửa từ 7:00 a. m. đến 7:00 p. m., Thứ Hai đến Thứ Sáu. Quý vị có thể sử dụng dịch vụ điện thoại tự động của Sở An Sinh Xã Hội để nhận thông tin được ghi âm lại và thực hiện một số công việc 24 giờ mỗi ngày.
TTY	1-800-325-0778 Để gọi số này cần phải có điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Mở cửa từ 7:00 a. m. đến 7:00 p. m., Thứ Hai đến Thứ Sáu.
TRANG WEB	www.ssa.gov

PHẦN 6 Medicaid
(một chương trình chung của Liên bang và tiểu bang giúp chi trả chi phí y tế cho một số công dân có thu nhập và nguồn lực hạn chế)

Medicaid là chương trình chung của chính phủ Liên bang và tiểu bang giúp chi trả chi phí y tế cho một số công dân có thu nhập và nguồn lực hạn chế. Một số công dân có Medicare cũng đủ điều kiện nhận Medicaid.

Ngoài ra, có những chương trình được cung cấp thông qua Medicaid giúp cho người có Medicare thanh toán các chi phí Medicare của họ, chẳng hạn như phí bảo hiểm Medicare. Những "Chương trình Tiết kiệm Medicare" (Medicare Savings Programs) này giúp cho các công dân có thu nhập và nguồn lực hạn chế tiết kiệm tiền mỗi năm:

- **Người thụ hưởng Medicare Đủ điều kiện (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Giúp thanh toán phí bảo hiểm Medicare Part A và Part B, và chia sẻ các chi phí khác (như các khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm và đồng thanh toán). (Một số công dân có QMB cũng hội đủ điều kiện nhận đầy đủ phúc lợi Medicaid (QMB+).)
- **Người thụ hưởng Medicare có Thu nhập Thấp được Chỉ định (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Giúp thanh toán phí bảo hiểm Part B. (Một số công dân có SLMB cũng hội đủ điều kiện nhận đầy đủ phúc lợi Medicaid (SLMB+).)

- **Cá nhân Đủ điều kiện (Qualifying Individual, QI):** Giúp thanh toán phí bảo hiểm Part B.
- **Cá nhân Khuyết tật & Đang làm việc Đủ điều kiện (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** Giúp thanh toán phí bảo hiểm Part A.

Để tìm hiểu thêm về Medicaid và các chương trình của Medicaid, hãy liên hệ với Ủy Ban Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Texas (Texas Health and Human Services Commission).

Phương thức	Ủy Ban Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Texas - Thông Tin Liên Hệ
GỌI ĐIỆN	1-800-252-8263 từ 8:00 a. m. đến 5:00 p. m. theo giờ CST
TTY	1-800-735-2989 Để gọi số này cần phải có điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói.
GỬI THƯ	Brown-Heatly Building 4900 N. Lamar Blvd Austin, TX 78751-2316
TRANG WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip

PHẦN 7 Thông tin về các chương trình giúp mọi người thanh toán thuốc kê toa

Chương trình "Trợ Giúp Bổ Sung" của Medicare

Medicare cung cấp chương trình "Trợ Giúp Bổ Sung" để thanh toán chi phí thuốc kê toa cho công dân có thu nhập và nguồn lực hạn chế. Các nguồn lực bao gồm tiền tiết kiệm và cổ phiếu, nhưng không bao gồm nhà hoặc xe hơi của quý vị. Nếu hội đủ điều kiện, quý vị sẽ được hỗ trợ thanh toán mọi khoản phí bảo hiểm hàng tháng, khoản khấu trừ hàng năm và các khoản đồng thanh toán thuốc kê toa của chương trình thuốc Medicare. Chương trình "Trợ Giúp Bổ Sung" này cũng tính đến chi phí xuất túi của quý vị.

Có một số công dân hiển nhiên đủ điều kiện nhận "Trợ Giúp Bổ Sung" mà không cần phải đăng ký. Medicare sẽ gửi thư cho những người hiển nhiên đủ điều kiện nhận "Trợ Giúp Bổ Sung" này.

Quý vị có thể yêu cầu "Trợ Giúp Bổ Sung" để thanh toán phí bảo hiểm và chi phí thuốc kê toa của mình. Để biết quý vị có đủ điều kiện nhận "Trợ Giúp Bổ Sung" hay không, hãy gọi số:

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

- Văn phòng Sở An Sinh Xã Hội theo số 1-800-772-1213, từ 7:00 a. m. đến 7:00 p. m., Thứ Hai đến Thứ Sáu. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-800-325-0778 (các ứng dụng); hoặc
- Văn phòng Medicaid Tiểu bang của quý vị (các ứng dụng). (Xem Phần 6 của chương này để biết thông tin liên hệ.)

Nếu quý vị nghĩ rằng mình đủ điều kiện nhận "Trợ Giúp Bổ Sung" và quý vị cho rằng mình đang chi trả số tiền chia sẻ chi phí không hợp lý cho toa thuốc tại nhà thuốc, chương trình của chúng tôi đã thiết lập một quy trình cho phép quý vị yêu cầu hỗ trợ thu thập bằng chứng về mức đồng thanh toán phù hợp cho quý vị, hoặc, nếu như quý vị đã có bằng chứng, hãy cung cấp bằng chứng này cho chúng tôi.

- Chương trình sẽ chấp nhận Bằng chứng Tốt nhất Hiện có (Best Available Evidence) về "Trợ Giúp Bổ Sung" tại nhà thuốc hoặc thông qua bộ phận Dịch Vụ Hội Viên. Quý vị sẽ phải xuất trình giấy tờ chứng minh mình đủ điều kiện nhận Medicaid, chẳng hạn như thẻ Medicaid hoặc các giấy tờ khác của tiểu bang cho thấy đủ điều kiện nhận Medicaid hoặc thư hoặc giấy tờ từ Sở An Sinh Xã Hội cho thấy quý vị đủ điều kiện để được "Trợ Giúp Bổ Sung". Nếu quý vị có đủ giấy tờ cần thiết, các khoản đồng thanh toán thuốc của quý vị sẽ được điều chỉnh tại thời điểm bán. Bộ phận Dịch Vụ Hội Viên sẽ cần bản sao các giấy tờ của quý vị để điều chỉnh dài hạn mức đồng thanh toán.
- Khi nhận được bằng chứng về mức đồng thanh toán của quý vị, chúng tôi sẽ cập nhật vào hệ thống của mình để giúp quý vị thanh toán các khoản đồng thanh toán hợp lý cho toa thuốc tiếp theo tại nhà thuốc. Nếu quý vị chi trả vượt quá khoản đồng thanh toán của mình, chúng tôi sẽ hoàn tiền lại cho quý vị. Chúng tôi sẽ chuyển chi phiếu số tiền vượt quá cho quý vị hoặc chúng tôi sẽ bù trừ vào các khoản đồng thanh toán trong tương lai. Nếu nhà thuốc chưa thu khoản đồng thanh toán từ quý vị và đang xử lý khoản đồng thanh toán của quý vị như một khoản nợ, thì chúng tôi có thể thanh toán trực tiếp cho nhà thuốc. Nếu tiểu bang đã thanh toán thay cho quý vị, chúng tôi có thể thanh toán trực tiếp cho tiểu bang. Vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên nếu quý vị có thắc mắc (số điện thoại in ở bìa sau của tập tài liệu này).

Chương Trình Chiết Khấu Khoảng Chờ Bảo Hiểm Medicare (Medicare Coverage Gap Discount Program)

Chương Trình Chiết Khấu Khoảng Chờ Bao Trả Medicare cung cấp khoản chiết khấu của các nhà sản xuất đối với thuốc biệt dược (brand name) dành cho các hội viên đăng ký Part D, đã đạt đến khoảng chờ bao trả và không nhận được "Trợ Giúp Bổ Sung". Đối với thuốc biệt dược, các nhà sản xuất cung cấp khoản chiết khấu 70% cho các chi phí trong khoảng chờ bao trả, không bao gồm phí cấp phát. Các hội viên chi trả 25% giá thương lượng và một phần phí cấp phát thuốc biệt dược.

Nếu quý vị đạt đến khoảng chờ bao trả, chúng tôi sẽ tự động áp dụng chiết khấu khi nhà thuốc của quý vị lập hóa đơn cho toa thuốc và *Bản Giải Thích Phúc Lợi Part D* (EOB Part D) của quý vị sẽ biểu thị các khoản chiết khấu được cung cấp. Cả số tiền quý vị phải trả và số tiền được nhà sản xuất chiết khấu đều được tính vào chi phí xuất túi như thể quý vị đã trả các khoản này và

giúp quý vị vượt qua giai đoạn khoảng chờ bao trả. Số tiền mà chương trình thanh toán (5%) không được tính vào chi phí xuất túi của quý vị.

Quý vị cũng nhận được khoản bao trả một phần cho thuốc thế phẩm (generic). Nếu quý vị đạt đến khoảng chờ bao trả, chương trình thanh toán 75% giá thuốc thế phẩm (generic) và quý vị trả 25% giá còn lại. Đối với thuốc thế phẩm (generic), số tiền mà chương trình thanh toán (75%) không được tính vào chi phí xuất túi của quý vị. Chỉ số tiền quý vị thanh toán mới được tính vào chi phí tự trả và giúp quý vị vượt qua giai đoạn không được bảo hiểm. Ngoài ra, phí cấp phát cũng được tính vào chi phí thuốc.

Chương Trình Chiết Khấu Khoảng Chờ Bao Trả Medicare có hiệu lực trên toàn quốc. Do KelseyCare Advantage Platinum có cung cấp bao trả khoảng chờ bổ sung trong Giai Đoạn Khoảng Chờ Bao Trả, nên chi phí xuất túi của quý vị đôi khi sẽ thấp hơn chi phí được mô tả ở đây. Vui lòng xem Chương 6, Phần 6 để biết thêm thông tin về bảo hiểm của quý vị trong Giai Đoạn Khoảng Chờ Bao Trả.

KelseyCare Advantage Platinum cung cấp bao trả trong khoảng chờ cho Insulin Chọn Lọc. Trong Giai Đoạn Khoảng Chờ Bao Trả, chi phí xuất túi của quý vị cho Select Insulins (Insulin Chọn Lọc) sẽ là khoản đồng thanh toán $30 - $35 cho 30 ngày cung cấp. Vui lòng xem Chương 6, Phần 2.1 để biết thêm thông tin về phạm vi bảo hiểm của quý vị trong Giai đoạn Khoảng Chờ Bao Trả. Lưu ý: Việc chia sẻ chi phí này chỉ áp dụng cho người thụ hưởng không đủ điều kiện tham gia chương trình hỗ trợ thanh toán tiền thuốc ("Trợ Giúp Bổ Sung"). Để biết loại thuốc nào là Insulin Chọn lọc, hãy xem lại Danh sách Thuốc mới nhất mà chúng tôi đã cung cấp dưới dạng bản điện tử. Quý vị có thể xác định Select Insulins (Chọn Insulin) bằng biểu tượng "SI" trong Danh Sách Thuốc. Nếu có thắc mắc về Danh Sách Thuốc, quý vị cũng có thể gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên (Số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Hội Viên được in ở bìa sau của tập tài liệu này).

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về chiết khấu khả dụng cho các loại thuốc quý vị đang dùng hoặc về Chương Trình Chiết Khấu Khoảng Chờ Bao Trả Medicare nói chung, vui lòng liên hệ với Bộ phận Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại in ở bìa sau của tập tài liệu này).

Sẽ như thế nào nếu quý vị được bảo hiểm từ Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Của Tiểu Bang (SPAP)?

Nếu quý vị đã ghi danh Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm của Tiểu bang (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP), hoặc bất kỳ chương trình nào khác có cung cấp bảo hiểm thuốc Part D (ngoài chương trình "Trợ Giúp Bổ Sung"), quý vị vẫn được chiết khấu 70% đối với thuốc biệt dược được bao trả. Ngoài ra, chương trình cũng thanh toán 5% chi phí các loại thuốc biệt dược trong khoảng chờ bao trả. Khoản chiết khấu 70% và 5% do chương trình chi trả đều được áp dụng cho giá thuốc trước khi áp dụng SPAP hoặc chương trình bảo hiểm nào khác.

Sẽ như thế nào nếu quý vị được bảo hiểm từ Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc AIDS (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?
Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc AIDS (ADAP) là gì?

Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc AIDS (ADAP) giúp cho những người đủ điều kiện nhận ADAP sống chung với HIV/AIDS được tiếp cận các loại thuốc điều trị HIV duy trì sự sống. Thuốc theo toa Part D của Medicare cũng được ADAP bao trả khi đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí kê toa từ Chương trình Thuốc HIV Texas (Texas HIV Medication Program, THMP). Lưu ý: Để đủ điều kiện thụ hưởng ADAP tại Tiểu bang của mình, các cá nhân phải đáp ứng các tiêu chí nhất định, bao gồm bằng chứng cư trú tại Tiểu bang và tình trạng nhiễm HIV, thu nhập thấp theo ngưỡng quy định của Tiểu bang và tình trạng không được bảo hiểm/bảo hiểm không đủ.

Nếu quý vị hiện đang ghi danh tham gia ADAP, ADAP có thể sẽ tiếp tục hỗ trợ chia sẻ chi phí kê toa Part D Medicare đối với các thuốc có trong danh mục của ADAP. Để chắc chắn quý vị tiếp tục nhận được sự hỗ trợ này, vui lòng thông báo cho nhân viên ghi danh ADAP tại địa phương của quý vị về bất kỳ thay đổi nào trong tên hoặc số hợp đồng bảo hiểm ở chương trình Medicare Part D của quý vị.

Texas HIV Medication Program (THMP)
P.O. Box 149347, MC 1873, Austin, TX 78714
www.dshs.state.tx.us/hivstd/meds
1-800-255-1090

Để biết thông tin về tiêu chí hội đủ điều kiện, các loại thuốc được bao trả hoặc cách ghi danh chương trình, vui lòng gọi cho Chương trình Thuốc HIV Texas, theo số 1-800-255-1090.

Sẽ như thế nào nếu quý vị được "Trợ Giúp Bổ Sung" từ Medicare giúp thanh toán chi phí thuốc kê toa của mình? Quý vị có được nhận chiết khấu không?

Không. Nếu quý vị đã nhận "Trợ Giúp Bổ Sung" nghĩa là quý vị đã được bao trả chi phí thuốc kê toa của mình trong khoảng chờ bao trả.

Sẽ như thế nào nếu quý vị không được chiết khấu mà quý vị nghĩ rằng mình đáng được?

Nếu quý vị nghĩ rằng mình đã đạt đến khoảng gián đoạn bảo hiểm và không được chiết khấu khi thanh toán thuốc biệt dược, quý vị nên xem lại thông báo *Bản Giải Thích Phúc Lợi Part D* (EOB Part D) tiếp theo của mình. Nếu khoản chiết khấu không xuất hiện trong *Bản Giải Thích Phúc Lợi Part D* của mình, quý vị nên liên hệ với chúng tôi để đảm bảo rằng hồ sơ kê toa của quý vị là chính xác và được cập nhật. Nếu chúng tôi không đồng ý rằng chúng tôi đang nợ quý vị một khoản chiết khấu, quý vị có thể kháng cáo. Quý vị có thể được hỗ trợ nộp đơn kháng cáo từ Chương trình Trợ giúp Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) của mình (số điện thoại có trong Phần 3 của Chương này) hoặc gọi vào số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi 1-877-486-2048.

Các Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm của Tiểu bang

Nhiều tiểu bang có các Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm của Tiểu bang giúp một số công dân thanh toán thuốc kê toa dựa trên nhu cầu tài chính, tuổi tác, tình trạng sức khỏe hoặc tình trạng khuyết tật. Mỗi tiểu bang có các quy tắc riêng khi cung cấp bảo hiểm thuốc cho cư dân của mình.

Phương thức	Chương trình Chăm sóc Sức khỏe Thận Texas (Texas Kidney Health Care Program, KHC) - Thông Tin Liên Hệ
GỌI ĐIỆN	1-800-222-3986 Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8:00 a. m. đến 5:00 p. m.
TTY	711
GỬI THƯ	Kidney Health Care Eligibility Services MC 1938, P.O. Box 149347 Austin, TX 78714-9347
TRANG WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care

PHẦN 8 Cách liên hệ với Ban Hưu Trí Hỏa Xa

Ban Hưu Trí Hỏa Xa là một cơ quan Liên bang độc lập, chuyên quản lý các chương trình phúc lợi toàn diện cho công nhân đường sắt của quốc gia cùng gia đình họ. Nếu quý vị có thắc mắc liên quan đến phúc lợi của mình với Ban Hưu Trí Hỏa Xa, hãy liên hệ với cơ quan này.

Nếu quý vị nhận được Medicare của mình thông qua Ban Hưu Trí Hỏa Xa, thì quý vị nhất thiết phải thông báo cho họ biết nếu quý vị chuyển đi hoặc thay đổi địa chỉ nhận thư của mình.

Phương thức	Ban Hưu Trí Hỏa Xa - Thông Tin Liên Hệ
GỌI ĐIỆN	1-877-772-5772 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Nếu nhấn phím “0”, quý vị có thể nói chuyện với đại diện của RRB từ 9:00 a. m. đến 3:30 p. m. vào Thứ Hai, Thứ Ba, Thứ Năm và Thứ Sáu và từ 9:00 a. m. đến 12:00 p. m. vào Thứ Tư. Nếu nhấn phím “1”, quý vị có thể được chuyển đến Đường dây Hỗ trợ tự động của RRB và thông tin được ghi lại 24 giờ một ngày, kể cả cuối tuần và ngày lễ.
TTY	1-312-751-4701 Để gọi số này cần phải có điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số này *không* miễn phí.
TRANG WEB	rrb.gov/

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

Nếu quý vị (hoặc vợ/chồng quý vị) nhận được phúc lợi từ nhóm chủ lao động của quý vị (hoặc của vợ/chồng quý vị) hoặc nhóm hưu trí như một phần của chương trình này, thì quý vị có thể gọi cho người quản lý phúc lợi của nhóm chủ lao động/nghiệp đoàn hoặc bộ phận Dịch Vụ Hội Viên khi quý vị có bất kỳ thắc mắc nào. Quý vị có thể hỏi về các phúc lợi, phí bảo hiểm hoặc thời gian ghi danh bảo hiểm y tế với nhóm hưu trí hoặc chủ lao động của quý vị (hoặc của vợ/chồng quý vị). (Số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Hội Viên được in ở bìa sau của tập tài liệu này.) Quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) để đặt câu hỏi liên quan đến bảo hiểm Medicare của mình theo chương trình này.

Nếu quý vị có bảo hiểm thuốc kê toa khác thông qua nhóm chủ lao động của quý vị (hoặc của vợ/chồng quý vị) hoặc nhóm hưu trí, vui lòng liên hệ với **người quản lý phúc lợi của nhóm đó**. Người quản lý phúc lợi có thể giúp xác định phương thức bảo hiểm thuốc kê toa hiện tại của quý vị sẽ hoạt động như thế nào với chương trình của chúng tôi.

CHƯƠNG 3

Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các dịch vụ y tế của quý vị

Chương 3. Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các dịch vụ y tế của quý vị

PHẦN 1 Những điều cần biết về việc nhận dịch vụ chăm sóc y tế khi trở thành hội viên trong chương trình của chúng tôi 49

Phần 1.1 "Nhà cung cấp trong mạng lưới" và "dịch vụ được bao trả" là gì?..... 49

Phần 1.2 Các quy tắc cơ bản để nhận dịch vụ chăm sóc y tế được chương trình bao trả..... 49

PHẦN 2 Sử dụng các nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới của chương trình để nhận dịch vụ chăm sóc y tế 51

Phần 2.1 Quý vị phải chọn một Bác Sĩ Chăm Sóc Chính (PCP) để cung cấp và giám sát dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị 51

Phần 2.2 Quý vị có thể được nhận những loại hình chăm sóc y tế nào mà không cần PCP của mình chấp thuận trước?..... 52

Phần 2.3 Cách nhận dịch vụ chăm sóc từ các bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp khác trong mạng lưới 53

Phần 2.4 Cách nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp bên ngoài mạng lưới 54

PHẦN 3 Cách nhận các dịch vụ được bao trả khi quý vị cần cấp cứu hoặc có nhu cầu chăm sóc cấp thiết hoặc trong trường hợp có thảm họa 55

Phần 3.1 Nhận sự chăm sóc khi quý vị cần cấp cứu y tế 55

Phần 3.2 Nhận sự chăm sóc khi quý vị có nhu cầu cấp thiết đối với dịch vụ 57

Phần 3.3 Nhận chăm sóc khi có thảm họa..... 58

PHẦN 4 Sẽ như thế nào nếu quý vị đã thanh toán trực tiếp toàn bộ chi phí cho các dịch vụ được bao trả của mình? 58

Phần 4.1 Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho các dịch vụ được bao trả 58

Phần 4.2 Nếu các dịch vụ không nằm trong diện bao trả của chương trình, quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí 58

PHẦN 5 Các dịch vụ y tế của quý vị được bao trả như thế nào khi quý vị tham gia "nghiên cứu lâm sàng"?..... 59

Phần 5.1 "Nghiên cứu lâm sàng" là gì?..... 59

Phần 5.2 Khi quý vị tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng, việc thanh toán sẽ diễn ra như thế nào? 60

PHẦN 6 Quy tắc nhận dịch vụ chăm sóc được bao trả trong "tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo" 61

Phần 6.1 Tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo là gì? 61

Phần 6.2 Nhận Dịch vụ Chăm sóc Từ Tổ chức Chăm sóc Sức khỏe Phi Y tế Tôn giáo 61

PHẦN 7 Quy tắc sở hữu thiết bị y tế lâu bền 62

Phần 7.1 Quý vị có sở hữu thiết bị y tế lâu bền sau khi đã thanh toán một số khoản nhất định theo chương trình của chúng tôi không? 62

PHẦN 8 Quy tắc Sở hữu Thiết bị Cấp Ôxy, Vật tư và Bảo trì Thiết bị Cấp Ôxy 63

Phần 8.1 Quý vị được hưởng những phúc lợi nào về ôxy? 63

Phần 8.2 Khoản chia sẻ chi phí của quý vị là gì? Khoản chi phí này có thay đổi sau 36 tháng không? 63

Phần 8.3 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị rời khỏi chương trình của mình và quay lại tham gia Original Medicare? 64

PHẦN 1 Những điều cần biết về việc nhận dịch vụ chăm sóc y tế khi trở thành hội viên trong chương trình của chúng tôi

Chương này giải thích những điều quý vị cần biết khi sử dụng chương trình để bao trả các dịch vụ chăm sóc y tế. Nội dung trình bày các định nghĩa về thuật ngữ và giải thích các quy tắc quý vị cần phải tuân theo để nhận được các phương pháp điều trị, các dịch vụ và hình thức chăm sóc y tế khác mà chương trình bao trả.

Để biết chi tiết về dịch vụ chăm sóc y tế nào được chương trình của chúng tôi bao trả và số tiền quý vị chi trả khi nhận dịch vụ chăm sóc này, hãy sử dụng biểu đồ phúc lợi trong chương tiếp theo, Chương 4 (*Sơ Đồ Phúc Lợi Y Tế, hạng mục được bao trả và hạng mục quý vị chi trả*).

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

Sau đây là một số định nghĩa có thể giúp quý vị hiểu cách thức để nhận được sự chăm sóc và các dịch vụ được bao trả khi trở thành hội viên chương trình của chúng tôi:

- **"Nhà cung cấp"** là các bác sĩ và các chuyên viên chăm sóc sức khỏe khác được tiểu bang cấp phép để cung cấp các dịch vụ và chăm sóc y tế. Thuật ngữ "nhà cung cấp" cũng bao gồm bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác.
- **Nhà cung cấp trong mạng lưới** là các bác sĩ và các chuyên viên chăm sóc sức khỏe khác, các nhóm y tế, bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác có thỏa thuận chấp nhận thanh toán của chúng tôi cũng như bất kỳ khoản chia sẻ chi phí nào của quý vị khi thanh toán toàn bộ. Chúng tôi đã thỏa thuận để các nhà cung cấp này cung cấp các dịch vụ được bao trả cho các hội viên trong chương trình của mình. Nhà cung cấp trong mạng lưới sẽ lập hóa đơn trực tiếp cho chúng tôi về các dịch vụ chăm sóc mà họ cung cấp cho quý vị. Khi gặp một nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị chỉ phải trả phần chia sẻ chi phí của mình cho các dịch vụ mà họ cung cấp.
- **"Dịch vụ được bao trả"** bao gồm tất cả các dịch vụ chăm sóc y tế, chăm sóc sức khỏe, vật tư và thiết bị được chương trình của chúng tôi bao trả. Các dịch vụ được bao trả cho sự chăm sóc y tế của quý vị được liệt kê trong biểu đồ phúc lợi ở Chương 4.

Phần 1.2 Các quy tắc cơ bản để nhận dịch vụ chăm sóc y tế được chương trình bao trả

Là một chương trình y tế Medicare, KelseyCare Advantage Platinum phải chi trả cho tất cả các dịch vụ được chương trình Original Medicare bao trả và phải tuân theo các quy tắc bảo hiểm của Original Medicare.

KelseyCare Advantage Platinum thường sẽ bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị miễn là:

- **Dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được có trong Sơ Đồ Phúc Lợi Y Tế của chương trình** (biểu đồ này nằm ở Chương 4 của tập tài liệu này).
- **Dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được được xem là cần thiết về mặt y khoa.** "Cần thiết về mặt y khoa" có nghĩa là các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc cần thiết để phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị cho tình trạng sức khỏe của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp nhận về thực hành y khoa.

- **Quý vị có một bác sĩ chăm sóc chính (PCP) trong mạng lưới, người đang cung cấp và giám sát dịch vụ chăm sóc của quý vị.** Trở thành hội viên chương trình của chúng tôi, quý vị phải chọn một bác sĩ chăm sóc chính trong mạng lưới (để biết thêm thông tin về vấn đề này, hãy xem Phần 2.1 trong chương này).
  - Trong hầu hết các trường hợp, chương trình của chúng tôi phải cung cấp một cho quý vị một sự chấp thuận trước, trước khi quý vị sử dụng các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình, chẳng hạn như bác sĩ chuyên khoa, bệnh viện, cơ sở điều dưỡng lành nghề hoặc cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia. Hoạt động này được coi là cung cấp "sự giới thiệu" cho quý vị. Để biết thêm thông tin về vấn đề này, hãy xem Phần 2.3 của chương này.
  - Không bắt buộc quý vị phải có sự giới thiệu từ PCP của mình đối với các trường hợp cấp cứu hoặc các dịch vụ cấp thiết. Ngoài ra quý vị cũng có thể được nhận một số hình thức chăm sóc khác mà không cần phải có sự chấp thuận trước từ PCP của mình (để biết thêm thông tin về vấn đề này, hãy xem Phần 2.2 của chương này).
- **Quý vị phải nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp trong mạng lưới** (để biết thêm thông tin về vấn đề này, hãy xem Phần 2 trong chương này).

  Trong hầu hết các trường hợp, dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được từ nhà cung cấp bên ngoài mạng lưới (nhà cung cấp không thuộc mạng lưới chương trình của chúng tôi) sẽ không được bao trả. *Sau đây là ba trường hợp ngoại lệ:*
  - Chương trình sẽ thanh toán cho các trường hợp cấp cứu hoặc các dịch vụ cấp thiết mà quý vị nhận được từ một nhà cung cấp bên ngoài mạng lưới. Để biết thêm thông tin về vấn đề này, và để tìm hiểu thế nào là trường hợp cấp cứu hoặc dịch vụ cấp thiết, hãy xem Phần 3 trong chương này.
  - Nếu quý vị cần một dịch vụ chăm sóc y tế mà Medicare yêu cầu chương trình chúng tôi bao trả, nhưng các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi không thể đáp ứng, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc này từ một nhà cung cấp bên ngoài mạng lưới. Quý vị cần phải được chương trình cho phép trước khi tìm kiếm các dịch vụ chăm sóc không khẩn cấp. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chi trả tương đương với chi phí cho dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp trong mạng lưới. Để biết thông tin về việc được chấp thuận cho khám bác sĩ bên ngoài mạng lưới, hãy xem Phần 2.4 trong chương này.

- Chương trình sẽ thanh toán cho các dịch vụ lọc thận mà quý vị nhận được tại một cơ sở lọc máu được Medicare chứng nhận, khi quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình.

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

Phần 2.1 Quý vị phải chọn một Bác Sĩ Chăm Sóc Chính (PCP) để cung cấp và giám sát dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị

"PCP" là gì và PCP làm gì cho quý vị?

- **PCP là gì?** PCP là một bác sĩ trong mạng lưới, người sẽ cung cấp cho quý vị hầu hết các nhu cầu chăm sóc sức khỏe thông thường và giúp quý vị điều phối các nhu cầu y tế khác của mình.
- **Những loại nhà cung cấp nào có thể hoạt động như một PCP?** Thông thường, các bác sĩ Y học Gia đình và Y học Nội khoa trong mạng lưới sẽ hoạt động như một PCP. Đôi khi, một bác sĩ chuyên khoa khác sẽ đồng ý làm PCP cho quý vị, nếu như họ đang quản lý tất cả các dịch vụ chăm sóc của quý vị.
- **Vai trò của PCP trong KelseyCare Advantage Platinum như thế nào?** PCP của quý vị sẽ cung cấp dịch vụ chăm sóc cho các nhu cầu chăm sóc sức khỏe thông thường và hỗ trợ điều phối dịch vụ chăm sóc của quý vị. PCP của quý vị sẽ sắp xếp các cuộc khám sàng lọc sức khỏe dự phòng, chỉ định các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm và các xét nghiệm chẩn đoán khác. PCP của quý vị sẽ điều phối việc chăm sóc lâm sàng của quý vị với các bác sĩ chuyên khoa.
- **Vai trò của PCP trong việc điều phối các dịch vụ được bao trả như thế nào?** PCP của quý vị sẽ giúp quý vị điều phối các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của mình. Điều phối nhu cầu chăm sóc bao gồm hoạt động trao đổi với các nhà cung cấp chương trình của chúng tôi về việc chăm sóc của quý vị và theo dõi bất kỳ phương pháp điều trị nào đang triển khai cho quý vị. PCP của quý vị cũng có thể giúp thu xếp bất kỳ dịch vụ hoặc vật tư được bao trả nào khác mà quý vị có thể cần, chẳng hạn như dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia hoặc thiết bị y tế. Các bác sĩ chuyên khoa cũng có thể giúp quý vị thu xếp các dịch vụ khác.
- **Vai trò của PCP trong việc ra quyết định hoặc xin phép trước, nếu có, như thế nào?** Trong một số trường hợp, PCP của quý vị hoặc nhà cung cấp khác cần phải được sự chấp thuận trước từ Phòng Quản lý Sử dụng Dịch vụ (Utilization Management Department) của chúng tôi cho một số loại dịch vụ hoặc xét nghiệm nhất định (đây gọi là nhận "sự cho phép trước"). Các dịch vụ và khoản mục cần sự cho phép trước được liệt kê trong Chương 4.

Quý vị chọn PCP của mình như thế nào?

Quý vị phải chọn PCP của mình bằng cách xem danh sách các bác sĩ Y học Gia đình và Y học Nội khoa được liệt kê trong *Danh Mục Nhà Cung Cấp* của chương trình và gọi đến số điện thoại chính thức của nhà cung cấp đó để lấy lịch hẹn. Một số PCP sẽ chỉ gặp quý vị nếu quý vị là bệnh nhân hiện tại và đã từng gặp họ trước đó.

Dịch vụ Bác Sĩ Chăm Sóc Chính phải do bác sĩ Y học Gia đình hoặc Y học Nội khoa trong mạng lưới cung cấp.

Thay đổi PCP của quý vị

Quý vị có thể thay đổi PCP của mình vì bất cứ lý do gì, bất cứ lúc nào. Ngoài ra, có thể PCP của quý vị sẽ rời khỏi mạng lưới các nhà cung cấp trong chương trình của chúng tôi và quý vị sẽ phải tìm một PCP mới.

Quý vị có thể thay đổi PCP của mình bất cứ lúc nào bằng cách gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên.

Phần 2.2 Quý vị có thể được nhận những loại hình chăm sóc y tế nào mà không cần PCP của mình chấp thuận trước?

Quý vị có thể nhận các dịch vụ được liệt kê sau đây mà không cần được PCP của mình chấp thuận trước.

- Chăm sóc sức khỏe phụ nữ định kỳ, bao gồm khám vú, chụp nhũ ảnh tầm soát (chụp X-quang vú), xét nghiệm Pap và khám vùng chậu, miễn là quý vị nhận các dịch vụ đó từ một nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Tiêm ngừa bệnh cúm, tiêm ngừa COVID-19, tiêm ngừa Viêm gan B và tiêm ngừa viêm phổi, miễn là quý vị nhận các dịch vụ đó từ một nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Dịch vụ cấp cứu từ các nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc từ các nhà cung cấp bên ngoài mạng
- Các dịch vụ cấp thiết từ các nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc từ các nhà cung cấp bên ngoài mạng lưới khi các nhà cung cấp trong mạng lưới tạm thời không có mặt hoặc không thể tiếp cận được (ví dụ: khi quý vị tạm thời đang ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình)
- Dịch vụ lọc thận mà quý vị nhận được tại một cơ sở lọc máu được Medicare chứng nhận, khi quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình. (Nếu được, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên trước khi quý vị rời khỏi khu vực dịch vụ của chương trình để chúng tôi giúp sắp xếp cho quý vị duy trì lọc máu khi quý vị đi xa. Số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Hội Viên được in ở bìa sau của tập tài liệu này.)

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

Bác sĩ chuyên khoa là các bác sĩ cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho một loại bệnh hoặc một bộ phận nhất định của cơ thể. Có nhiều dạng bác sĩ chuyên khoa. Dưới đây là một số ví dụ:

- Bác sĩ chuyên khoa ung thư chăm sóc cho các bệnh nhân mắc bệnh ung thư.
- Bác sĩ chuyên khoa tim mạch chăm sóc cho các bệnh nhân mắc bệnh tim.
- Bác sĩ chuyên khoa chỉnh hình chăm sóc cho bệnh nhân mắc một số bệnh về xương, khớp hoặc cơ.

Vai trò của PCP trong việc giới thiệu hội viên đến khám các bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp dịch vụ khác như thế nào?

Trong một số trường hợp giới thiệu, PCP của quý vị cần phải được chương trình của chúng tôi chấp thuận trước (đây gọi là nhận "Sự cho phép Trước"). Khi có nhu cầu, điều rất quan trọng là phải được sự giới thiệu (cho phép trước/chấp thuận trước) từ PCP của quý vị trước khi quý vị gặp bác sĩ chuyên khoa hoặc một số nhà cung cấp dịch vụ khác của chương trình (có một vài trường hợp ngoại lệ, bao gồm chăm sóc sức khỏe phụ nữ định kỳ mà chúng tôi đã giải thích trước đó trong Phần này). Nếu quý vị không có giấy giới thiệu (cho phép trước/chấp thuận trước) trước khi quý vị nhận các dịch vụ từ một bác sĩ chuyên khoa, thì quý vị có thể phải tự chi trả cho các dịch vụ này.

Nếu bác sĩ chuyên khoa muốn quý vị quay lại để tiếp tục chăm sóc, trước tiên hãy kiểm tra để chắc chắn rằng quý vị nhận được từ sự cho phép từ PCP của mình cho lần khám đầu tiên và nhiều lần sau đó.

PCP của quý vị có thể giới thiệu quý vị đến bất kỳ bác sĩ chuyên khoa nào trong mạng lưới. Nếu muốn gặp một nhà cung cấp cụ thể nào của chương trình, quý vị có thể yêu cầu PCP của mình giới thiệu.

Lưu ý: Không nhất thiết lúc nào quý vị cũng cần giấy giới thiệu để gặp được bác sĩ chuyên khoa hoặc các nhà cung cấp khác nếu họ thuộc cùng Hiệp hội Hành nghề Độc lập (Independent Practice Association, IPA) và/hoặc Tổ chức Nhà cung cấp Địa phương (Local Provider Organization, LPO) với PCP của quý vị. IPA/LPO là nhóm các bác sĩ, bao gồm PCP, bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, bao gồm cả bệnh viện, có ký hợp đồng với chương trình để cung cấp dịch vụ cho hội viên. Hãy hỏi PCP của quý vị xem họ có thuộc IPA/LPO hay không và liệu quý vị có cần giấy giới thiệu để đến gặp các bác sĩ chuyên khoa hoặc các nhà cung cấp khác trong cùng IPA/LPO hay không.

Trước khi thực hiện một số loại dịch vụ nhất định, PCP hoặc bác sĩ chuyên khoa của quý vị cần phải nhận được sự chấp thuận trước (cho phép trước) từ chương trình. Nếu được chấp thuận, sự cho phép trước sẽ cho phép quý vị nhận một dịch vụ cụ thể (hoặc một số dịch vụ cụ thể). Khi quý vị đã nhận đủ số dịch vụ cho phép, PCP hoặc bác sĩ chuyên khoa của quý vị sẽ cần được chương trình chấp thuận bổ sung để tiếp tục điều trị chuyên khoa cho quý vị. Hãy xem Sơ Đồ

Phúc Lợi Y Tế trong Chương 4 Phần 2.1 để biết những dịch vụ nào cần có sự cho phép trước, và luôn đề nghị nhà cung cấp của quý vị xác nhận với chương trình nếu quý vị không chắc chắn.

Sẽ như thế nào nếu một bác sĩ chuyên khoa hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới rời khỏi chương trình của chúng tôi?

Chúng tôi có thể thay đổi bệnh viện, bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa (các nhà cung cấp) thuộc chương trình của quý vị trong năm. Có rất nhiều lý do khiến nhà cung cấp rời khỏi chương trình, nhưng nếu bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa của quý vị thực sự rời khỏi chương trình, thì quý vị sẽ có một số quyền và sự bảo vệ được tóm tắt sau đây:

- Mặc dù chúng tôi có thể thay đổi các nhà cung cấp thuộc mạng lưới của mình trong năm, nhưng Medicare yêu cầu chúng tôi phải sắp xếp để đảm bảo quý vị không bị gián đoạn khả năng tiếp cận với các bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa có chất lượng.
- Bất cứ khi nào có thể, chúng tôi sẽ thông báo trước cho quý vị ít nhất 30 ngày về việc nhà cung cấp của quý vị sẽ rời khỏi chương trình của chúng tôi để quý vị có thời gian lựa chọn một nhà cung cấp mới.
- Chúng tôi sẽ hỗ trợ quý vị chọn ra một nhà cung cấp mới có chất lượng để tiếp tục quản lý các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Nếu đang trong quá trình điều trị y tế, quý vị có quyền yêu cầu và chúng tôi sẽ hợp tác với quý vị để đảm bảo rằng các điều trị cần thiết về mặt y khoa mà quý vị đang nhận sẽ không bị gián đoạn.
- Nếu quý vị cảm thấy chúng tôi đã không cung cấp cho quý vị một nhà cung cấp có chất lượng để thay thế nhà cung cấp trước hoặc hoạt động chăm sóc cho quý vị không được quản lý một cách phù hợp, quý vị có quyền gửi kháng cáo quyết định của chúng tôi.
- Nếu quý vị biết bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa của mình sắp rời khỏi chương trình, xin hãy liên hệ để chúng tôi hỗ trợ quý vị tìm một nhà cung cấp mới giúp quản lý hoạt động chăm sóc cho quý vị.

Vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 713-442-CARE (2273) hoặc số điện thoại miễn phí 1-866-535-8343 để biết thêm thông tin. (Người dùng TTY vui lòng gọi 711.) Giờ làm việc từ 8:00 a. m. đến 8:00 p. m. theo giờ địa phương, bảy ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 - ngày 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 – ngày 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, giờ làm việc là 8:00 a. m. đến 8:00 p. m., giờ địa phương. Dịch vụ nhắn tin được sử dụng vào cuối tuần, sau giờ làm việc và vào các ngày lễ liên bang.

Phần 2.4 Cách nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp bên ngoài mạng lưới

Nói chung, quý vị phải nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp trong mạng lưới. Trong hầu hết các trường hợp, dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được từ nhà cung cấp bên ngoài mạng lưới (nhà

cung cấp không thuộc mạng lưới chương trình của chúng tôi) sẽ không được bao trả. Sau đây là ba trường hợp ngoại lệ:

- Chương trình sẽ thanh toán cho các trường hợp cấp cứu hoặc các dịch vụ cấp thiết mà quý vị nhận được từ một nhà cung cấp bên ngoài mạng lưới. Để biết thêm thông tin về vấn đề này, và để tìm hiểu thế nào là trường hợp cấp cứu hoặc dịch vụ cấp thiết, hãy xem Phần 3 trong chương này.
- Chương trình sẽ thanh toán cho dịch vụ lọc máu nếu quý vị mắc ESRD và hiện không có mặt trong khu vực dịch vụ của chương trình, đồng thời quý vị không thể đi đến một nhà cung cấp đã ký hợp đồng. Phúc lợi này chỉ có hiệu lực trong phạm vi Hoa Kỳ.
- Nếu quý vị cần một dịch vụ chăm sóc y tế mà Medicare yêu cầu chương trình chúng tôi bao trả, nhưng các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi không thể đáp ứng, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc này từ một nhà cung cấp bên ngoài mạng lưới. Quý vị cần phải được chương trình cho phép trước khi tìm kiếm các dịch vụ chăm sóc không khẩn cấp từ một nhà cung cấp bên ngoài mạng lưới. Trong trường hợp được chấp thuận, quý vị sẽ chi trả tương đương với chi phí cho dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp trong mạng lưới.

PHẦN 3 Cách nhận các dịch vụ được bao trả khi quý vị cần cấp cứu hoặc có nhu cầu chăm sóc cấp thiết hoặc trong trường hợp có thảm họa

Phần 3.1 Nhận sự chăm sóc khi quý vị cần cấp cứu y tế

"Cấp cứu y tế" là gì và quý vị nên làm gì nếu cần cấp cứu?

"Cấp cứu y tế" là khi quý vị, hoặc một người không có chuyên môn nào khác, có hiểu biết vừa phải về sức khỏe và y học, thấy rằng quý vị có các triệu chứng sức khỏe cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để tránh mất mạng, mất chi hoặc mất chức năng của chi. Các triệu chứng y tế có thể là bệnh tật, chấn thương, đau dữ dội hoặc tình trạng sức khỏe xấu đi nhanh chóng.

Nếu quý vị gặp phải trường hợp cấp cứu y tế:

- **Hãy tìm kiếm sự trợ giúp nhanh nhất có thể.** Gọi 911 để được hỗ trợ hoặc đến phòng cấp cứu hay bệnh viện gần nhất. Gọi xe cấp cứu nếu cần thiết. Quý vị *không* cần phải được PCP của mình giới thiệu trước.
- **Ngay khi có thể, hãy thông báo cho chương trình của chúng tôi về trường hợp cấp cứu của quý vị.** Chúng tôi cần theo dõi hoạt động chăm sóc cấp cứu của quý vị. Quý vị hoặc ai đó vui lòng gọi để thông báo cho chúng tôi về trường hợp chăm sóc cấp cứu của quý vị, thường là trong vòng 48 giờ. Hãy gọi vào số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Hội Viên ở mặt sau thẻ hội viên của quý vị hoặc ở bìa sau của tài liệu này.

Phạm vi bảo hiểm khi quý vị được cấp cứu y tế:

Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu được bao trả ở mọi nơi, mọi lúc trong vùng lãnh

thổ của Hoa Kỳ. Hoạt động chăm sóc cấp cứu trên toàn thế giới cũng được bao trả. Chương trình của chúng tôi bao trả các dịch vụ xe cấp cứu trong các tình huống mà việc đến phòng cấp cứu bằng phương tiện khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của quý vị. Để biết thêm thông tin, hãy xem Sơ Đồ Phúc Lợi Y Tế trong Chương 4 của tập tài liệu này.

Chương trình KelseyCare Advantage Platinum cung cấp bảo hiểm cấp cứu trên toàn thế giới. Quý vị có thể được chăm sóc cấp cứu bên ngoài lãnh thổ Hoa Kỳ. Chăm sóc cấp cứu là hoạt động thăm khám tại phòng cấp cứu, nhập viện khẩn cấp và di chuyển bằng xe cấp cứu đến phòng cấp cứu. Thông thường, chương trình không thanh toán chi phí vận chuyển trở lại Hoa Kỳ sau khi chăm sóc cấp cứu ở nước ngoài. Chương trình sẽ thanh toán tối đa 100% số tiền mà Medicare cho phép đối với các dịch vụ triển khai ở Hoa Kỳ, trừ đi các khoản đồng thanh toán và đồng bảo hiểm. Một số nhà cung cấp, chẳng hạn như tàu du lịch, sẽ tính phí cao hơn rất nhiều so với Medicare, nên quý vị có thể có chi phí xuất túi nhiều hơn. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cấp cứu bên ngoài Hoa Kỳ có thể yêu cầu quý vị trả tiền cho hoạt động chăm sóc tại thời điểm thực hiện dịch vụ. Do đó quý vị cần phải nộp lại biên lai và bất kỳ thông tin y tế nào khác cho chương trình để được thanh toán. Chúng tôi không bảo hiểm trên toàn thế giới cho các dịch vụ chăm sóc ngoài phòng cấp cứu hoặc viện cấp cứu. Cũng không bảo hiểm cho các loại thuốc được mua khi ở bên ngoài Hoa Kỳ. Để biết thêm thông tin, vui lòng tham khảo Chương 4 của tập tài liệu này.

Nếu quý vị đang được cấp cứu, chúng tôi sẽ trao đổi với các bác sĩ đang cấp cứu cho quý vị để giúp quản lý và theo dõi hoạt động chăm sóc của quý vị. Bác sĩ đang cấp cứu cho quý vị là người quyết định thời điểm sức khỏe của quý vị ổn định và hoạt động cấp cứu y tế kết thúc.

Sau khi cấp cứu xong, quý vị có quyền được chăm sóc theo dõi để đảm bảo sức khỏe của quý vị tiếp tục ổn định. Chương trình của chúng tôi sẽ chi trả cho hoạt động chăm sóc theo dõi của quý vị. Nếu hoạt động chăm sóc cấp cứu cho quý vị được thực hiện thông qua các nhà cung cấp bên ngoài mạng lưới, thì chúng tôi sẽ cố gắng thu xếp để các nhà cung cấp trong mạng lưới tiếp nhận hoạt động chăm sóc cho quý vị ngay khi tình hình sức khỏe của quý vị và hoàn cảnh cho phép.

Nếu đó không phải là trường hợp cấp cứu y tế thì sao?

Đôi khi rất khó để xác định liệu quý vị có đang gặp phải trường hợp cấp cứu y tế hay không. Ví dụ, quý vị có thể đến cấp cứu vì nghĩ rằng sức khỏe của mình đang có vấn đề nghiêm trọng, nhưng sau đó bác sĩ nói rằng đó không phải là một trường hợp cấp cứu y tế. Dù đó không phải là trường hợp cấp cứu, nhưng nếu quý vị cho rằng sức khỏe của mình đang gặp nguy hiểm nghiêm trọng, thì chúng tôi cũng sẽ chi trả cho hoạt động chăm sóc của quý vị.

Tuy nhiên, sau khi bác sĩ nói rằng đó *không* phải là trường hợp cấp cứu, thì chúng tôi sẽ *chỉ* bao trả cho hoạt động chăm sóc bổ sung nếu quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc bổ sung theo một trong hai cách sau:

- Quý vị đến nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới để được chăm sóc bổ sung.

- - *hoặc* - Dịch vụ chăm sóc bổ sung mà quý vị đã nhận, được coi là "dịch vụ cấp thiết" và quý vị làm đúng theo quy tắc để nhận dịch vụ cấp thiết này (để biết thêm thông tin về vấn đề này, hãy xem Phần 3.2 bên dưới).

Phần 3.2 Nhận sự chăm sóc khi quý vị có nhu cầu cấp thiết đối với dịch vụ

"Dịch vụ cấp thiết" là gì?

"Dịch vụ cấp thiết" là những bệnh tật, thương tích không lường trước, không phải là cấp cứu, hoặc tình trạng cần được chăm sóc y tế ngay lập tức. Dịch vụ cấp thiết có thể được các nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc nhà cung cấp ngoài mạng lưới cung cấp khi các nhà cung cấp trong mạng lưới tạm thời không có mặt hoặc không tiếp cận được. Ví dụ về tình trạng không lường trước được có thể là sự bùng phát bất ngờ của một triệu chứng đã biết mà quý vị đang mắc phải.

Sẽ như thế nào nếu quý vị đang ở trong khu vực dịch vụ của chương trình và quý vị có nhu cầu chăm sóc cấp thiết?

Quý vị phải cố gắng tìm đến các dịch vụ cấp thiết từ các nhà cung cấp trong mạng lưới. Tuy nhiên, nếu như các nhà cung cấp tạm thời không có mặt hoặc không thể tiếp cận được và việc chờ nhận sự chăm sóc từ nhà cung cấp trong mạng lưới khi mạng lưới sẵn sàng là điều bất hợp lý, thì chúng tôi sẽ bao trả các dịch vụ cấp thiết mà quý vị nhận được từ nhà cung cấp bên ngoài mạng lưới.

Để biết thông tin về các trung tâm chăm sóc khẩn cấp trong mạng lưới của chương trình, hãy tham khảo *Danh Mục Nhà Cung Cấp* đăng trên www.kelseycareadvantage.com hoặc liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên. (Số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Hội Viên được in ở bìa sau của tập tài liệu này.) Nếu có thắc mắc về các dịch vụ chăm sóc cấp thiết sau giờ làm việc, quý vị có thể gọi đến trung tâm liên lạc 24 giờ của Phòng khám Kelsey-Seybold (Kelsey-Seybold Clinic) theo số 713-442-0000 để trao đổi với y tá đã đăng ký (registered nurse) hoặc bác sĩ đã nhắn tin.

Sẽ như thế nào nếu quý vị đang ở <u>ngoài</u> khu vực dịch vụ của chương trình và quý vị có nhu cầu chăm sóc cấp thiết?

Khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ và không thể nhận được dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp trong mạng lưới, chương trình của chúng tôi sẽ bao trả cho các dịch vụ cấp thiết mà quý vị nhận được từ bất kỳ nhà cung cấp nào.

Chương trình của chúng tôi bao trả cho các dịch vụ cấp cứu trên toàn thế giới bên ngoài Hoa Kỳ trong các trường hợp sau đây, như đã nêu trong phần trước (Phần 3.1) của chương này.

Phần 3.3 Nhận chăm sóc khi có thảm 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 ban bố tình trạng thảm họa hoặc tình trạng khẩn cấp trong khu vực địa lý của quý vị, thì quý vị vẫn có quyền được nhận chăm sóc từ chương trình của mình.

Vui lòng truy cập vào trang web sau: https://www.kelseycareadvantage.com/medicare-compliance/emergency-notices để biết thông tin về cách để nhận được sự chăm sóc cần thiết trong tình trạng thảm họa..

Nói chung, nếu quý vị không thể sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới trong thời gian xảy ra thảm họa, thì chương trình của quý vị sẽ cho phép quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp bên ngoài mạng lưới với mức chia sẻ chi phí tương đương. Nếu không thể đến nhà thuốc trong mạng lưới khi xảy ra thảm họa, quý vị có thể mua thuốc kê toa tại một nhà thuốc bên ngoài mạng lưới. Vui lòng xem Chương 5, Phần 2.5 để biết thêm thông tin.

PHẦN 4 Sẽ như thế nào nếu quý vị đã thanh toán trực tiếp toàn bộ chi phí cho các dịch vụ được bao trả của mình?

Phần 4.1 Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho các dịch vụ được bao trả

Nếu quý vị đã thanh toán nhiều hơn phần của mình cho các dịch vụ được bao trả, hoặc nếu quý vị đã nhận hóa đơn cho toàn bộ chi phí của các dịch vụ y tế được bao trả, hãy chuyển đến Chương 7 (*Yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn quý vị đã nhận cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả*) để biết thông tin về những việc cần làm.

Phần 4.2 Nếu các dịch vụ không nằm trong diện bao trả của chương trình, quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí

KelseyCare Advantage Platinum bao trả tất cả các dịch vụ cần thiết về mặt y khoa, những dịch vụ này được liệt kê trong Sơ Đồ Phúc Lợi Y Tế của chương trình (trong Chương 4 của tập tài liệu này), và được cung cấp theo các quy tắc của chương trình. Quý vị chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí cho các dịch vụ không được chương trình bao trả, vì chúng không phải là dịch vụ nằm trong phạm vi bảo hiểm của chương trình hoặc chúng do mạng lưới bên ngoài cung cấp khi chưa được phép.

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về việc liệu chúng tôi có thanh toán cho các dịch vụ hoặc sự chăm sóc y tế mà quý vị đang cân nhắc hay không, thì quý vị có quyền hỏi chúng tôi trước khi nhận dịch vụ hoặc sự chăm sóc đó. Quý vị cũng có quyền hỏi vấn đề này bằng văn bản. Nếu chúng tôi trả lời sẽ không chi trả cho các dịch vụ của quý vị, thì quý vị có quyền kháng cáo quyết định của chúng tôi về việc không chi trả đó.

Chương 9 (*Quy trình tiến hành khi quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)*) trình bày thêm thông tin về những việc cần làm nếu quý vị muốn có quyết định bảo hiểm từ chúng tôi hoặc muốn kháng cáo quyết định mà chúng tôi đã đưa ra. Quý vị cũng có thể gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên để biết thêm thông tin (số điện thoại in ở bìa sau của tập tài liệu này).

Đối với các dịch vụ được bao trả có giới hạn phúc lợi, quý vị thanh toán toàn bộ chi phí của bất kỳ dịch vụ nào nhận được sau khi đã sử dụng hết phúc lợi của mình cho loại dịch vụ được bao trả đó. Chi phí quý vị phải trả sau khi đạt đến giới hạn phúc lợi sẽ không được tính vào số tiền xuất túi tối đa của quý vị. Quý vị có thể gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên khi muốn biết quý vị đã sử dụng bao nhiêu phần trong giới hạn phúc lợi của mình.

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

Phần 5.1 "Nghiên cứu lâm sàng" là gì?

Nghiên cứu lâm sàng (còn được gọi là "thử nghiệm lâm sàng") là phương pháp để các bác sĩ và nhà khoa học thử nghiệm các loại hình chăm sóc y tế mới, ví dụ như mức độ đáp ứng của một loại thuốc ung thư mới. Họ thử nghiệm các quy trình chăm sóc y tế hoặc các loại thuốc mới thông qua sự hỗ trợ của các tình nguyện viên tham gia nghiên cứu. Loại nghiên cứu này là một trong những công đoạn cuối cùng của quá trình nghiên cứu, giúp các bác sĩ và nhà khoa học xét xem liệu phương pháp mới có hiệu quả và an toàn hay không.

Không phải nghiên cứu lâm sàng nào hội viên chương trình cũng có thể tham gia. Trước tiên, nghiên cứu cần được Medicare chấp thuận. Nếu quý vị tham gia vào một nghiên cứu mà *không* được Medicare chấp thuận, *quý vị sẽ chịu trách nhiệm thanh toán mọi chi phí cho việc tham gia vào nghiên cứu đó.*

Sau khi Medicare chấp thuận nghiên cứu, thành viên nhóm nghiên cứu sẽ liên hệ với quý vị để giải thích thêm về nghiên cứu đó và xét xem liệu quý vị có đáp ứng các yêu cầu do các nhà khoa học đang tiến hành nghiên cứu đặt ra hay không. Quý vị có thể tham gia vào nghiên cứu miễn là quý vị đáp ứng các yêu cầu của nghiên cứu đó *và* quý vị đã hiểu cặn kẽ cũng như chấp nhận các vấn đề có liên quan khi quý vị tham gia vào nghiên cứu.

Nếu quý vị tham gia vào một nghiên cứu được Medicare chấp thuận, Original Medicare sẽ chi trả hầu hết các chi phí cho các dịch vụ được bao trả mà quý vị nhận được khi tham gia nghiên cứu. Khi đang tham gia một nghiên cứu lâm sàng, quý vị vẫn có thể duy trì tham gia chương trình của chúng tôi và tiếp tục được nhận các dịch vụ chăm sóc còn lại của mình (dịch vụ chăm sóc không liên quan đến nghiên cứu) thông qua chương trình của chúng tôi.

Nếu muốn tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng đã được Medicare chấp thuận, quý vị *không* phải cần đến sự chấp thuận của chúng tôi hoặc PCP của quý vị. Các nhà cung cấp mang đến dịch

vụ chăm sóc cho quý vị trong quá trình tham gia nghiên cứu lâm sàng *không* nhất thiết phải thuộc mạng lưới chương trình chúng tôi.

Mặc dù không cần phải xin phép chương trình khi tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng, nhưng **quý vị cũng cần thông báo cho chúng tôi trước khi bắt đầu tham gia**.

Nếu quý vị có ý định tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng, hãy liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại in ở bìa sau của tập tài liệu này) để thông báo về việc tham gia đó và để tìm hiểu chi tiết về những hạng mục sẽ được chương trình chi trả.

Phần 5.2 Khi quý vị tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng, việc thanh toán sẽ diễn ra như thế nào?

Khi tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng được Medicare chấp thuận, quý vị sẽ được bao trả cho các khoản mục và dịch vụ thông thường mà quý vị nhận được trong quá trình nghiên cứu, bao gồm:

- Tiền ăn ở cho thời gian nằm viện mà Medicare sẽ thanh toán, ngay cả khi quý vị không tham gia vào nghiên cứu.
- Phẫu thuật hoặc thủ thuật y tế khác khi tham gia nghiên cứu.
- Điều trị các tác dụng phụ và biến chứng của phương pháp chăm sóc mới.

Original Medicare thanh toán hầu hết chi phí của các dịch vụ được bao trả mà quý vị nhận được khi tham gia nghiên cứu. Sau khi Medicare thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình cho các dịch vụ này, chương trình của chúng tôi cũng sẽ thanh toán một phần chi phí. Chúng tôi sẽ thanh toán khoản chênh lệch giữa phần chia sẻ chi phí của quý vị trong Original Medicare và phần chia sẻ chi phí của quý vị với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi. Điều này có nghĩa là quý vị sẽ chi trả chi phí cho các dịch vụ quý vị nhận được khi tham gia nghiên cứu tương đương với số tiền phải trả nếu quý vị nhận các dịch vụ này từ chương trình của chúng tôi.

> *Sau đây là một ví dụ về phương thức chia sẻ chi phí:* Giả sử quý vị làm một xét nghiệm trong phòng thí nghiệm trị giá $100 khi tham gia nghiên cứu. Và giả sử phần chia sẻ chi phí của quý vị cho xét nghiệm này là $20 theo Original Medicare, nhưng phần chia sẻ chi phí cho xét nghiệm này là $10 theo phúc lợi của chương trình của chúng tôi. Trong trường hợp này, Original Medicare sẽ trả $80 cho xét nghiệm và chúng tôi sẽ trả thêm $10. Điều này có nghĩa là quý vị sẽ trả $10, bằng với số tiền quý vị sẽ trả theo các phúc lợi của chương trình chúng tôi.

Để được chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình, quý vị cần phải gửi yêu cầu thanh toán. Kèm theo yêu cầu, quý vị cần gửi cho chúng tôi một bản sao Thông báo Tóm tắt về Medicare (Medicare Summary Notices) của quý vị hoặc chứng từ khác cho biết những dịch vụ quý vị đã nhận được khi tham gia nghiên cứu và số tiền còn nợ. Vui lòng xem Chương 7 để biết thêm thông tin về việc gửi yêu cầu thanh toán.

Khi quý vị tham gia vào công trình nghiên cứu lâm sàng, **Medicare hoặc chương trình của chúng tôi sẽ không thanh toán cho bất kỳ chi phí nào sau đây:**

- Nhìn chung, Medicare sẽ *không* thanh toán cho vật dụng hoặc dịch vụ mới mà nghiên cứu đang thử nghiệm nếu Medicare không bao trả vật dụng hoặc dịch vụ đó ngay cả khi quý vị *không* tham gia vào một nghiên cứu.
- Các vật dụng và dịch vụ được nghiên cứu cung cấp miễn phí cho quý vị hoặc bất kỳ người tham gia nào.
- Các vật dụng hoặc dịch vụ được cung cấp chỉ để thu thập dữ liệu chứ không phải dùng để trực tiếp chăm sóc sức khỏe cho quý vị. Ví dụ, Medicare sẽ không thanh toán cho các lần chụp CT hàng tháng như một phần của nghiên cứu nếu bệnh trạng của quý vị thường chỉ cần một lần chụp CT.

Quý vị muốn biết thêm thông tin?

Quý vị có thể biết thêm thông tin về việc tham gia công trình nghiên cứu lâm sàng bằng cách truy cập trang web của Medicare hoặc tải xuống ấn phẩm "Medicare and Clinical Research Studies" (Medicare và Các Công trình Nghiên cứu Lâm sàng). (Ấn phẩm có tại: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.)

Quý vị cũng có thể gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY nên gọi 1-877-486-2048.

PHẦN 6 Quy tắc nhận dịch vụ chăm sóc được bao trả trong "tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo"

Phần 6.1 Tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo là gì?

Tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo là cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc cho tình trạng thường sẽ được điều trị trong bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Nếu việc nhận dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn đi ngược lại với niềm tin tôn giáo của hội viên, thay vào đó, chúng tôi sẽ bao trả cho dịch vụ chăm sóc tại tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo. Quý vị có thể chọn dịch vụ chăm sóc y tế bất kỳ lúc nào vì bất kỳ lý do nào. Phúc lợi này chỉ được cung cấp cho dịch vụ nội trú Part A (các dịch vụ chăm sóc sức khỏe phi y tế). Medicare sẽ chỉ thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe phi y tế được các tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo cung cấp.

Phần 6.2 Nhận Dịch vụ Chăm sóc Từ Tổ chức Chăm sóc Sức khỏe Phi Y tế Tôn giáo

Để nhận dịch vụ chăm sóc từ tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo, quý vị phải ký vào tài liệu pháp lý cho biết quý vị phản đối một cách sáng suốt việc nhận dịch vụ điều trị y tế "không loại trừ".

- Dịch vụ chăm sóc hoặc điều trị y tế "không loại trừ" là bất kỳ dịch vụ chăm sóc hoặc điều trị y tế nào *tự nguyện* và *không bắt buộc* theo bất kỳ luật nào của liên bang, tiểu bang hoặc địa phương.
- Điều trị y tế "loại trừ" là dịch vụ chăm sóc hoặc điều trị y tế mà quý vị nhận được *không* tự nguyện hoặc *bị bắt buộc* theo pháp luật của liên bang, tiểu bang hoặc địa phương.

Để được chương trình của chúng tôi bao trả, dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được từ tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo phải đáp ứng các điều kiện sau đây:

- Cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc phải được Medicare chứng nhận.
- Đối với các dịch vụ quý vị nhận được, khoản bao trả của chương trình chúng tôi giới hạn ở các khía cạnh *phi tôn giáo* của dịch vụ chăm sóc.
- Nếu quý vị nhận được các dịch vụ do tổ chức này cung cấp tại cơ sở, các điều kiện sau đây sẽ áp dụng:
  - Quý vị phải có một bệnh trạng cho phép quý vị nhận các dịch vụ được bao trả đối với dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện dành cho bệnh nhân nội trú hoặc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn.
  - – *và* – quý vị phải được chương trình của chúng tôi phê duyệt trước khi quý vị được nhận vào cơ sở đó, nếu không, thời gian quý vị lưu trú tại cơ sở đó sẽ không được bao trả.

Các giới hạn bao trả dành cho Bệnh viện Nội trú hoặc Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Môn được áp dụng tùy thuộc vào loại dịch vụ chăm sóc được cung cấp. Xem bảng phúc lợi trong Chương 4 để biết thêm thông tin.

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

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

Thiết bị y tế lâu bền (Durable medical equipment, DME) bao gồm các vật dụng như vật tư và thiết bị cấp ôxy, xe lăn, khung tập đi, hệ thống nệm chạy điện, nạng, vật dụng cho bệnh nhân tiểu đường, thiết bị phát âm, bơm truyền tĩnh mạch, máy xông khí dung và giường bệnh theo chỉ định của nhà cung cấp để sử dụng tại nhà. Một số vật dụng như bộ phận giả luôn thuộc sở hữu của hội viên. Trong mục này, chúng tôi thảo luận về các loại DME khác mà quý vị phải thuê.

Trong Original Medicare, những người thuê một số loại DME được sở hữu thiết bị đó sau khi trả khoản đồng thanh toán cho vật dụng đó trong 13 tháng. Tuy nhiên, với tư cách là hội viên trong KelseyCare Advantage Platinum, quý vị thường không có quyền sở hữu các vật dụng DME đã thuê cho dù quý vị đã chi trả khoản đồng thanh toán bao nhiêu lần cho vật dụng đó đi chăng nữa khi còn là hội viên trong chương trình của chúng tôi. Trong một số ít trường hợp, chúng tôi sẽ

chuyển giao quyền sở hữu vật dụng DME cho quý vị. Vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại được in ở bìa sau của tập tài liệu này) để tìm hiểu về các yêu cầu quý vị phải đáp ứng và giấy tờ quý vị cần phải cung cấp.

Điều gì xảy ra với các khoản thanh toán quý vị đã thực hiện cho thiết bị y tế lâu bền nếu quý vị chuyển sang Original Medicare?

Nếu quý vị chưa có quyền sở hữu vật dụng DME trong thời gian quý vị tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ phải thực hiện 13 lần thanh toán liên tiếp mới cho vật dụng đó sau khi quý vị chuyển sang chương trình Original Medicare thì quý vị mới có được quyền sở hữu vật dụng đó. Số tiền mà quý vị đã thanh toán khi còn tham gia chương trình của chúng tôi không được tính vào 13 lần thanh toán liên tiếp này.

Nếu quý vị đã thực hiện ít hơn 13 lần thanh toán cho vật dụng DME theo Original Medicare *trước khi* tham gia chương trình của chúng tôi thì những lần thanh toán trước đó của quý vị cũng không được tính vào 13 lần thanh toán liên tiếp này. Quý vị sẽ phải thực hiện 13 lần thanh toán liên tiếp mới sau khi quý vị quay lại chương trình Original Medicare thì quý vị mới có được quyền sở hữu vật dụng đó. Không có ngoại lệ cho trường hợp này khi quý vị quay lại Original Medicare.

PHẦN 8 Quy tắc Sở hữu Thiết bị Cấp Ôxy, Vật tư và Bảo trì Thiết bị Cấp Ôxy

Phần 8.1 Quý vị được hưởng những phúc lợi nào về ôxy?

Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn được nhận bảo hiểm thiết bị cung cấp ôxy của Medicare, miễn là quý vị vẫn trong thời gian ghi danh tham gia chương trình, KelseyCare Advantage Platinum sẽ bao trả:

- Chi phí thuê thiết bị cấp ôxy
- Cung cấp ôxy và hàm lượng ôxy
- Ống dẫn và phụ kiện cung cấp ôxy liên quan để cung cấp ôxy và hàm lượng ôxy
- Bảo trì và sửa chữa thiết bị cấp ôxy

Nếu quý vị rời khỏi KelseyCare Advantage Platinum hoặc về mặt y tế không còn cần thiết bị cấp ôxy, thì quý vị phải trả lại thiết bị cấp ôxy cho chủ sở hữu.

Phần 8.2 Khoản chia sẻ chi phí của quý vị là gì? Khoản chi phí này có thay đổi sau 36 tháng không?

Khoản chia sẻ chi phí của quý vị đối với bảo hiểm thiết bị cấp ôxy của Medicare là 20% khoản đồng bảo hiểm trong mạng lưới mỗi tháng.

Khoản chia sẻ chi phí của quý vị sẽ không thay đổi sau khi quý vị đã ghi danh được 36 tháng vào KelseyCare Advantage Platinum.

Nếu trước khi ghi danh vào KelseyCare Advantage Platinum, quý vị đã thanh toán 36 tháng tiền thuê đối với bảo hiểm thiết bị cấp ôxy, thì khoản chia sẻ chi phí của quý vị trong KelseyCare Advantage Platinum là 20% khoản đồng bảo hiểm trong mạng lưới.

Phần 8.3 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị rời khỏi chương trình của mình và quay lại tham gia Original Medicare?

Nếu quý vị quay lại tham gia Original Medicare, quý vị sẽ bắt đầu một chu kỳ mới bao gồm 36 tháng, được gia hạn năm năm một lần. Ví dụ, nếu quý vị đã thanh toán 36 tháng tiền thuê thiết bị cung cấp ôxy trước khi tham gia vào KelseyCare Advantage Platinum, tham gia KelseyCare Advantage Platinum trong 12 tháng, sau đó quay lại tham gia Original Medicare, thì quý vị sẽ phải thanh toán toàn bộ khoản chia sẻ chi phí cho bảo hiểm thiết bị cung cấp ôxy.

Tương tự, nếu quý vị đã thanh toán 36 tháng tiền thuê thiết bị trong thời gian ghi danh vào KelseyCare Advantage Platinum và sau đó quay lại tham gia Original Medicare, quý vị sẽ phải thanh toán toàn bộ khoản chia sẻ chi phí cho bảo hiểm thiết bị cung cấp ôxy.

CHƯƠNG 4

Sơ Đồ Phúc Lợi Y Tế
(các dịch vụ được bao trả và
các dịch vụ quý vị phải thanh toán)

Chương 4. Sơ Đồ Phúc Lợi Y Tế (các dịch vụ được bao trả và các dịch vụ quý vị phải thanh toán)

PHẦN 1 Hiểu rõ các chi phí xuất túi của quý vị cho các dịch vụ được bao trả 67

Phần 1.1 Các loại chi phí xuất túi mà quý vị có thể phải thanh toán cho các dịch vụ được bao trả 67

Phần 1.2 Mức tối đa quý vị sẽ phải thanh toán cho các dịch vụ y tế được bao trả của Medicare Part A và Part B là bao nhiêu? 67

Phần 1.3 Chương trình của chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp "tính hóa đơn khoản chênh lệch" cho quý vị 68

PHẦN 2 Sử dụng Sơ Đồ Phúc Lợi Y Tế để biết các dịch vụ nào được bao trả cho quý vị và số tiền quý vị sẽ thanh toán 69

Phần 2.1 Các phúc lợi và chi phí y tế của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình 69

PHẦN 3 Những dịch vụ nào không được chương trình bao trả? 114

Phần 3.1 Những dịch vụ mà chúng tôi *không* bao trả (các trường hợp loại trừ) 114

PHẦN 1 Hiểu rõ các chi phí xuất túi của quý vị cho các dịch vụ được bao trả

Chương này tập trung vào các dịch vụ được bao trả của quý vị và khoản tiền quý vị phải thanh toán cho các phúc lợi y tế của mình. Chương này bao gồm Sơ Đồ Phúc Lợi Y Tế liệt kê các dịch vụ được bao trả của quý vị và cho biết quý vị sẽ phải thanh toán bao nhiêu cho mỗi dịch vụ được bao trả với tư cách là hội viên trong KelseyCare Advantage Platinum. Trong phần sau của chương này, quý vị có thể tìm thấy thông tin về các dịch vụ y tế không được bao trả. Chương này cũng giải thích các giới hạn đối với một số dịch vụ.

Phần 1.1 Các loại chi phí xuất túi mà quý vị có thể phải thanh toán cho các dịch vụ được bao trả

Để hiểu rõ thông tin thanh toán mà chúng tôi cung cấp cho quý vị trong chương này, quý vị cần biết các loại chi phí xuất túi mà quý vị có thể phải thanh toán cho các dịch vụ được bao trả.

- **"Khoản đồng thanh toán"** là số tiền cố định quý vị phải thanh toán mỗi khi quý vị nhận được một số dịch vụ y tế nhất định. Quý vị trả khoản đồng thanh toán tại thời điểm quý vị nhận dịch vụ y tế. (Sơ Đồ Phúc Lợi Y Tế trong Mục 2 cho quý vị biết nhiều hơn về các khoản đồng thanh toán của quý vị.)
- **"Khoản đồng bảo hiểm"** là phần trăm của tổng chi phí mà quý vị phải thanh toán cho một số dịch vụ y tế nhất định. Quý vị thanh toán khoản đồng bảo hiểm tại thời điểm nhận dịch vụ y tế. (Sơ Đồ Phúc Lợi Y Tế trong Mục 2 cho quý vị biết nhiều hơn về khoản đồng bảo hiểm của quý vị.)

Hầu hết những ai đủ tiêu chuẩn nhận Medicaid hoặc các chương trình Người thụ hưởng Medicare Đủ Tiêu chuẩn (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) không bao giờ phải trả khoản khấu trừ, khoản đồng thanh toán hoặc khoản đồng bảo hiểm. Hãy chắc chắn quý vị xuất trình bằng chứng đủ điều kiện cho Medicaid hoặc QMB cho nhà cung cấp của quý vị, nếu cần. Nếu quý vị cho rằng quý vị đang được yêu cầu thanh toán không đúng, hãy liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên.

Phần 1.2 Mức tối đa quý vị sẽ phải thanh toán cho các dịch vụ y tế được bao trả của Medicare Part A và Part B là bao nhiêu?

Vì quý vị được ghi danh vào chương trình Medicare Advantage Plan, nên có giới hạn đối với số tiền quý vị phải xuất túi tự trả hàng năm cho các dịch vụ y tế trong mạng lưới được Medicare Part A và Part B bao trả (xem Sơ Đồ Phúc Lợi Y Tế trong Mục 2, bên dưới). Mức giới hạn này được gọi là khoản xuất túi tối đa cho các dịch vụ y tế.

Là hội viên của KelseyCare Advantage Platinum, số tiền tối đa mà quý vị phải xuất túi tự trả cho các dịch vụ Part A và Part B được bao trả trong mạng lưới vào năm 2022 là $3,450. Số tiền mà

quý vị trả cho các khoản đồng thanh toán và khoản đồng bảo hiểm cho các dịch vụ được bao trả trong mạng lưới được tính vào khoản xuất túi tối đa này. (Số tiền quý vị thanh toán cho tiền phạt do ghi danh muộn Part D và cho các thuốc kê toa Part D của quý vị không được tính vào khoản xuất túi tối đa của quý vị. Ngoài ra, số tiền quý vị thanh toán cho một số dịch vụ không tính vào khoản xuất túi tối đa của quý vị. Các dịch vụ này được đánh dấu sao trong Sơ Đồ Phúc Lợi Y Tế.) Nếu quý vị đã đạt đến số tiền xuất túi tối đa là $3,450, quý vị sẽ không phải trả bất kỳ chi phí xuất túi nào trong thời gian còn lại của năm cho các dịch vụ Part A và Part B được bao trả trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Part B (trừ khi phí bảo hiểm Part B được Medicaid hoặc bên thứ ba khác thanh toán cho quý vị).

Phần 1.3 Chương trình của chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp "tính hóa đơn khoản chênh lệch" cho quý vị

Là hội viên của KelseyCare Advantage Platinum, quý vị được hưởng một điều khoản bảo vệ quan trọng là quý vị chỉ phải trả khoản chia sẻ chi phí của quý vị khi nhận các dịch vụ được chương trình của chúng tôi bao trả. Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp cộng thêm các khoản phí thu riêng, gọi là "tính hóa đơn khoản chênh lệch". Điều khoản bảo vệ này (đó là quý vị không bao giờ phải trả nhiều hơn số tiền chia sẻ chi phí) được áp dụng ngay cả khi chúng tôi trả cho các nhà cung cấp ít hơn mức phí mà nhà cung cấp thu cho một dịch vụ và ngay cả khi có tranh chấp và chúng tôi không trả cho các khoản phí nhất định mà nhà cung cấp thu.

Sau đây là cách thức điều khoản bảo vệ này hoạt động.

- Nếu khoản chia sẻ chi phí của quý vị là một khoản đồng thanh toán (một số tiền ấn định, ví dụ $15.00), thì khi đó quý vị chỉ phải trả số tiền đó cho bất kỳ dịch vụ được bao trả nào từ nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Nếu khoản chia sẻ chi phí của quý vị là khoản đồng bảo hiểm (phần trăm của tổng chi phí), thì khi đó quý vị không bao giờ phải thanh toán nhiều hơn số phần trăm đó. Tuy nhiên, chi phí của quý vị tùy thuộc vào việc quý vị đến thăm khám với nhà cung cấp loại nào:
  - Nếu quý vị nhận các dịch vụ được bảo trả từ nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị phải thanh toán phần trăm đồng bảo hiểm nhân với mức bồi hoàn của chương trình (như đã nêu rõ trong hợp đồng giữa nhà cung cấp và chương trình).
  - Nếu quý vị nhận các dịch vụ được bao trả từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới có tham gia Medicare, quý vị phải thanh toán phần trăm đồng bảo hiểm nhân với mức thanh toán của Medicare dành cho nhà cung cấp tham gia. (Xin lưu ý rằng, chương trình bao trả cho các dịch vụ của các nhà cung cấp ngoài mạng lưới chỉ trong các trường hợp nhất định như khi quý vị được giới thiệu.)
  - Nếu quý vị nhận các dịch vụ được bao trả từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới không tham gia Medicare, quý vị phải thanh toán phần trăm đồng bảo hiểm nhân với mức thanh toán Medicare cho các nhà cung cấp không tham gia. (Xin lưu ý rằng, chương

trình bao trả cho các dịch vụ của các nhà cung cấp ngoài mạng lưới chỉ trong các trường hợp nhất định như khi quý vị được giới thiệu.)

- Nếu quý vị cho rằng nhà cung cấp đã "tính hóa đơn khoản chênh lệch" cho quý vị, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại được in ở bìa sau của tập tài liệu này).

PHẦN 2 Sử dụng Sơ *Đồ Phúc Lợi Y Tế* để biết các dịch vụ nào được bao trả cho quý vị và số tiền quý vị sẽ thanh toán

Phần 2.1 Các phúc lợi và chi phí y tế của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình

Sơ Đồ Phúc Lợi Y Tế trên các trang sau liệt kê các dịch vụ được KelseyCare Advantage Platinum bao trả và khoản tiền quý vị phải xuất túi tự trả cho mỗi dịch vụ. Các dịch vụ được liệt kê trong Sơ Đồ Phúc Lợi Y Tế chỉ được bao trả khi đáp ứng được các yêu cầu về khoản bao trả sau:

- Các dịch vụ được Medicare bao trả của quý vị phải được cung cấp theo các hướng dẫn bao trả do Medicare đưa ra.
- Các dịch vụ của quý vị (bao gồm chăm sóc y tế, các dịch vụ, vật tư và thiết bị) *phải* cần thiết về mặt y khoa. "Cần thiết về mặt y khoa" có nghĩa là các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc cần thiết để phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị cho tình trạng sức khỏe của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp nhận về thực hành y khoa.
- Quý vị nhận dịch vụ chăm sóc của quý vị từ nhà cung cấp trong mạng lưới. Trong phần lớn các trường hợp, dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị nhận từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới sẽ không được bao trả. Chương 3 cung cấp thêm thông tin về những yêu cầu khi sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới và các trường hợp chúng tôi sẽ bao trả cho các dịch vụ của một nhà cung cấp ngoài mạng lưới.
- Quý vị có một bác sĩ chăm sóc chính (một PCP) trong mạng lưới là người cung cấp và giám sát dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị. Trong hầu hết trường hợp, PCP trong mạng lưới của quý vị phải phê duyệt trước khi quý vị có thể thăm khám với các nhà cung cấp khác ngoài nhóm y tế. Hoạt động này được coi là cung cấp "sự giới thiệu" cho quý vị. Chương 3 cung cấp thêm thông tin về việc yêu cầu cấp giấy giới thiệu và các trường hợp quý vị không cần có giấy giới thiệu.
- Một số dịch vụ được liệt kê trong Sơ Đồ Phúc Lợi Y Tế *chỉ* được bao trả khi bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác trong mạng lưới được phê duyệt trước (đôi khi được gọi là "sự cho phép trước") từ chúng tôi. Dịch vụ được bao trả cần phê duyệt trước được đánh dấu trong Sơ Đồ Phúc Lợi Y Tế bằng chú thích ở cuối trang.
- Chúng tôi cũng có thể tính cho quý vị "phí hành chính" vì bỏ lỡ các cuộc hẹn hoặc vì không thanh toán khoản chia sẻ chi phí bắt buộc của quý vị tại thời điểm nhận dịch vụ.

Vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên nếu quý vị có thắc mắc về các loại phí hành chính này. (Số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Hội Viên được in ở bìa sau của tập tài liệu này.)

Những điều quan trọng khác cần biết về khoản bao trả của chúng tôi:

- Cũng như tất cả các chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare, chúng tôi bao trả cho tất cả các dịch vụ mà Original Medicare bao trả. Đối với một số phúc lợi trong số này, quý vị phải thanh toán theo chương trình của chúng tôi *nhiều hơn* khi quý vị thanh toán theo Original Medicare. Đối với các phúc lợi khác, quý vị phải thanh toán *ít hơn.* (Nếu quý vị muốn biết thêm về khoản bao trả và các chi phí của Original Medicare, vui lòng xem cẩm nang *Medicare & You 2022* (Medicare & Quý vị năm 2022). Xem trực tuyến tại www.medicare.gov hoặc yêu cầu bản sao bằng cách gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY nên gọi 1-877-486-2048.)
- Đối với tất cả các dịch vụ phòng ngừa được bao trả miễn phí trong chương trình Original Medicare, chúng tôi cũng bao trả dịch vụ này miễn phí cho quý vị. Tuy nhiên, nếu quý vị cũng được điều trị hoặc theo dõi bệnh trạng hiện tại trong suốt lần thăm khám của mình khi nhận dịch vụ phòng ngừa, khoản đồng thanh toán sẽ áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được cho bệnh trạng hiện tại.
- Đôi khi, Medicare bổ sung khoản bao trả theo Original Medicare đối với các dịch vụ mới trong năm. Nếu Medicare bổ sung khoản bao trả cho bất kỳ dịch vụ nào trong năm 2022, Medicare hoặc chương trình của chúng tôi sẽ bao trả cho những dịch vụ đó.

Quý vị sẽ nhìn thấy hình quả táo này cạnh những dịch vụ phòng ngừa trong bảng phúc lợi.

Sơ Đồ Phúc Lợi Y Tế

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Khám sàng lọc chứng phình động mạch chủ bụng Một lần siêu âm sàng lọc dành cho người có nguy cơ. Chương trình chỉ bao trả lần khám sàng lọc này nếu quý vị có một số yếu tố nguy cơ và nếu quý vị xin giấy giới thiệu từ bác sĩ, trợ lý bác sĩ, điều dưỡng điều trị, hoặc điều dưỡng chuyên khoa lâm sàng.	**Trong mạng lưới:** Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho những hội viên đủ điều kiện được tham gia khám sàng lọc phòng ngừa này.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Châm cứu điều trị đau thắt lưng mạn tính Các dịch vụ được bao trả bao gồm: Những người thụ hưởng Medicare được bao trả tối đa 12 buổi thăm khám trong 90 ngày trong các trường hợp sau: Vì mục đích cung cấp phúc lợi này, đau thắt lưng mạn tính được định nghĩa là: • Kéo dài từ 12 tuần trở lên; • không đặc hiệu, trong đó không có nguyên nhân toàn thân có thể xác định được (tức là không liên quan đến bệnh di căn, viêm, nhiễm trùng, v.v.); • không liên quan đến phẫu thuật; và • không liên quan đến mang thai. Những bệnh nhân có dấu hiệu cải thiện sẽ được bao trả thêm tám buổi nữa. Hàng năm, sẽ có không quá 20 buổi điều trị châm cứu được thực hiện. Phải dừng điều trị nếu tình trạng bệnh nhân không cải thiện hoặc xấu đi. Yêu cầu của Nhà cung cấp: Các bác sĩ (như được định nghĩa trong 1861(r)(1) của Đạo luật An Sinh Xã Hội (Social Security Act) (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 (physician assistant, PA), điều dưỡng điều trị (nurse practitioner, NP)/điều dưỡng chuyên khoa lâm sàng (clinical nurse specialist, CNS) (như được xác định trong 1861(aa)(5) của Đạo luật) và nhân viên phụ trợ có thể cung cấp dịch vụ châm cứu nếu họ đáp ứng tất cả các yêu cầu hiện hành của tiểu bang và có: • bằng thạc sĩ hoặc tiến sĩ về châm cứu hoặc Đông Y của một trường được Ủy ban Kiểm định về Châm cứu và Đông Y (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM) công nhận; và, • giấy phép hiện tại, đầy đủ, đang hoạt động và không hạn chế để hành nghề châm cứu ở Tiểu bang, Lãnh thổ hoặc Khối Thịnh vượng chung (tức là Puerto Rico) của Hoa Kỳ, hoặc Quận Columbia. Nhân viên phụ trợ cung cấp dịch vụ châm cứu phải chịu mức độ 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.	**Trong mạng lưới:** $20 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám được Medicare bao trả. **Cần có sự cho phép trước.**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ phương tiện cứu thương • Các dịch vụ phương tiện cứu thương được bao trả bao gồm dịch vụ phương tiện cứu thương trên máy bay cánh cố định, cánh xoay và đường bộ đến cơ sở phù hợp gần nhất có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc chỉ khi các dịch vụ này được cung cấp cho hội viên có bệnh trạng mà phương tiện chuyên chở khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của hội viên hay khi được chương trình cho phép. • Dịch vụ chuyên chở phi cấp cứu bằng phương tiện cứu thương là phù hợp nếu chứng minh được bằng văn bản rằng hội viên có tình trạng mà phương tiện chuyên chở khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của hội viên đó và rằng chuyên chở bằng phương tiện cứu thương là cần thiết về mặt y tế.	**Trong mạng lưới:** $225 đồng thanh toán cho mỗi chuyến cứu thương một chiều được Medicare bao trả. Chương trình không thanh toán chi phí vận chuyển trở về Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ sau khi chăm sóc cấp cứu ở nước ngoài. Chương trình sẽ thanh toán tới 100% số tiền mà Medicare cho phép đối với các dịch vụ nếu chúng nhận được ở Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ, trừ đi bất kỳ khoản đồng thanh toán và khoản đồng bảo hiểm nào. Chúng tôi không bảo hiểm trên toàn thế giới cho các dịch vụ chăm sóc ngoài phòng cấp cứu hoặc viện cấp cứu. **Cần có sự cho phép trước đối với các dịch vụ Medicare phi cấp cứu.**
Khám sức khỏe tổng quát hàng năm	**Trong mạng lưới:** $0 đồng thanh toán cho một lần khám sức khỏe tổng quát hàng năm.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Thăm khám khỏe mạnh hàng năm Nếu quý vị đã có Part B trong hơn 12 tháng, quý vị có thể được thăm khám khỏe mạnh hàng năm để thiết lập hoặc cập nhật chương trình phòng ngừa cá nhân hóa dựa trên tình trạng sức khỏe hiện tại của quý vị và các yếu tố nguy cơ. Dịch vụ này được bao trả 12 tháng một lần. **Lưu ý**: Quý vị sẽ không được thăm khám khỏe mạnh hàng năm lần đầu tiên trong vòng 12 tháng kể từ lần thăm khám phòng ngừa "Chào Mừng Tham Gia Medicare". Tuy nhiên, quý vị không cần phải đến buổi thăm khám "Chào Mừng Tham Gia Medicare" để có thể được bao trả cho các lần khám khỏe mạnh hàng năm sau khi quý vị đã có Part B trong 12 tháng.	**Trong mạng lưới:** Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho lần thăm khám khỏe mạnh hàng năm.
Đo khối lượng xương Đối với cá nhân có đủ điều kiện (nói chung, điều này có nghĩa là người có nguy cơ bị giảm khối lượng xương hoặc loãng xương), các dịch vụ sau đây sẽ được chi trả theo mỗi 24 tháng hoặc thường xuyên hơn nếu cần thiết về mặt y khoa: các quy trình để xác định mật độ xương, phát hiện chứng loãng xương hoặc xác định chất lượng xương, bao gồm cả diễn giải của bác sĩ về các kết quả.	**Trong mạng lưới:** Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho thủ thuật đo khối lượng xương được Medicare bao trả.
Khám sàng lọc ung thư vú (chụp quang tuyến vú) Các dịch vụ được bao trả bao gồm: • Một lần chụp quang tuyến vú ban đầu ở độ tuổi từ 35 đến 39 • Chụp quang tuyến vú sàng lọc 12 tháng một lần cho phụ nữ 40 tuổi trở lên • Khám vú lâm sàng 24 tháng một lần	**Trong mạng lưới:** Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho các lần chụp quang tuyến vú sàng lọc được bao trả.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ phục hồi chức năng tim Các chương trình cung cấp dịch vụ phục hồi chức năng tim toàn diện bao gồm tập thể dục, giáo dục và tư vấn được bao trả cho các hội viên đáp ứng một số điều kiện và được bác sĩ chỉ định. Chương trình cũng bao trả cho các chương trình phục hồi chức năng tim chuyên sâu mà thường nghiêm ngặt hoặc có cường độ cao hơn các chương trình phục hồi chức năng tim.	**Trong mạng lưới:** $25 đồng thanh toán cho các dịch vụ phục hồi chức năng tim và phục hồi chức năng tim chuyên sâu được Medicare bao trả theo các giới hạn thăm khám được Medicare phê duyệt. **Cần có sự cho phép trước.**
Thăm khám giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch (liệu pháp dành cho bệnh tim mạch) Chúng tôi bao trả cho một lần thăm khám mỗi năm với bác sĩ chăm sóc chính của quý vị để giúp quý vị giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch. Trong lần thăm khám này, bác sĩ của quý vị có thể thảo luận về việc sử dụng aspirin (nếu thích hợp), kiểm tra huyết áp của quý vị và cho quý vị lời khuyên để đảm bảo rằng quý vị ăn uống lành mạnh.	**Trong mạng lưới:** Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho phúc lợi phòng ngừa bệnh tim mạch bằng liệu pháp hành vi chuyên sâu.
Xét nghiệm phát hiện bệnh tim mạch Xét nghiệm máu để phát hiện bệnh tim mạch (hoặc các bất thường liên quan tới nguy cơ mắc bệnh tim mạch tăng cao) 5 năm (60 tháng) một lần.	**Trong mạng lưới:** Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ xét nghiệm phát hiện bệnh tim mạch được bao trả 5 năm một lần.
Tầm soát ung thư cổ tử cung và âm đạo Các dịch vụ được bao trả bao gồm: • Dành cho tất cả phụ nữ: Xét nghiệm Pap và khám khung xương chậu được bao trả 24 tháng một lần • Nếu quý vị đang có nguy cơ cao mắc bệnh ung thư cổ tử cung hoặc ung thư âm đạo hoặc quý vị đang ở độ tuổi sinh nở và có kết quả xét nghiệm Pap bất thường trong vòng 3 năm gần đây: xét nghiệm Pap 12 tháng một lần	**Trong mạng lưới:** Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ nào cho dịch vụ xét nghiệm Pap và khám khung xương chậu phòng ngừa được Medicare bao trả.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ nắn chỉnh khớp xương Các dịch vụ được bao trả bao gồm: • Chúng tôi chỉ bao trả cho dịch vụ nắn cột sống bằng tay để khắc phục tình trạng trật khớp nhẹ	**Trong mạng lưới:** $20 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám được Medicare bao trả. **Cần có sự cho phép trước.**
Khám sàng lọc ung thư đại trực tràng Đối với người từ 50 tuổi trở lên, những dịch vụ sau sẽ được bao trả: • Nội soi đại tràng xích-ma ống mềm (hoặc thay thế bằng thụt rửa với dung dịch bari để khám sàng lọc) 48 tháng một lần Một trong những dịch vụ sau 12 tháng một lần: • Xét nghiệm máu ẩn trong phân dựa trên Guaiac (gFOBT) • Xét nghiệm sinh hóa miễn dịch phân (FIT) Khám sàng lọc đại trực tràng dựa trên DNA 3 năm một lần Đối với những người có nguy cơ cao bị ung thư đại trực tràng, chúng tôi bao trả: • Nội soi đại tràng sàng lọc (hoặc thay thế bằng thụt rửa với dung dịch bari để khám sàng lọc) 24 tháng một lần Đối với những người không có nguy cơ cao bị ung thư đại trực tràng, chúng tôi bao trả: • Nội soi đại tràng sàng lọc 10 năm (120 tháng) một lần, nhưng không bao trả trong vòng 48 tháng kể từ thời điểm nội soi đại tràng xích-ma sàng lọc	**Trong mạng lưới:** Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ khám sàng lọc ung thư đại trực tràng được Medicare bao trả. $0 đồng thanh toán cho mỗi dịch vụ thụt bari phòng ngừa được Medicare bao trả. Quý vị sẽ không phải trả khoản đồng thanh toán cho một lần nội soi, thậm chí là với một số thủ thuật (chẳng hạn như sinh thiết hoặc cắt bỏ polyp) được thực hiện trong quá trình nội soi sàng lọc của quý vị. Quý vị sẽ thanh toán cho bệnh viện điều trị ngoại trú (khoản đồng thanh toán $300) hoặc trung tâm phẫu thuật không lưu trú (khoản đồng thanh toán $225) nếu thủ thuật nội soi được kết hợp với một thủ thuật điều trị ngoại trú khác không phải nội soi. **Cần có sự cho phép trước.**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Chăm Sóc Thuận Tiện Chương trình chỉ bao trả dịch vụ chăm sóc thuận tiện tại phòng khám Minute Clinic của CVS.	**Trong mạng lưới:** $25 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám.
Dịch vụ nha khoa Nói chung, các dịch vụ nha khoa phòng ngừa (như làm sạch răng, khám răng định kỳ và chụp X-quang răng) không được Original Medicare bao trả. Chúng tôi bao trả: ***Dịch Vụ Nha Khoa Phòng Ngừa*** Đánh Giá Răng Miệng • Đánh Giá Răng Miệng Định Kỳ (D0120): 6 tháng 1 lần • Đánh Giá Răng Miệng Toàn Diện (D0150): 36 tháng 1 lần • Đánh Giá Răng Miệng Giới Hạn (D0140): 12 tháng 1 lần Chụp X-quang • Trong miệng – Toàn Bộ Ảnh Chụp X-quang (D0210)*: 36 tháng 1 lần • Hình Ảnh Toàn Cảnh (D0330) *: 12 tháng 1 lần • Chụp X-quang chân răng hàm trên/dưới - hai phim (D0272): 12 tháng 1 lần • Chụp X-quang chân răng hàm trên/dưới - bốn phim (D0274): 12 tháng 1 lần *Hình Ảnh Toàn Cảnh (D0330) có thể được thực hiện thay cho Loạt Ảnh Chụp Toàn Bộ Trong Miệng (D0210). Làm sạch răng • Dự phòng Bệnh răng miệng – Làm sạch răng (D1110): 6 tháng 1 lần **Tất cả các mã khác không được liệt kê sẽ không được bao trả và thuộc trách nhiệm của hội viên.**	***Các Dịch Vụ Được Medicare Bao Trả:*** **Trong mạng lưới:** $20 đồng thanh toán cho mỗi dịch vụ nha khoa được Medicare bao trả. ***Dịch Vụ Nha Khoa Toàn Diện và Phòng Ngừa:*** **Trong mạng lưới:** $25 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ nha khoa (tiếp) ***Dịch vụ Nha khoa Toàn diện*** <u>Dịch vụ phục hình (tối đa 4 lần trám răng mỗi năm)</u> • Trám Amalgam– một bề mặt (D2140) • Trám Amalgam– hai bề mặt (D2150) • Trám Amalgam– ba bề mặt (D2160) • Trám Amalgam– bốn bề mặt (D2161) • Trám Nhựa Composite - một bề mặt, răng cửa (D2330) • Trám Nhựa Composite - hai bề mặt, răng cửa (D2331) • Trám Nhựa Composite - ba bề mặt, răng cửa (D2332) • Trám Nhựa Composite - bốn bề mặt trở lên, răng cửa (D2335) • Trám Nhựa Composite - một bề mặt, nhóm răng sau (D2391) • Trám Nhựa Composite - hai bề mặt, nhóm răng sau (D2392) • Trám Nhựa Composite - ba bề mặt, nhóm răng sau (D2393) • Trám Nhựa Composite - bốn bề mặt trở lên, nhóm răng sau (D2394) <u>Dịch Vụ Nha Chu</u> • Lấy Cao răng và Làm sạch Chân răng, mỗi góc phần tư (D4341): 4 góc phần tư mỗi 24 tháng • Lấy Cao răng và Làm sạch Chân răng, 1-3 răng (D4342): 4 góc phần tư mỗi 24 tháng • Làm sạch Toàn bộ Miệng (D4355): 12 tháng 1 lần • Làm sạch răng Chuyên sâu (D4910): 6 tháng 1 lần <u>Dịch vụ Chỉnh nha</u> Điều chỉnh Hàm giả (2 lần mỗi năm) • Điều chỉnh Hàm giả Toàn phần – Hàm trên (D5410) • Điều chỉnh Hàm giả Toàn phần – Hàm dưới (D5411) • Điều chỉnh Hàm giả Bán phần – Hàm trên (D5421) • Điều chỉnh Hàm giả Bán phần – Hàm dưới (D5422)	***Dịch vụ Nha khoa Toàn diện:*** **<u>Trong mạng lưới:</u>** 50% đồng bảo hiểm cho mỗi dịch vụ. Số tiền bảo hiểm tối đa của chương trình bảo hiểm là $1,500 cho các dịch vụ nha khoa toàn diện và phòng ngừa hàng năm. Bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền bao trả tối đa của chương trình đều thuộc trách nhiệm của hội viên.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ nha khoa (tiếp) Sửa Hàm giả Toàn phần (không giới hạn số tiền bao trả tối đa của chương trình) • Sửa Nền Hàm giả Toàn phần bị Vỡ – Hàm dưới (D5511) • Sửa Nền Hàm giả Toàn phần bị Vỡ – Hàm trên (D5512) • Sửa Răng bị Rụng hoặc Vỡ – Hàm giả toàn phần (D5520) Sửa Hàm giả Bán phần (không giới hạn số tiền bao trả tối đa trong chương trình) • Sửa Nền Răng giả bằng Nhựa – Hàm dưới (D5611) • Sửa Nền Răng giả bằng Nhựa – Hàm trên (D5612) • Thay thế Răng bị Vỡ – Mỗi răng (D5640) Dịch vụ Phẫu thuật Hàm mặt và Miệng (không giới hạn số tiền bao trả tối đa của chương trình • Nhổ răng – Răng mọc lệch hoặc Tụt lợi Chân răng (D7140) Dich vụ chăm sóc không định kỳ • Điều trị Giảm nhẹ Đau răng (cấp cứu) (D9110): 1 lần thăm khám mỗi năm **Tất cả các mã khác không được liệt kê sẽ không được bao trả và thuộc trách nhiệm của hội viên.**	
Khám sàng lọc bệnh trầm cảm Chúng tôi bao trả một lần khám sàng lọc bệnh trầm cảm mỗi năm. Lần khám sàng lọc này phải được thực hiện tại cơ sở chăm sóc chính có thể cung cấp biện pháp điều trị theo dõi và/hoặc giấy giới thiệu.	**Trong mạng lưới:** Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho một lần khám sàng lọc bệnh trầm cảm hàng năm.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Khám sàng lọc bệnh tiểu đường Chúng tôi bao trả cho lần khám sàng lọc này (bao gồm xét nghiệm glucose lúc đói) nếu quý vị có bất kỳ yếu tố nguy cơ nào sau đây: huyết áp cao (tăng huyết áp), tiền sử nồng độ cholesterol và triglyceride bất thường (rối loạn lipid máu), béo phì hoặc có tiền sử đường huyết (glucose) cao. Các xét nghiệm cũng có thể được bao trả nếu quý vị đáp ứng các yêu cầu khác, như bị thừa cân và có tiền sử gia đình mắc bệnh tiểu đường. Căn cứ vào kết quả của các xét nghiệm này, quý vị có thể đủ điều kiện nhận tối đa hai lần khám sàng lọc bệnh tiểu đường cứ 12 tháng một lần.	**Trong mạng lưới:** Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các xét nghiệm sàng lọc bệnh tiểu đường được Medicare bao trả.
Hướng dẫn cách tự kiểm soát bệnh tiểu đường, các dịch vụ và vật tư điều trị bệnh tiểu đường Dành cho tất cả những người mắc bệnh tiểu đường (người sử dụng insulin và không sử dụng insulin). Các dịch vụ được bao trả bao gồm: • Vật tư để theo dõi chỉ số đường huyết của quý vị: Máy đo đường huyết, que thử đường huyết, thiết bị chích và lưỡi chích và dung dịch kiểm chuẩn glucose để kiểm tra độ chính xác của que thử và máy đo đường huyết. • Dành cho người mắc bệnh tiểu đường có bệnh về bàn chân nghiêm trọng do tiểu đường: Một đôi giày trị liệu với khuôn đặt riêng cho mỗi năm theo lịch (bao gồm lót giày kèm theo) và hai đôi lót giày bổ sung, hoặc một đôi giày đế sâu và ba đôi lót giày (không bao gồm đôi lót giày có thể tháo ra không được tùy chỉnh kèm theo giày). Khoản bao trả bao gồm việc căn chỉnh cho vừa vặn. • Hướng dẫn cách tự kiểm soát bệnh tiểu đường được bao trả theo một số điều kiện.	**Trong mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 0% nếu quý vị sử dụng nhãn hiệu vật tư xét nghiệm bệnh tiểu đường được ưu tiên (bao gồm máy đo và que thử đường huyết). Các thương hiệu được ưu tiên là: LifeScan (tức là OneTouch®) và Roche (tức là ACCU-CHEK®). Các thương hiệu không được ưu tiên của vật tư cho người mắc bệnh tiểu đường (bao gồm máy đo và que thử đường huyết) sẽ không được bao trả trừ khi được bác sĩ xác định là cần thiết về mặt y khoa. Khoản đồng bảo hiểm 0% cho lưỡi chích, thiết bị chích và dung dịch kiểm chuẩn.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Hướng dẫn cách tự kiểm soát bệnh tiểu đường, các dịch vụ và vật tư điều trị bệnh tiểu đường (tiếp)	$0 đồng thanh toán cho hướng dẫn cách tự kiểm soát bệnh tiểu đường do Medicare bao trả. Khoản đồng bảo hiểm 20% cho giày và lót giày dành cho người mắc tiểu đường được Medicare chi trả. Khoản đồng bảo hiểm 20% cho bơm và tiếp liệu insulin do Medicare bao trả. Máy theo dõi đường huyết liên tục 15% tại nhà thuốc bán lẻ và 20% tại nhà cung cấp DME. Tất cả các DME khác là 20% đồng bảo hiểm. Máy đo đường huyết liên tục (CGM) ưu tiên là Dexcom và FreeStyle Libre, tất cả các CGM khác đều bị loại trừ. **Cần có sự cho phép trước.**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Thiết bị y tế lâu bền (DME) và các vật tư liên quan (Để biết định nghĩa về "thiết bị y tế lâu bền", hãy xem Chương 12 của tập sách này.) Các vật dụng được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn ở: xe lăn, nạng, hệ thống nệm chạy điện, vật tư cho người mắc bệnh tiểu đường, giường bệnh theo yêu cầu của nhà cung cấp để sử dụng tại nhà, bơm truyền dịch tĩnh mạch, thiết bị hỗ trợ phát âm, thiết bị cấp ôxy, máy xông khí dung và khung tập đi. Với tài liệu *Chứng Thư Bảo Hiểm* này, chúng tôi đã gửi cho quý vị danh sách DME của KelseyCare Advantage Platinum. Danh sách cho quý vị biết các thương hiệu và nhà sản xuất DME mà chúng tôi sẽ bao trả. Danh sách các thương hiệu, nhà sản xuất và nhà cung cấp gần đây nhất này cũng có sẵn trên trang web của chúng tôi tại www.kelseycareadvantage.com. Nói chung, KelseyCare Advantage Platinum bao trả cho bất kỳ DME nào được Original Medicare bao trả từ các thương hiệu và nhà sản xuất có trong danh sách này. Chúng tôi sẽ không bao trả cho các thương hiệu và nhà sản xuất khác trừ khi bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác cho chúng tôi biết rằng thương hiệu đó phù hợp với nhu cầu y tế của quý vị. Tuy nhiên, nếu quý vị mới đăng ký vào KelseyCare Advantage Platinum và đang sử dụng thương hiệu DME không có trong danh sách của chúng tôi, chúng tôi sẽ tiếp tục bao trả thương hiệu này cho quý vị trong tối đa 90 ngày. Trong thời gian này, quý vị nên trao đổi với bác sĩ của mình để quyết định thương hiệu nào phù hợp về mặt y tế cho quý vị sau khoảng thời gian 90 ngày này. (Nếu quý vị không đồng ý với bác sĩ của mình, quý vị có thể yêu cầu họ giới thiệu cho quý vị ý kiến thứ hai.) Nếu quý vị (hoặc nhà cung cấp của quý vị) không đồng ý với quyết định bao trả của chương trình, quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị có thể nộp đơn kháng cáo. Quý vị cũng có thể nộp đơn kháng cáo nếu quý vị không đồng ý với quyết định của nhà cung cấp về sản phẩm hoặc thương hiệu nào phù hợp với tình trạng bệnh của quý vị. (Để biết thêm thông tin về quy trình kháng cáo, hãy xem Chương 9, *Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn than phiền (các quyết định bao trả, kháng cáo, than phiền)*.)	**Trong mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 20% cho mỗi vật dụng được Medicare bao trả. **Cần có sự cho phép trước.**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc cấp cứu Dịch vụ chăm sóc cấp cứu đề cập đến các dịch vụ: • Được cung cấp bởi nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn cung cấp dịch vụ cấp cứu, và • Cần thiết để đánh giá hoặc làm ổn định tình trạng y tế khẩn cấp. Trường hợp cấp cứu y tế là khi quý vị hoặc bất kỳ người cẩn trọng bình thường nào khác có hiểu biết trung bình về sức khỏe và y khoa cho rằng quý vị có triệu chứng y tế cần được chăm sóc y tế ngay lập tức nhằm ngăn ngừa tử vong, mất chi hoặc mất chức năng của chi. Các triệu chứng y tế có thể là bệnh tật, chấn thương, đau dữ dội hoặc tình trạng sức khỏe xấu đi nhanh chóng. Mức chia sẻ chi phí đối với các dịch vụ khẩn cấp cần thiết được cung cấp ngoài mạng lưới bằng với mức các dịch vụ này được cung cấp trong mạng lưới. Dịch vụ chăm sóc cấp cứu được bao trả trên toàn thế giới. Chi phí xuất túi của quý vị có thể cao hơn nếu quý vị đang nhận dịch vụ chăm sóc bên ngoài Hoa Kỳ.	**Trong Mạng Lưới và Ngoài Mạng Lưới:** $120 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám tại phòng cấp cứu do Medicare bao trả. Được miễn khoản đồng thanh toán nếu quý vị nhập viện trong vòng 3 ngày với tình trạng tương tự. Nếu quý vị được chăm sóc khẩn cấp tại bệnh viện ngoài mạng lưới và cần chăm sóc nội trú sau khi tình trạng khẩn cấp của quý vị ổn định, thì quý vị phải được chăm sóc nội trú tại một bệnh viện ngoài mạng lưới được chương trình cho phép và chi phí của quý vị là khoản chia sẻ chi phí mà quý vị sẽ thanh toán tại bệnh viện trong mạng lưới. Dịch vụ chăm sóc cấp cứu bên ngoài Hoa Kỳ được bao trả theo mức mà Medicare cho phép trừ đi khoản đồng thanh toán của quý vị. Quý vị có thể phải chịu chi phí xuất túi cao hơn mà sẽ không áp dụng cho số tiền xuất túi tối đa của quý vị ngoài khoản đồng thanh toán cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Các chương trình giáo dục sức khỏe và chăm sóc sức khỏe Đây là các chương trình tập trung vào các tình trạng sức khỏe lâm sàng như huyết áp cao, cholesterol cao, hen suyễn hoặc bệnh tắc nghẽn phổi mạn tính (chronic obstructive pulmonary disease, COPD), tiểu đường và các chế độ ăn kiêng đặc biệt liên quan đến các chương trình Quản lý Y tế. Chương trình bao gồm các chương trình giáo dục/chăm sóc sức khỏe bổ sung sau: • **Tài Liệu Giáo Dục Sức Khỏe** • **Bản Tin** • **Phúc Lợi Dinh Dưỡng** o Các chương trình theo dõi các kết quả xét nghiệm hiện tại và dùng nhân viên để nhắc nhở các hội viên về xét nghiệm cần thiết và hỗ trợ sắp xếp các buổi hẹn với bác sĩ. Dược sĩ thảo luận với các hội viên về dùng thuốc đúng theo đơn, hướng dẫn dùng thuốc và mua thuốc theo đơn đúng hạn. Các buổi giáo dục về bệnh tiểu đường cũng được sắp xếp bằng việc sử dụng chuyên gia giáo dục về bệnh tiểu đường được chứng nhận cho các lớp học nhóm hoặc cá nhân. Hội viên cũng có thể được giới thiệu đến PCP để thực hiện trị liệu hành vi cho bệnh béo phì và y tá đã đăng ký sẽ thảo luận với hội viên về kế hoạch giảm cân cùng với bác sĩ. • **Đường dây nóng gọi y tá** o Tổng đài y tá hỗ trợ 24/24 luôn sẵn sàng phục vụ các hội viên muốn hỏi các câu hỏi liên quan đến sức khỏe, tư vấn cụ thể về sức khỏe, đánh giá các triệu chứng và được cung cấp các khuyến nghị chăm sóc để điều trị. Tổng đài y tá hỗ trợ cũng có thể tiếp cận sự hỗ trợ của bác sĩ.	**Trong mạng lưới:** $0 đồng thanh toán

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Các chương trình giáo dục sức khỏe và chăm sóc sức khỏe (tiếp) • **Luyện tập thể dục** o Các hội viên có thể tiếp cận chương trình SilverSneakers®. SilverSneakers® có thể giúp quý vị có một cuộc sống khỏe mạnh, năng động hơn. Quý vị có quyền tiếp cận với những giáo viên hướng dẫn được đào tạo phụ trách các lớp tập thể dục theo nhóm được thiết kế đặc biệt. Tại các địa điểm tham gia trên toàn quốc, quý vị có thể tham gia các lớp học đồng thời sử dụng thiết bị tập thể dục và các tiện nghi khác.* Ngoài các lớp SilverSneakers được thực hiện trong các phòng học thể dục, SilverSneakers FLEX® còn cung cấp các tùy chọn trong các môi trường bên ngoài các địa điểm tham gia truyền thống. Các lớp học của SilverSneakers BOOM™ là MIND, MUSCLE và MOVE cung cấp các bài tập cường độ cao hơn bên trong các địa điểm tham gia. *Các lớp học và tiện nghi khác nhau tùy theo địa điểm.	
Dịch vụ chăm sóc thính lực Các bài đánh giá thính lực và thăng bằng chẩn đoán do nhà cung cấp của quý vị thực hiện để xác định xem quý vị có cần điều trị y tế hay không được bao trả như dịch vụ chăm sóc ngoại trú khi được bác sĩ, chuyên gia thính học hoặc nhà cung cấp đủ điều kiện khác cung cấp. Các dịch vụ được bao trả bổ sung bao gồm: • Khám thính lực định kỳ – được bao trả khi được thực hiện tại Phòng khám Kelsey-Seybold hoặc do PCP của quý vị thực hiện. • Thăm khám lắp đặt máy trợ thính. • Máy trợ thính. (Pin thay thế không được bao trả.)	**Trong mạng lưới:** $20 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám thính lực chẩn đoán do Medicare bao trả. $0 đồng thanh toán cho 1 lần thăm khám thính lực định kỳ hàng năm. *$20 đồng thanh toán cho 1 lần lắp đặt và đánh giá máy trợ thính hàng năm. *$750 khoản tiền bao trả tối đa của chương trình cho mỗi tai đối với các phúc lợi máy trợ thính ba năm một lần. *Không được tính vào số tiền xuất túi tối đa. **Cần có sự cho phép trước đối với các dịch vụ không được Medicare bao trả.**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Khám sàng lọc HIV Đối với những người yêu cầu xét nghiệm sàng lọc HIV hoặc có nguy cơ nhiễm HIV cao, chúng tôi bao trả: • Một lần khám sàng lọc 12 tháng một lần Đối với phụ nữ đang mang thai, chúng tôi bao trả: • Tối đa ba lần khám sàng lọc trong suốt thai kỳ	**Trong mạng lưới:** Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho những hội viên đủ điều kiện được khám sàng lọc HIV phòng ngừa do Medicare bao trả.
Dịch vụ chăm sóc của cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia Trước khi nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, bác sĩ phải chứng nhận rằng quý vị cần dịch vụ này và sẽ yêu cầu một cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia cung cấp dịch vụ này cho quý vị. Quý vị phải không ra khỏi nhà được, điều đó có nghĩa là việc rời khỏi nhà cũng đòi hỏi quý vị phải có nỗ lực rất lớn. Các dịch vụ được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn ở: • Dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và dịch vụ hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tại gia bán thời gian hoặc không liên tục (Sẽ được bao trả theo phúc lợi chăm sóc sức khỏe tại gia, tổng thời lượng cho các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và dịch vụ hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tại gia phải dưới 8 giờ một ngày và 35 giờ một tuần) • Liệu pháp vật lý, liệu pháp chức năng và liệu pháp âm ngữ • Dịch vụ y tế và xã hội • Thiết bị và vật tư y tế	**Trong mạng lưới:** $10 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám bệnh tại nhà do Medicare bao trả. **Cần có sự cho phép trước.**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Liệu pháp tiêm truyền tại nhà Liệu pháp tiêm truyền tại nhà bao gồm việc cho một cá nhân dùng thuốc hoặc sản phẩm sinh học qua đường tĩnh mạch hoặc dưới da tại nhà. Các thành phần cần thiết để thực hiện tiêm truyền tại nhà bao gồm thuốc (ví dụ: thuốc chống vi-rút, globulin miễn dịch), thiết bị (ví dụ: bơm tiêm) và vật tư (ví dụ: ống dẫn và ống thông). Các dịch vụ được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn ở: • Các dịch vụ chuyên môn, bao gồm dịch vụ điều dưỡng, được trang bị phù hợp với kế hoạch chăm sóc • Chương trình hướng dẫn và giáo dục bệnh nhân không được bao trả theo phúc lợi thiết bị y tế lâu bền • Theo dõi từ xa • Các dịch vụ theo dõi cho hoạt động cung cấp liệu pháp tiêm truyền tại nhà và các thuốc tiêm truyền tại nhà do nhà cung cấp liệu pháp tiêm truyền tại nhà đủ tiêu chuẩn cung cấp	**Trong mạng lưới:** $10 đồng thanh toán cho dịch vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Tại Nhà cho nhà cung cấp để đi đến tận nhà. Khoản đồng bảo hiểm phần B 20% cho thuốc được tiêm truyền. Nếu thuốc được lấy từ nhà thuốc cung cấp dịch tiêm truyền tại nhà, vui lòng xem Chương 6 để biết số tiền chia sẻ chi phí. **Cần có sự cho phép trước.**
Chăm sóc cuối đời Quý vị có thể nhận được dịch vụ chăm sóc từ bất kỳ chương trình chăm sóc cuối đời nào được Medicare chứng nhận. Quý vị đủ điều kiện hưởng phúc lợi chăm sóc cuối đời khi bác sĩ của quý vị và giám đốc y khoa về chăm sóc cuối đời đưa ra tiên lượng giai đoạn cuối xác nhận rằng quý vị bị bệnh nan y và chỉ còn sống được 6 tháng trở xuống nếu bệnh của quý vị tiếp tục tiến triển như bình thường. Bác sĩ chăm sóc cuối đời của quý vị có thể là một nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Các dịch vụ được bao trả bao gồm: • Các thuốc kiểm soát triệu chứng và giảm đau • Chăm sóc tạm thế ngắn hạn • Chăm sóc tại nhà	Khi quý vị đăng ký vào một chương trình chăm sóc giai đoạn cuối đời được Medicare chứng nhận, các dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị và các dịch vụ Part A và Part B của quý vị liên quan đến việc tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị được Original Medicare chi trả, chứ không phải là KelseyCare Advantage Platinum.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc cuối đời (tiếp) Đối với các dịch vụ chăm sóc cuối đời và các dịch vụ được Medicare Part A hoặc B bao trả và có liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị: Original Medicare (chứ không phải là chương trình của chúng tôi) sẽ thanh toán các dịch vụ chăm sóc cuối đời và bất kỳ dịch vụ Part A và Part B nào liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị. Mặc dù quý vị đang trong chương trình chăm sóc cuối đời, nhưng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị sẽ tính hóa đơn cho Original Medicare đối với những dịch vụ mà Original Medicare phải thanh toán. Đối với các dịch vụ được Medicare Part A hoặc Part B bao trả và có liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị: Nếu quý vị cần các dịch vụ phi cấp cứu, cần thiết nhưng không khẩn cấp được bao trả theo Medicare Part A hoặc Part B và không liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị, thì số tiền quý vị phải trả cho những dịch vụ đó tùy thuộc vào việc quý vị có sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới chương trình của chúng tôi hay không: • Nếu quý vị nhận các dịch vụ được bao trả từ nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị chỉ phải thanh toán cho chương trình khoản chia sẻ chi phí đối với các dịch vụ trong mạng lưới • Nếu quý vị nhận các dịch vụ được bao trả từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới, quý vị sẽ phải thanh toán khoản chia sẻ chi phí theo chương trình Trả Phí Theo Dịch Vụ Medicare (Original Medicare) Đối với các dịch vụ được KelseyCare Advantage Platinum bao trả nhưng không được Medicare Part A hoặc Part B bao trả: KelseyCare Advantage Platinum sẽ tiếp tục bao trả cho các dịch vụ được chương trình bao trả mà không được bao trả trong Part A hoặc B cho dù chúng có liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị hay không. Quý vị thanh toán số tiền chia sẻ chi phí trong chương trình của mình cho các dịch vụ này.	**Trong mạng lưới:** $0 đồng thanh toán cho dịch vụ tư vấn chương trình chăm sóc cuối đời trước khi lựa chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc cuối đời (tiếp) Đối với các loại thuốc có thể được phúc lợi Part D của chương trình bao trả: Các thuốc không bao giờ được cả chương trình chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi bao trả cùng một lúc. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Chương 5, Phần 9.4 *(Điều gì xảy ra nếu quý vị tham gia chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận*). **Lưu ý:** Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc không phải dịch vụ chăm sóc cuối đời (không liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị), hãy liên lạc với chúng tôi để sắp xếp dịch vụ. Chương trình của chúng tôi bao trả dịch vụ tư vấn về chương trình chăm sóc cuối đời (chỉ một lần) dành cho người mắc bệnh nan y không lựa chọn nhận phúc lợi chăm sóc cuối đời.	
Chủng ngừa Các dịch vụ Medicare Part B được bao trả bao gồm: • Vắc-xin phòng viêm phổi • Tiêm phòng cúm, một lần vào mỗi mùa cúm vào mùa thu và mùa đông, với mũi tiêm phòng cúm bổ sung nếu cần thiết về mặt y khoa • Vắc-xin Viêm gan B nếu quý vị có nguy cơ mắc Viêm gan B cao hoặc vừa phải • Vắc-xin phòng COVID-19 • Các vắc-xin khác nếu quý vị có nguy cơ và nếu những vắc xin đó đáp ứng các quy tắc bao trả của Medicare Part B Chúng tôi cũng bao trả một số vắc-xin theo phúc lợi thuốc kê toa Part D của chúng tôi.	**Trong mạng lưới:** Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các loại vắc-xin phòng viêm phổi, cúm, Viêm gan B và COVID-19.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc nội trú tại bệnh viện Bao gồm các bệnh viện chăm sóc cấp tính nội trú, phục hồi chức năng nội trú, chăm sóc dài hạn và các loại dịch vụ khác tại bệnh viện dành cho bệnh nhân nội trú. Dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện bắt đầu vào ngày mà quý vị chính thức nhập viện theo chỉ định của bác sĩ. Ngày trước khi quý vị xuất viện là ngày điều trị nội trú cuối cùng của quý vị. Chương trình của chúng tôi bao trả 90 ngày cho mỗi giai đoạn phúc lợi. Chương trình của chúng tôi cũng bao trả 60 ngày dự trữ trọn đời, các hội viên có tổng cộng 60 ngày dự trữ có thể được sử dụng trong suốt cuộc đời của họ. Cách mà cả chương trình của chúng tôi và Original Medicare đánh giá việc sử dụng dịch vụ của cơ sở điều dưỡng chuyên môn (skilled nursing facility, SNF) của quý vị. Giai đoạn phúc lợi bắt đầu từ ngày quý vị nhập viện hoặc tới cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Giai đoạn phúc lợi kết thúc khi quý vị chưa nhận được bất kỳ dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện nào (hoặc dịch vụ chăm sóc chuyên môn tại một SNF) trong 60 ngày liên tiếp. Nếu quý vị nhập viện hoặc vào một cơ sở điều dưỡng chuyên môn sau khi một giai đoạn phúc lợi đã kết thúc, thì một giai đoạn phúc lợi mới sẽ bắt đầu. Không giới hạn số giai đoạn phúc lợi. Các dịch vụ được bao trả bao gồm nhưng không giới hạn ở: • Phòng hai giường (hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y khoa) • Các bữa ăn bao gồm cả chế độ ăn đặc biệt • Các dịch vụ điều dưỡng thường xuyên • Chi phí cho các thiết bị chăm sóc đặc biệt (chẳng hạn như các thiết bị chăm sóc chuyên sâu hoặc chăm sóc động mạch vành) • Thuốc và dược phẩm • Xét nghiệm trong phòng thí nghiệm • Chụp X-quang và các dịch vụ chụp quang tuyến khác • Vật tư y tế và phẫu thuật cần thiết • Sử dụng các thiết bị, chẳng hạn như xe lăn • Chi phí cho phòng phẫu thuật và hồi sức • Liệu pháp vật lý, liệu pháp chức năng và liệu pháp âm ngữ/ngôn ngữ • Dịch vụ điều trị lạm dụng dược chất nội trú	**Trong mạng lưới:** Đối với trường hợp nhập viện được Medicare bao trả: $350 đồng thanh toán mỗi lần nằm viện 60 ngày dự trữ trọn đời được bao trả với khoản đồng thanh toán $0 mỗi ngày. Các trường hợp nằm viện Cấp tính Nội trú được chẩn đoán nhiễm COVID-19 sẽ được miễn khoản chia sẻ chi phí $350.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc nội trú tại bệnh viện (tiếp) • Trong một số điều kiện nhất định, các loại cấy ghép sau sẽ được bao trả: giác mạc, thận, thận-tụy, tim, gan, phổi, tim/phổi, tủy xương, tế bào gốc và ruột/đa tạng. Nếu quý vị cần cấy ghép, chúng tôi sẽ sắp xếp để trung tâm cấy ghép được Medicare phê duyệt xem xét trường hợp của quý vị, trung tâm này sẽ quyết định liệu quý vị có phải là người phù hợp để cấy ghép hay không. Nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép có thể đến từ địa phương hoặc bên ngoài khu vực dịch vụ. Nếu các dịch vụ cấy ghép trong mạng lưới của chúng tôi ở ngoài phạm vi chăm sóc cộng đồng, quý vị có thể chọn cấy ghép tại địa phương miễn sao các nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép tại địa phương sẵn lòng chấp nhận mức giá của Original Medicare. Nếu KelseyCare Advantage Platinum cung cấp các dịch vụ cấy ghép tại một địa điểm bên ngoài phạm vi chăm sóc cấy ghép tại cộng đồng và quý vị chọn cấy ghép ở địa điểm xa xôi này, chúng tôi sẽ sắp xếp hoặc thanh toán các chi phí chỗ ở và đi lại hợp lý cho quý vị và một người đi cùng quý vị. • Máu - bao gồm lưu trữ và truyền máu. Bảo hiểm cho toàn bộ máu và hồng cầu đóng gói bắt đầu với pint máu đầu tiên mà quý vị cần. • Dịch vụ của bác sĩ **Lưu ý:** Để trở thành bệnh nhân nội trú, nhà cung cấp của quý vị phải ghi chỉ định cho quý vị nhập viện chính thức là bệnh nhân nội trú của bệnh viện. Ngay cả khi quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là "bệnh nhân ngoại trú". Nếu quý vị không chắc mình là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú, quý vị hãy hỏi nhân viên của bệnh viện. Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin Medicare gọi là "Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!" (Quý vị là Bệnh nhân Nội trú hay Ngoại trú? Nếu Quý vị Tham gia Medicare - Hãy Đặt Câu hỏi!) Tờ thông tin này được đăng tải trên trang Web tại địa chỉ www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf or by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi vào những số này miễn phí, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần.	Nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc nội trú được cho phép tại một bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị ổn định, thì chi phí của quý vị là khoản chia sẻ chi phí mà quý vị sẽ trả tại một bệnh viện trong mạng lưới. **Cần có sự cho phép trước.**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần nội trú Các dịch vụ được bao trả bao gồm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cần nằm viện. Chương trình của chúng tôi bao trả 90 ngày cho mỗi giai đoạn phúc lợi. Chương trình của chúng tôi cũng bao trả 60 ngày dự trữ trọn đời, các hội viên có tổng cộng 60 ngày dự trữ có thể được sử dụng trong suốt cuộc đời của họ. Giới hạn trọn đời là 190 ngày cho các dịch vụ nội trú tại bệnh viện tâm thần. Giới hạn 190 ngày không áp dụng cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần nội trú được cung cấp tại khoa tâm thần của bệnh viện đa khoa.	**Trong mạng lưới:** Đối với trường hợp nhập viện được Medicare bao trả: $350 đồng thanh toán cho mỗi lần nằm viện. 60 Ngày Dự Trữ Trọn Đời - $0 đồng thanh toán mỗi ngày. **Cần có sự cho phép trước.**
Nằm viện nội trú: Các dịch vụ được bao trả nhận được tại bệnh viện hoặc SNF trong một lần nằm viện nội trú không được bao trả Nếu quý vị không còn phúc lợi hoặc nếu việc nằm viện nội trú không hợp lý và cần thiết, chúng tôi sẽ không bao trả cho thời gian nằm viện nội trú của quý vị. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, chúng tôi sẽ bao trả một số dịch vụ quý vị nhận khi ở bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF). Các dịch vụ được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn ở: • Dịch vụ của bác sĩ • Xét nghiệm chẩn đoán (như xét nghiệm trong phòng thí nghiệm) • Chụp X-quang, xạ trị dùng radium và đồng vị phóng xạ bao gồm các dịch vụ và vật liệu của kỹ thuật viên • Băng gạc phẫu thuật • Nẹp, băng bó bột và các thiết bị khác được sử dụng để giảm gãy xương và trật khớp	**Trong mạng lưới:** **Dịch vụ của bác sĩ** Vui lòng xem mục “Dịch vụ của Bác sĩ/Chuyên viên Y tế, Bao gồm Thăm khám tại Văn phòng Bác sĩ” trong bảng này. **Dịch vụ chẩn đoán và chẩn đoán bằng hình ảnh, băng gạc phẫu thuật và nẹp** Vui lòng xem mục “Xét nghiệm Chẩn đoán và các Dịch vụ và Vật tư Trị liệu dành cho Bệnh nhân Ngoại trú” trong bảng này.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Nằm viện nội trú: Các dịch vụ được bao trả nhận được tại bệnh viện hoặc SNF trong một lần nằm viện nội trú không được bao trả (tiếp) • Các bộ phận giả và thiết bị chỉnh hình (ngoài dịch vụ nha khoa) thay thế tất cả hay một phần bộ phận bên trong cơ thể (bao gồm các mô tiếp giáp) hoặc tất cả hay một phần chức năng của cơ quan nội tạng vĩnh viễn không hoạt động hoặc hoạt động sai chức năng, bao gồm cả việc thay thế hoặc sửa chữa những thiết bị đó • Nẹp chân, tay, lưng và cổ; đai hỗ trợ thoát vị và chân, tay và mắt giả bao gồm dịch vụ điều chỉnh, sửa chữa và thay thế cần thiết do thiết bị gãy, mòn, mất hoặc có thay đổi về tình trạng thể chất của bệnh nhân • Liệu pháp vật lý, liệu pháp âm ngữ và liệu pháp chức năng	**Bộ phận giả, dụng cụ chỉnh hình và vật tư y tế/ trị liệu ngoại trú** Vui lòng xem mục "Bộ phận Giả và Vật tư Liên quan" trong bảng này. **Dịch vụ vật lý trị liệu, âm ngữ trị liệu và liệu pháp chức năng** Vui lòng tham khảo phần "Dịch vụ Phục hồi Chức năng Ngoại trú" trong bảng này.
Phúc lợi bữa ăn	**Trong mạng lưới:** $0 đồng thanh toán cho tối đa 2 bữa ăn mỗi ngày trong 7 ngày sau khi xuất viện nội trú do được chẩn đoán nhiễm COVID-19. **Cần có sự cho phép trước.**
Liệu pháp dinh dưỡng y tế Phúc lợi này dành cho những người mắc bệnh tiểu đường, bệnh thận (nhưng không dành cho chạy thận) hoặc sau cuộc cấy ghép thận theo giới thiệu của bác sĩ. Chúng tôi bao trả các dịch vụ tư vấn trực tiếp 1-1 kéo dài 3 giờ trong suốt năm đầu quý vị nhận các dịch vụ liệu pháp dinh dưỡng y tế theo Medicare (bao gồm chương trình của chúng tôi, bất kỳ chương trình Medicare Advantage nào khác hoặc Original Medicare) và 2 giờ mỗi năm sau đó. Nếu tình trạng, biện pháp điều trị của quý vị hoặc chẩn đoán thay đổi, quý vị có thể nhận được thêm giờ điều trị theo sự giới thiệu của bác sĩ. Bác sĩ phải kê các dịch vụ này và gia hạn sự giới thiệu của họ mỗi năm nếu quý vị cần điều trị vào năm tới theo lịch.	**Trong mạng lưới:** Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các hội viên đủ điều kiện nhận các dịch vụ liệu pháp dinh dưỡng y tế do Medicare bao trả.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Chương trình Phòng chống Bệnh Tiểu đường của Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Các dịch vụ MDPP sẽ được bao trả cho những người thụ hưởng Medicare hội đủ điều kiện theo tất cả các chương trình bảo hiểm sức khỏe của Medicare. MDPP là một can thiệp thay đổi hành vi sức khoẻ có cấu trúc cung cấp hướng dẫn thực tế về thay đổi chế độ ăn uống dài hạn, tăng hoạt động thể lực và các chiến thuật giải quyết vấn đề để vượt qua những thách thức để duy trì việc giảm cân và lối sống lành mạnh.	**Trong mạng lưới:** Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho phúc lợi MDPP.
Thuốc theo toa của Medicare Part B Những loại thuốc này được bao trả theo Part B của Original Medicare. Các hội viên trong chương trình của chúng tôi nhận bảo hiểm cho những loại thuốc này thông qua chương trình của chúng tôi. Các thuốc được bao trả bao gồm: • Các loại thuốc thường không do bệnh nhân tự dùng và được tiêm hoặc truyền khi quý vị đang nhận các dịch vụ từ bác sĩ, các dịch vụ tại bệnh viện dành cho bệnh nhân ngoại trú hay các dịch vụ từ trung tâm phẫu thuật không lưu trú • Thuốc mà quý vị dùng cần sử dụng thiết bị y tế lâu bền (chẳng hạn như máy xông khí dung) đã được chương trình cho phép • Các yếu tố đông máu mà quý vị tự tiêm nếu quý vị mắc chứng máu khó đông • Thuốc Ức Chế Miễn Dịch, nếu quý vị ghi danh vào Medicare Part A tại thời điểm cấy ghép tạng • Thuốc tiêm điều trị chứng loãng xương, nếu quý vị không thể ra khỏi nhà, bị gãy xương mà bác sĩ xác nhận là có liên quan đến chứng loãng xương sau mãn kinh và không thể tự dùng thuốc • Kháng nguyên • Một số loại thuốc uống chống ung thư và chống buồn nôn	**Trong mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 20% cho các loại thuốc được Medicare Part B bao trả; bao gồm hóa trị được Part B bao trả. **Cần có sự cho phép trước.** Một số loại thuốc có thể được sử dụng trong trị liệu từng bước.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Thuốc theo toa của Medicare Part B (tiếp) • Một số thuốc dùng để chạy thận nhân tạo tại nhà, bao gồm heparin, thuốc giải độc heparin khi cần thiết về mặt y khoa, thuốc gây tê tại chỗ và các tác nhân kích thích tạo hồng cầu (chẳng hạn như Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, hoặc Darbepoetin Alfa) • Globulin Miễn dịch Tiêm tĩnh mạch để điều trị các bệnh lý suy giảm miễn dịch nguyên phát tại nhà Liên kết sau sẽ đưa quý vị đến danh sách các Thuốc Part B có thể được sử dụng trong Trị liệu Từng bước: www.kelseycareadvantage.com Chúng tôi cũng bao trả một số vắc-xin theo phúc lợi thuốc kê toa Part B và Part D của chúng tôi. Chương 5 giải thích phúc lợi thuốc kê toa Part D, bao gồm các quy tắc quý vị phải tuân thủ để được bao trả thuốc kê toa. Số tiền quý vị thanh toán cho thuốc kê toa Part D thông qua chương trình của chúng tôi được giải thích ở Chương 6.	
Khám sàng lọc bệnh béo phì và liệu pháp thúc đẩy giảm cân lâu dài Nếu quý vị có chỉ số khối cơ thể từ 30 trở lên, chúng tôi sẽ bao trả dịch vụ tư vấn chuyên sâu để giúp quý vị giảm cân. Dịch vụ tư vấn này được bao trả nếu quý vị nhận dịch vụ tại một cơ sở chăm sóc chính mà có thể được phối hợp với chương trình phòng ngừa toàn diện của quý vị. Trao đổi với chuyên viên hoặc bác sĩ chăm sóc chính của quý vị để tìm hiểu thêm.	**Trong mạng lưới:** Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho việc khám sàng lọc và liệu pháp phòng ngừa béo phì.
Dịch vụ của chương trình điều trị rối loạn sử dụng opioid Các hội viên trong chương trình của chúng tôi bị rối loạn sử dụng opioid (opioid use disorder, OUD) có thể nhận được bảo hiểm của các dịch vụ để điều trị OUD thông qua Chương trình Điều trị Rối loạn Sử dụng Opioid (Opioid Treatment Program, OTP) bao gồm các dịch vụ sau: • Các thuốc điều trị hỗ trợ bằng thuốc (medication-assisted treatment, MAT) chủ vận và đối kháng opioid được Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) phê duyệt. • Cấp phát và sử dụng thuốc MAT (nếu có)	**Dịch vụ thăm khám với Bác sĩ/Chuyên viên Y tế:** **Trong mạng lưới:** $0 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám với bác sĩ chăm sóc chính được Medicare bao trả. $20 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám với bác sĩ chuyên khoa được Medicare bao trả.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ của chương trình điều trị rối loạn sử dụng opioid (tiếp) • Tư vấn điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện • Trị liệu cá nhân và theo nhóm • Xét nghiệm độc tính • Hoạt động dùng thuốc • Đánh giá định kỳ	**Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần dành cho bệnh nhân ngoại trú:** **Trong mạng lưới:** $20 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám trị liệu cá nhân hoặc theo nhóm được Medicare bao trả. **Thuốc theo toa Medicare Part B:** **Trong mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 20% cho Thuốc nằm trong Dịch vụ Điều trị Rối loạn Sử dụng Opioid. **Cần có sự cho phép trước.** Xem mục "Xét nghiệm chẩn đoán và các dịch vụ trị liệu và vật tư dành cho bệnh nhân ngoại trú" để biết số tiền đồng thanh toán/đồng bảo hiểm nếu các xét nghiệm được chỉ định trong các dịch vụ điều trị.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Xét nghiệm chẩn đoán và các dịch vụ trị liệu và vật tư dành cho bệnh nhân ngoại trú Các dịch vụ được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn ở: • Chụp X-quang • Xạ trị (radium và đồng vị phóng xạ) bao gồm vật tư và vật liệu của kỹ thuật viên • Vật tư phẫu thuật, chẳng hạn như băng gạc • Nẹp, băng bó bột và các thiết bị khác được sử dụng để giảm gãy xương và trật khớp • Xét nghiệm trong phòng thí nghiệm • Máu - bao gồm lưu trữ và truyền máu. Bảo hiểm bắt đầu với pint máu đầu tiên mà quý vị cần. • Các xét nghiệm chẩn đoán cho bệnh nhân ngoại trú khác	**Trong mạng lưới:** $0 đồng thanh toán cho các lần chụp X-quang do Medicare bao trả. $0 đồng thanh toán cho các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm được Medicare bao trả. $0 đồng thanh toán cho các vật tư phẫu thuật được Medicare bao trả như băng gạc, nẹp và băng bó bột được cung cấp tại văn phòng bác sĩ. $0 đồng thanh toán cho nghiên cứu chẩn đoán giấc ngủ được Medicare bao trả tại một cơ sở không phải bệnh viện. $25 đồng thanh toán cho bài kiểm tra gắng sức tim được Medicare bao trả. $150 đồng thanh toán cho lần chụp CT được Medicare bao trả cho mỗi ngày dịch vụ. $150 đồng thanh toán cho lần chụp MRI hoặc MRA được Medicare bao trả cho mỗi ngày dịch vụ.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Xét nghiệm chẩn đoán và các dịch vụ trị liệu và vật tư dành cho bệnh nhân ngoại trú (tiếp)	$150 đồng thanh toán cho lần chụp PET được Medicare bao trả cho mỗi ngày dịch vụ. $50 đồng thanh toán cho xạ trị được Medicare bao trả, bao gồm cả xạ trị điều biến liều (intensity modulated radiation therapy, IMRT) cho mỗi ngày dịch vụ. Khoản đồng thanh toán cho dịch vụ chẩn đoán cũng có thể áp dụng cho các xét nghiệm được thực hiện trước, trong hoặc sau khi xạ trị. Các khoản đồng thanh toán cho dịch vụ chăm sóc ngoại trú khác có thể được áp dụng nếu công ty cung cấp cho bác sĩ. **Cần có sự cho phép trước.**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ theo dõi ngoại trú tại bệnh viện Các dịch vụ theo dõi là các dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện được cung cấp để xác định liệu quý vị có cần được nhập viện để điều trị nội trú hay có thể được xuất viện. Để các dịch vụ theo dõi ngoại trú tại bệnh viện được bao trả, các dịch vụ này phải đáp ứng tiêu chuẩn của Medicare và được coi là hợp lý và cần thiết. Các dịch vụ theo dõi chỉ được bao trả khi được cung cấp theo chỉ định của bác sĩ hoặc cá nhân khác được cho phép theo luật cấp phép của tiểu bang và nội quy dành cho nhân viên của bệnh viện để tiếp nhận bệnh nhân vào bệnh viện hoặc chỉ định các xét nghiệm cho bệnh nhân ngoại trú. **Lưu ý:** Nếu nhà cung cấp không ghi chỉ định cho quý vị nhập viện với tư cách là bệnh nhân nội trú, quý vị sẽ là bệnh nhân ngoại trú và thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện. Ngay cả khi quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là "bệnh nhân ngoại trú". Nếu quý vị không chắc mình có phải là bệnh nhân ngoại trú hay không, quý vị hãy hỏi nhân viên của bệnh viện. Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin Medicare gọi là "Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!" (Quý vị là Bệnh nhân Nội trú hay Ngoại trú? Nếu Quý vị Tham gia Medicare - Hãy Đặt Câu hỏi!) Tờ thông tin này được đăng tải trên trang Web tại địa chỉ www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf or by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi vào những số này miễn phí, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần.	**Trong mạng lưới:** $300 đồng thanh toán cho mỗi lần ở lại theo dõi tại bệnh viên dành cho bệnh nhân ngoại trú được Medicare bao trả. **Cần có sự cho phép trước.**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ tại bệnh viện dành cho bệnh nhân ngoại trú Chúng tôi bao trả các dịch vụ cần thiết về mặt y tế mà quý vị nhận được tại khoa khám bệnh của bệnh viện để chẩn đoán hoặc điều trị một bệnh lý hoặc chấn thương. Các dịch vụ được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn ở: • Các dịch vụ tại phòng cấp cứu hoặc phòng khám ngoại trú, chẳng hạn như các dịch vụ theo dõi hoặc phẫu thuật ngoại trú • Các xét nghiệm chẩn đoán và xét nghiệm trong phòng thí nghiệm sẽ do bệnh viện tính phí • Chăm sóc sức khỏe tâm thần, bao gồm dịch vụ chăm sóc trong chương trình nằm viện một phần, nếu bác sĩ xác nhận rằng điều trị nội trú là cần thiết nếu không nhận được dịch vụ chăm sóc đó • Các dịch vụ chụp X-quang và chẩn đoán hình ảnh khác sẽ do bệnh viện tính phí • Vật tư y tế như nẹp và băng bó bột • Một số loại thuốc và sinh phẩm mà quý vị không thể tự dùng **Lưu ý:** Nếu nhà cung cấp không ghi chỉ định cho quý vị nhập viện với tư cách là bệnh nhân nội trú, quý vị sẽ là bệnh nhân ngoại trú và thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện. Ngay cả khi quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là "bệnh nhân ngoại trú". Nếu quý vị không chắc mình có phải là bệnh nhân ngoại trú hay không, quý vị hãy hỏi nhân viên của bệnh viện. Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin Medicare gọi là "Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!" (Quý vị là Bệnh nhân Nội trú hay Ngoại trú? Nếu Quý vị Tham gia Medicare - Hãy Đặt Câu hỏi!) Tờ thông tin này được đăng tải trên trang Web tại địa chỉ www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf or by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi vào những số này miễn phí, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần.	**Trong mạng lưới**: **Các dịch vụ cấp cứu** Vui lòng tham khảo phần "Chăm sóc Cấp cứu" trong bảng phúc lợi này. **Phẫu thuật ngoại trú** Vui lòng xem mục "Phẫu thuật Ngoại trú, Bao gồm các Dịch vụ được Cung cấp tại Cơ sở Ngoại trú của Bệnh viện và Trung tâm Phẫu thuật Không Lưu trú" và phần "Dịch vụ Theo dõi Ngoại trú tại Bệnh viện" trong bảng này. **Xét nghiệm trong phòng thí nghiệm và xét nghiệm chẩn đoán, chụp X-quang, dịch vụ chẩn đoán hình ảnh và vật tư y tế** Vui lòng xem mục "Xét nghiệm Chẩn đoán và các Dịch vụ và Vật tư Trị liệu dành cho Bệnh nhân Ngoại trú" trong bảng này. **Chăm sóc sức khỏe tâm thần và nhập viện một phần** Vui lòng xem mục "Chăm sóc Sức khỏe Tâm thần Ngoại trú" và "Dịch vụ Nhập viện Một phần" trong bảng này. **Thuốc và sinh phẩm mà quý vị không thể tự dùng** Vui lòng xem mục "Thuốc theo toa của Medicare Part B" trong bảng này.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú Các dịch vụ được bao trả bao gồm: Các dịch vụ sức khỏe tâm thần được cung cấp bởi bác sĩ tâm thần hoặc bác sĩ được nhà nước cấp phép, chuyên gia tâm lý học lâm sàng, nhân viên xã hội lâm sàng, điều dưỡng chuyên khoa lâm sàng, điều dưỡng điều trị, trợ lý bác sĩ hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe tâm thần khác được Medicare cho phép theo luật hiện hành của tiểu bang.	**Trong mạng lưới:** $20 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám trị liệu cá nhân hoặc theo nhóm được Medicare bao trả. **Cần có sự cho phép trước.**
Dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú Các dịch vụ được bao trả gồm: vật lý trị liệu, liệu pháp chức năng và liệu pháp âm-ngôn ngữ. Các dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú được cung cấp từ nhiều cơ sở ngoại trú, chẳng hạn như các khoa khám bệnh của bệnh viện, các văn phòng chuyên gia trị liệu độc lập, và các Cơ sở Phục hồi Chức năng Toàn diện dành cho Bệnh nhân Ngoại trú (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF).	**Trong mạng lưới:** $10 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám vật lý trị liệu và trị liệu chức năng do Medicare bao trả. $35 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám âm ngữ trị liệu do Medicare bao trả. $20 đồng thanh toán cho các lần thăm khám trị liệu được Medicare phê duyệt khác, bao gồm chăm sóc vết thương và phù bạch huyết do chuyên gia trị liệu cung cấp. **Cần có sự cho phép trước.**
Dịch vụ điều trị lạm dụng dược chất ngoại trú Các dịch vụ được bao trả bao gồm: Các dịch vụ lạm dụng dược chất được cung cấp bởi bác sĩ tâm thần hoặc bác sĩ được nhà nước cấp phép, chuyên gia tâm lý học lâm sàng, nhân viên xã hội lâm sàng, điều dưỡng chuyên khoa lâm sàng, điều dưỡng điều trị, trợ lý bác sĩ hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe tâm thần khác được Medicare cho phép theo luật hiện hành của tiểu bang.	**Trong mạng lưới:** $20 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám trị liệu cá nhân hoặc theo nhóm được Medicare bao trả. **Cần có sự cho phép trước.**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Phẫu thuật ngoại trú, bao gồm các dịch vụ được cung cấp tại các cơ sở ngoại trú của bệnh viện và các trung tâm phẫu thuật không lưu trú **Lưu ý:** Nếu quý vị làm phẫu thuật tại một cơ sở bệnh viện, quý vị nên kiểm tra với nhà cung cấp của quý vị xem quý vị sẽ là bệnh nhân nội trú hay bệnh nhân ngoại trú. Nếu nhà cung cấp không ghi chỉ định cho quý vị nhập viện với tư cách là bệnh nhân nội trú tại bệnh viện, quý vị sẽ là bệnh nhân ngoại trú và phải thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho dịch vụ phẫu thuật dành cho bệnh nhân ngoại trú. Ngay cả khi quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là "bệnh nhân ngoại trú".	**Trong mạng lưới:** $225 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám tại trung tâm phẫu thuật không lưu trú được Medicare bao trả. $300 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám phẫu thuật ngoại trú tại bệnh viện được Medicare bao trả. $300 đồng thanh toán cho các dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện khác, ví dụ: hóa trị, nghiên cứu chẩn đoán giấc ngủ hoặc ở lại theo dõi. Quý vị sẽ không phải trả khoản đồng thanh toán cho thủ thuật nội soi, ngay cả với một số thủ thuật nhất định, chẳng hạn như sinh thiết hoặc cắt bỏ polyp, được thực hiện trong quá trình nội soi sàng lọc của quý vị. Quý vị sẽ thanh toán khoản đồng thanh toán cho phẫu thuật ngoại trú nếu thủ thuật nội soi kết hợp với một thủ thuật phẫu thuật ngoại trú khác không phải là nội soi. Phẫu thuật ngoại trú tại bệnh viện (khoản đồng thanh toán $300) hoặc trung tâm phẫu thuật không lưu trú (khoản đồng thanh toán $225) sẽ được áp dụng. **Cần có sự cho phép trước.**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Vật dụng mua tự do không cần toa Phúc lợi này chi trả cho một số vật dụng liên quan đến sức khỏe và thuốc có sẵn mà không cần toa bác sĩ và không được Medicare Part A, Part B hoặc Part D bao trả. Chỉ quý vị mới có thể sử dụng phúc lợi của mình và các sản phẩm mua tự do không cần toa (over-the-counter, OTC) chỉ dành quý vị sử dụng. Quý vị có thể dễ dàng mua các vật dụng OTC đủ điều kiện tại cửa hàng hoặc qua danh mục. Quý vị có thể mua các vật dụng tại cửa hàng tại một nhà bán lẻ CVS tham gia bằng Thẻ ID Hội viên của quý vị. Quý vị có thể đặt hàng qua danh mục trực tuyến tại địa chỉ www.cvs.com/otchs/kelseycareadvantage hoặc qua điện thoại bằng cách gọi đến số 1-888-628-2770 và chúng tôi sẽ giao các vật dụng quý vị đặt mua đến tận nơi mà không mất thêm phí. Xin lưu ý, danh mục OTC có thể thay đổi hàng năm. Hãy chắc chắn kiểm tra lại danh mục hiện tại để xem những vật dụng nào mới và xác định bất kỳ thay đổi nào đối với các vật dụng từ năm ngoái. Có thể có giới hạn về số lượng cùng một vật dụng có thể được đặt hàng. Nếu mức mua các vật dụng mua tự do không cần toa tại cửa hàng được phê duyệt cao hơn mức trợ cấp được cấp, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm thanh toán khoản chênh lệch. Đơn đặt hàng của quý vị không được vượt quá số tiền phúc lợi cho việc mua hàng trực tuyến hoặc qua tổng đài. Nếu mức mua của quý vị ít hơn mức trợ cấp được cấp trong bất kỳ khoảng thời gian nhất định nào, số tiền còn lại sẽ không được chuyển sang tháng tiếp theo. Quý vị có thể tìm thêm thông tin trên trang web của chúng tôi tại www.kelseycareadvantage.com.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các vật dụng Mua Tự do Không cần Toa đủ điều kiện. Quý vị nhận được tối đa $25 mỗi tháng để sử dụng cho việc mua các vật dụng đủ điều kiện giao đến nhà quý vị từ các địa điểm tham gia chương trình hoặc thông qua danh mục của chương trình.
Dịch vụ nhập viện một phần "Nhập viện một phần" là một chương trình điều trị tâm thần tích cực có cấu trúc được cung cấp như một dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện hoặc bởi trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng, có cường độ cao hơn so với dịch vụ chăm sóc nhận được tại văn phòng bác sĩ hoặc chuyên gia trị liệu của quý vị và là một biện pháp thay thế cho nhập viện nội trú.	**Trong mạng lưới:** $25 đồng thanh toán cho mỗi ngày sử dụng các dịch vụ nhập viện một phần được Medicare bao trả. **Cần có sự cho phép trước.**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này

Dịch vụ thăm khám với Bác sĩ/Chuyên viên Y tế, bao gồm thăm khám tại văn phòng bác sĩ
Các dịch vụ được bao trả bao gồm:
• Các dịch vụ chăm sóc y tế hoặc phẫu thuật cần thiết về mặt y tế được cung cấp tại văn phòng bác sĩ, trung tâm phẫu thuật không lưu trú được chứng nhận, khoa khám bệnh của bệnh viện hoặc bất kỳ địa điểm nào khác
• Tư vấn, chẩn đoán và điều trị bởi bác sĩ chuyên khoa
• Các bài kiểm tra thính lực và thăng bằng cơ bản do PCP hoặc bác sĩ chuyên khoa của quý vị thực hiện, nếu bác sĩ chỉ định thực hiện để xem quý vị có cần điều trị y tế hay không
• Một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa, bao gồm: Các Dịch vụ Thăm khám với Bác Sĩ Chăm Sóc Chính, Dịch vụ Thăm khám với Bác sĩ Chuyên khoa, các Buổi Trị liệu Cá nhân và theo Nhóm cho các Dịch vụ Chuyên khoa về Sức khỏe Tâm thần.
  o Quý vị có thể chọn nhận các dịch vụ này thông qua buổi thăm khám trực tiếp hoặc qua hình thức chăm sóc sức khỏe từ xa. Nếu quý vị chọn nhận một trong các dịch vụ này thông qua hình thức thăm khám sức khỏe từ xa, quý vị phải sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới có cung cấp dịch vụ này thông qua hình thức chăm sóc sức khỏe từ xa.
  o Thăm khám qua Điện thoại, Thăm khám Điện tử và Thăm khám qua Video là một phúc lợi được bao trả cho các nhà cung cấp dịch vụ đã ký hợp đồng và cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần đã ký hợp đồng.
• Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa cho các buổi thăm khám hàng tháng liên quan đến bệnh thận giai đoạn cuối dành cho các hội viên thẩm tách tại nhà tại trung tâm thẩm tách trong bệnh viện hoặc trung tâm thẩm tách trong bệnh viện tiếp cận khẩn cấp (critical access hospital), cơ sở thẩm tách hoặc nhà của hội viên
	<u>Trong mạng lưới:</u>
	$0 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám tại văn phòng bác sĩ chăm sóc chính được Medicare bao trả.
	
	$20 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám tại văn phòng của bác sĩ chuyên khoa được Medicare bao trả.
	
	$0 đồng thanh toán cho xét nghiệm dị ứng và huyết thanh dị ứng được Medicare bao trả.
	
	Thăm khám qua Điện thoại, Thăm khám qua mạng và Thăm khám qua Video với PCP: Khoản đồng thanh toán $0 cho mỗi lần thăm khám sức khỏe từ xa với bác sĩ chăm sóc chính được Medicare bao trả.
	
	Thăm khám qua Điện thoại, Thăm khám qua mạng và Thăm khám qua Video về Chuyên Khoa và Sức Khỏe Tâm Thần: Khoản đồng thanh toán $15 cho mỗi lần thăm khám sức khỏe từ xa với bác sĩ chuyên khoa được Medicare bao trả.
	
	Xem mục “Thuốc theo toa Medicare Part B” để biết số tiền đồng bảo hiểm nếu thuốc Part B được cung cấp trong quá trình thăm khám.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này

Các dịch vụ thăm khám với Bác sĩ/Chuyên viên Y tế, bao gồm thăm khám tại văn phòng bác sĩ (tiếp)
• Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá hoặc điều trị các triệu chứng của đột quỵ bất kể quý vị đang ở đâu
• Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa dành cho các hội viên mắc chứng rối loạn do sử dụng chất gây nghiện hoặc rối loạn sức khỏe tâm thần đồng thời xảy ra, bất kể họ đang ở đâu
• Các cuộc trò chuyện trực tuyến (ví dụ: trò chuyện qua điện thoại hoặc qua video) với bác sĩ của quý vị trong 5-10 phút **<u>nếu</u>**:
  o Quý vị không phải là một bệnh nhân mới **và**
  o Cuộc trò chuyện không liên quan đến buổi thăm khám tại văn phòng trong vòng 7 ngày qua **và**
  o Cuộc trò chuyện không dẫn đến buổi thăm khám tại văn phòng trong vòng 24 giờ tới hoặc cuộc hẹn khám trong thời gian sớm nhất
• Đánh giá video và/hoặc hình ảnh mà quý vị gửi cho bác sĩ, đồng thời bác sĩ diễn giải và theo dõi trong vòng 24 giờ **<u>nếu</u>**:
  o Quý vị không phải là một bệnh nhân mới **và**
  o Đánh giá không liên quan đến buổi thăm khám tại văn phòng trong vòng 7 ngày qua **and**
  o Đánh giá không dẫn đến buổi thăm khám tại văn phòng trong vòng 24 giờ tới hoặc cuộc hẹn khám trong thời gian sớm nhất
• Hội chẩn giữa bác sĩ của quý vị với các bác sĩ khác qua điện thoại, internet hoặc hồ sơ sức khỏe điện tử
• Ý kiến thứ hai của một nhà cung cấp trong mạng lưới khác trước khi phẫu thuật
• Dịch vụ chăm sóc nha khoa không định kỳ (các dịch vụ được bao trả giới hạn ở phẫu thuật hàm hoặc các cấu trúc liên quan, điều chỉnh các phần gãy của xương hàm hoặc mặt, nhổ răng để chuẩn bị hàm trước khi xạ trị bệnh ung thư tân sinh, hay các dịch vụ sẽ được bao trả khi được bác sĩ cung cấp)
	Có thể phải cần sự cho phép trước, ngoại trừ các dịch vụ chăm sóc chính.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ điều trị bàn chân Các dịch vụ được bao trả bao gồm: • Chẩn đoán và điều trị y tế hoặc phẫu thuật các bệnh và thương tích về bàn chân (chẳng hạn như ngón chân đầu búa hoặc gai gót chân) • Dịch vụ chăm sóc bàn chân định kỳ dành cho những hội viên mắc một số bệnh trạng nhất định ảnh hưởng đến chi dưới	**Trong mạng lưới:** $20 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám được Medicare bao trả. Khoản đồng bảo hiểm 20% cho bất kỳ dụng cụ chỉnh hình được Medicare bao trả nào được cung cấp trong buổi thăm khám. **Cần có sự cho phép trước.**
Khám sàng lọc ung thư tuyến tiền liệt Đối với nam giới từ 50 tuổi trở lên, các dịch vụ được bao trả bao gồm các dịch vụ được cung cấp 12 tháng một lần sau đây: • Khám trực tràng bằng ngón tay • Xét nghiệm Kháng nguyên Đặc hiệu Tuyến Tiền liệt (Prostate Specific Antigen, PSA)	**Trong mạng lưới:** Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho một lần xét nghiệm PSA hàng năm. Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho một buổi thăm khám trực tràng bằng ngón tay hàng năm được Medicare bao trả.
Bộ phận giả và vật tư liên quan Các bộ phận giả (ngoại trừ nha khoa) thay thế tất cả hay một phần bộ phận hoặc chức năng của cơ thể. Các bộ phận này bao gồm, nhưng không giới hạn ở: túi hậu môn nhân tạo và vật tư liên quan trực tiếp đến chăm sóc mở thông đại tràng, máy tạo nhịp tim, nẹp, giày cho chân giả, chân tay giả và vú giả (bao gồm áo ngực định hình sau phẫu thuật cắt bỏ vú). Bao gồm một số vật tư liên quan đến các bộ phận giả và dịch vụ sửa chữa và/hoặc thay thế các bộ phận giả. Ngoài ra, cũng bao gồm khoản bao trả một phần sau khi loại bỏ đục thủy tinh thể hoặc phẫu thuật đục thủy tinh thể - xem "Chăm Sóc Nhãn Khoa" ở phần sau trong mục này để biết thêm thông tin chi tiết.	**Trong mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 20% cho mỗi vật dụng được Medicare bao trả. Khoản đồng bảo hiểm 20% cho các vật tư liên quan được Medicare bao trả. **Cần có sự cho phép trước.**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ phục hồi chức năng phổi Các chương trình toàn diện về phục hồi chức năng phổi được bao trả cho các hội viên bệnh tắc nghẽn phổi mạn tính (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) từ mức độ vừa đến rất nặng và được bác sĩ điều trị bệnh hô hấp mạn tính giới thiệu để phục hồi chức năng phổi.	**Trong mạng lưới:** $25 đồng thanh toán cho mỗi ngày phục hồi chức năng phổi theo giới hạn thăm khám của Medicare. **Cần có sự cho phép trước.**
Khám sàng lọc và tư vấn để giảm lạm dụng rượu Chúng tôi bao trả một lần khám sàng lọc tình trạng lạm dụng rượu dành cho người lớn tham gia Medicare (bao gồm cả phụ nữ mang thai) lạm dụng rượu, nhưng không nghiện rượu. Nếu quý vị có kết quả sàng lọc dương tính đối với lạm dụng rượu, quý vị có thể nhận tối đa 4 buổi tư vấn trực tiếp ngắn mỗi năm (nếu quý vị có năng lực và tỉnh táo trong suốt buổi tư vấn) được cung cấp bởi chuyên viên y tế hoặc bác sĩ chăm sóc chính đủ tiêu chuẩn tại cơ sở chăm sóc chính.	**Trong mạng lưới:** Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ nào cho phúc lợi khám sàng lọc và tư vấn giảm tình trạng lạm dụng rượu được Medicare bao trả.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Khám sàng lọc ung thư phổi bằng chụp cắt lớp vi tính liều thấp (low dose computed tomography, LDCT) Với những cá nhân đủ tiêu chuẩn, LDCT được bao trả 12 tháng một lần. **Những hội viên đủ điều kiện là**: người trong độ tuổi từ 55 - 77 tuổi không có dấu hiệu hay triệu chứng của ung thư phổi, nhưng có tiền sử hút thuốc lá ít nhất 30 bao-năm hoặc những người hiện đang hút thuốc hoặc đã bỏ hút thuốc trong vòng 15 năm qua, người đã nhận được y lệnh chụp LDCT trong một lần thăm khám tư vấn sàng lọc ung thư phổi và ra quyết định chung đáp ứng các tiêu chuẩn Medicare đối với những lần thăm khám này và phải được thực hiện bởi một bác sĩ hoặc chuyên viên y tế đủ tiêu chuẩn không phải bác sĩ. *Đối với những lần khám sàng lọc ung thư phổi bằng chụp LDCT sau lần sàng lọc chụp LDCT lần đầu:* hội viên đó phải nhận được y lệnh về việc khám sàng lọc ung thư phổi bằng chụp LDCT, mà có thể được thực hiện trong bất kỳ lần thăm khám thích hợp nào với một bác sĩ hoặc chuyên viên y tế đủ tiêu chuẩn không phải bác sĩ. Nếu một bác sĩ hoặc chuyên viên y tế đủ tiêu chuẩn không phải bác sĩ chọn cung cấp thăm khám tư vấn sàng lọc ung thư phổi và ra quyết định chung cho những lần sàng lọc ung thư phổi kế tiếp bằng LDCT, thì lần thăm khám đó phải đáp ứng các tiêu chuẩn của Medicare về những lần thăm khám này.	**Trong mạng lưới:** Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho việc thăm khám tư vấn và ra quyết định chung được Medicare bao trả hoặc cho lần chụp LDCT.
Khám sàng lọc để phát hiện các bệnh lây truyền qua đường tình dục (sexually transmitted infection, STI) và tư vấn để phòng ngừa STI Chúng tôi bao trả cho các lần khám sàng lọc bệnh lây truyền qua đường tình dục (sexually transmitted infection, STI) để phát hiện chlamydia, lậu, giang mai và Viêm gan B. Những lần khám sàng lọc này được bao trả cho phụ nữ mang thai và một số người có nguy cơ cao mắc STI khi các xét nghiệm được bác sĩ chăm sóc chính chỉ định. Chúng tôi bao trả các xét nghiệm này 12 tháng một lần hoặc vào những thời điểm nhất định trong thai kỳ. Chúng tôi cũng bao trả tối đa 2 buổi tư vấn cá nhân trực tiếp cường độ cao về hành vi kéo dài 20 đến 30 phút mỗi năm dành cho những người trưởng thành có hoạt động tình dục có nguy cơ mắc STI cao. Chúng tôi sẽ chỉ bao trả các buổi tư vấn này như một dịch vụ phòng ngừa nếu chúng được một bác sĩ chăm sóc chính cung cấp và được thực hiện tại một cơ sở chăm sóc chính, chẳng hạn như văn phòng của bác sĩ.	**Trong mạng lưới:** Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho việc khám sàng lọc STI được Medicare bao trả và tư vấn về phúc lợi phòng ngừa STI.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ điều trị bệnh thận Các dịch vụ được bao trả bao gồm: • Các dịch vụ giáo dục về bệnh thận để dạy về cách chăm sóc thận và giúp các hội viên đưa ra quyết định sáng suốt về việc chăm sóc của mình. Đối với những hội viên mắc bệnh thận mạn tính giai đoạn IV khi được bác sĩ của họ giới thiệu, chúng tôi bao trả tối đa sáu buổi cung cấp dịch vụ giáo dục về bệnh thận trọn đời • Điều trị thẩm tách ngoại trú (bao gồm điều trị thẩm tách khi tạm thời ở bên ngoài khu vực dịch vụ, như đã giải thích trong Chương 3) • Điều trị thẩm tách nội trú (nếu quý vị nhập viện với tư cách bệnh nhân nội trú để được chăm sóc đặc biệt) • Đào tạo tự thẩm tách (bao gồm đào tạo cho quý vị và bất kỳ ai giúp quý vị thẩm tách tại nhà) • Thiết bị và vật tư thẩm tách tại nhà • Một số dịch vụ hỗ trợ tại nhà (chẳng hạn như khi cần thiết, các nhân viên thẩm tách được đào tạo sẽ đến để kiểm tra quá trình thẩm tách tại nhà của quý vị, giúp đỡ trong trường hợp khẩn cấp, đồng thời kiểm tra thiết bị thẩm tách và nguồn cung cấp nước của quý vị) Một số loại thuốc để thẩm tách được bao trả theo phúc lợi thuốc Medicare Part B của quý vị. Để biết thông tin về bảo hiểm cho Thuốc Part B, vui lòng tới mục “Thuốc theo toa Medicare Part B”.	**<u>Trong mạng lưới:</u>** Khoản đồng bảo hiểm 20% cho mỗi lần điều trị thẩm tách được Medicare bao trả. $0 đồng thanh toán cho các dịch vụ giáo dục bệnh thận được Medicare bao trả. **Cần có sự cho phép trước.**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) (Để biết định nghĩa về "chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn", hãy xem Chương 12 của tập sách này. Cơ sở điều dưỡng chuyên môn đôi khi được gọi tắt là "SNF".) Chương trình bao trả 100 ngày cho mỗi giai đoạn phúc lợi Medicare cho các dịch vụ chuyên môn được Medicare bao trả. Cách mà cả chương trình của chúng tôi và Original Medicare đánh giá việc sử dụng dịch vụ của cơ sở điều dưỡng chuyên môn (skilled nursing facility, SNF) của quý vị. Giai đoạn phúc lợi bắt đầu từ ngày quý vị nhập viện hoặc tới cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Giai đoạn phúc lợi kết thúc khi quý vị chưa nhận được bất kỳ dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện nào (hoặc dịch vụ chăm sóc chuyên môn tại một SNF) trong 60 ngày liên tiếp. Nếu quý vị nhập viện hoặc vào một cơ sở điều dưỡng chuyên môn sau khi một giai đoạn phúc lợi đã kết thúc, thì một giai đoạn phúc lợi mới sẽ bắt đầu. Không giới hạn số giai đoạn phúc lợi. Các dịch vụ được bao trả bao gồm nhưng không giới hạn ở: • Phòng hai giường (hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y khoa) • Các bữa ăn, bao gồm cả chế độ ăn đặc biệt • Các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn • Liệu pháp vật lý, liệu pháp chức năng và liệu pháp âm ngữ • Các thuốc được quý vị dùng như một phần trong kế hoạch chăm sóc của quý vị (Điều này bao gồm các chất có tự nhiên trong cơ thể, chẳng hạn như các yếu tố đông máu.) • Máu - bao gồm lưu trữ và truyền máu. Bảo hiểm cho toàn bộ máu và hồng cầu đóng gói bắt đầu với pint máu đầu tiên mà quý vị cần. • Các vật tư y tế và phẫu thuật thường được SNF cung cấp • Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm thường được SNF cung cấp • Các dịch vụ chụp X-quang và chụp quang tuyến khác thường được SNF cung cấp • Sử dụng các thiết bị chẳng hạn như xe lăn thường được SNF cung cấp • Dịch vụ thăm khám với Bác sĩ/Chuyên viên Y tế	**Trong mạng lưới:** $0 đồng thanh toán mỗi ngày cho các ngày từ 1-20 $125 đồng thanh toán mỗi ngày cho ngày 21-100. Không cần nằm viện nội trú trước khi nhập viện. **Cần có sự cho phép trước.**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF)(tiếp) Nói chung, quý vị sẽ nhận được dịch vụ chăm sóc tại SNF của mình từ các cơ sở trong mạng lưới. Tuy nhiên, theo một số điều kiện được liệt kê dưới đây, quý vị có thể thanh toán khoản chia sẻ chi phí trong mạng lưới cho một cơ sở không phải là nhà cung cấp trong mạng lưới, nếu cơ sở đó chấp nhận số tiền thanh toán của chương trình chúng tôi. • Nhà dưỡng lão hoặc hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc liên tục nơi quý vị đang sống ngay trước khi quý vị vào bệnh viện (với điều kiện là nơi này cung cấp dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn) • SNF nơi vợ/chồng của quý vị đang sống tại thời điểm quý vị xuất viện	
Cai hút thuốc và cai sử dụng thuốc lá (tư vấn để cai hút thuốc hoặc sử dụng thuốc lá) <u>Nếu quý vị sử dụng thuốc lá, nhưng không có các dấu hiệu hoặc triệu chứng của bệnh liên quan đến thuốc lá:</u> Chúng tôi bao trả cho hai đợt tư vấn cai thuốc lá trong khoảng thời gian 12 tháng dưới hình thức dịch vụ phòng ngừa miễn phí cho quý vị. Mỗi lần tư vấn bao gồm tối đa bốn lần thăm khám trực tiếp. <u>Nếu quý vị sử dụng thuốc lá và đã được chẩn đoán mắc bệnh liên quan đến thuốc lá hoặc đang dùng thuốc có thể bị ảnh hưởng do thuốc lá</u>: Chúng tôi bao trả các dịch vụ tư vấn cai thuốc lá. Chúng tôi bao trả cho hai đợt tư vấn cai thuốc lá trong khoảng thời gian 12 tháng, tuy nhiên quý vị sẽ thanh toán khoản chia sẻ chi phí áp dụng. Mỗi lần tư vấn bao gồm tối đa bốn lần thăm khám trực tiếp.	**<u>Trong mạng lưới:</u>** Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ nào cho phúc lợi phòng ngừa cai hút thuốc và cai sử dụng thuốc lá được Medicare bao trả.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Liệu pháp Thể dục Có Giám sát (Supervised Exercise Therapy, SET) SET được bao trả cho các hội viên mắc bệnh động mạch ngoại biên (peripheral artery disease, PAD) có triệu chứng và được giới thiệu điều trị PAD từ một bác sĩ chịu trách nhiệm điều trị PAD. Sẽ bao trả tối đa 36 buổi điều trị trong 12 tuần nếu đáp ứng các yêu cầu của chương trình SET. Chương trình SET phải: • Bao gồm các buổi điều trị kéo dài từ 30-60 phút, gồm một chương trình huấn luyện-tập thể dục trị liệu cho PAD với bệnh nhân chân đau cách hồi • Được tiến hành trong môi trường ngoại trú tại bệnh viện hoặc văn phòng bác sĩ • Được cung cấp bởi nhân viên phụ trợ đủ tiêu chuẩn để đảm bảo lợi ích cao hơn tác hại, và là người được đào tạo về liệu pháp thể dục cho PAD • Chịu sự giám sát trực tiếp của một bác sĩ, phụ tá bác sĩ hoặc điều dưỡng điều trị/điều dưỡng chuyên khoa lâm sàng, những người này phải được đào tạo về các kỹ thuật hồi sinh tim phổi cả cơ bản và nâng cao SET có thể được bao trả sau khi kết thúc 36 buổi trong 12 tuần thêm 36 buổi nữa trong một khoảng thời gian kéo dài nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho là cần thiết về mặt y khoa.	**Trong mạng lưới:** $30 đồng thanh toán cho mỗi buổi trị liệu thể dục được Medicare giám sát. **Phải có sự cho phép trước.**
Dịch vụ vận chuyển Bảo hiểm cho dịch vụ vận chuyển phi cấp cứu, phi y tế được cung cấp cho việc đưa đón thông thường đến các cuộc hẹn y tế và cơ sở y tế trong khu vực dịch vụ.	**Trong mạng lưới:** $0 đồng thanh toán cho tối đa 20 chuyến đi một chiều mỗi năm đến các địa điểm được chương trình phê duyệt. Giới hạn cho các cuộc hẹn y tế và các cơ sở y tế trong khu vực dịch vụ.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ cấp thiết Dịch vụ cấp thiết được cung cấp để điều trị bệnh, thương tích hoặc tình trạng y tế bất ngờ và phi cấp cứu, đòi hỏi dịch vụ chăm sóc y tế ngay lập tức. Dịch vụ cấp thiết có thể được các nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc nhà cung cấp ngoài mạng lưới cung cấp khi các nhà cung cấp trong mạng lưới tạm thời không có mặt hoặc không tiếp cận được. Khoản chia sẻ chi phí đối với các dịch vụ cấp thiết được cung cấp ngoài mạng lưới bằng mức các dịch vụ này được cung cấp trong mạng lưới. Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp chỉ được bao trả trong phạm vi Hoa Kỳ.	**Trong mạng lưới và Ngoài mạng lưới:** $25 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám được Medicare bao trả.
Chăm sóc sức khỏe nhãn khoa Các dịch vụ được bao trả bao gồm: • Các dịch vụ thăm khám với bác sĩ ngoại trú để chẩn đoán và điều trị các bệnh và thương tích về mắt, bao gồm điều trị thoái hóa điểm vàng do lão hoá. Original Medicare không bao trả các lần khám mắt định kỳ (tật khúc xạ mắt) cho kính mắt/kính áp tròng • Đối với những người có nguy cơ cao bị tăng nhãn áp, chúng tôi sẽ bao trả dịch vụ khám sàng lọc bệnh tăng nhãn áp mỗi năm một lần. Những người có nguy cơ mắc bệnh tăng nhãn áp cao bao gồm: những người có tiền sử gia đình mắc bệnh tăng nhãn áp, người mắc bệnh tiểu đường và người Mỹ gốc Phi từ 50 tuổi trở lên và người Mỹ gốc Tây Ban Nha và/hoặc Bồ Đào Nha từ 65 tuổi trở lên • Với những người mắc bệnh tiểu đường, khám sàng lọc bệnh võng mạc do tiểu đường được bao trả mỗi năm một lần • Một (1) cặp kính mắt hoặc kính áp tròng sau mỗi lần phẫu thuật đục thủy tinh thể bao gồm đặt thấu kính nội nhãn. (Nếu quý vị trải qua hai cuộc phẫu thuật đục thủy tinh thể riêng biệt thì quý vị không được bảo lưu phúc lợi sau cuộc phẫu thuật đầu tiên và phải mua hai kính mắt sau cuộc phẫu thuật thứ hai.)	**Trong mạng lưới:** $20 đồng thanh toán cho các lần khám mắt được Medicare bao trả để chẩn đoán và điều trị các bệnh và tình trạng của mắt. Xem mục “Thuốc theo toa Medicare Part B” để biết số tiền đồng bảo hiểm nếu thuốc Part B được cung cấp trong quá trình thăm khám. $0 đồng thanh toán cho một lần khám sàng lọc tăng nhãn áp hàng năm. $0 đồng thanh toán cho kính có gọng, tròng kính hoặc kính áp tròng sau khi phẫu thuật đục thủy tinh thể. Bao trả 100% tối đa mức Medicare cho phép.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	**Quý vị phải thanh toán những gì** khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc sức khỏe nhãn khoa (tiếp) • Khám thị lực định kỳ • Kính mắt thường xuyên	$0 đồng thanh toán cho 1 lần khám thị lực định kỳ hàng năm. *Giới hạn bao trả của chương trình $125 cho kính mắt, kính có gọng và/hoặc kính áp tròng mỗi năm không liên quan đến giai đoạn sau khi phẫu thuật đục thủy tinh thể. Phụ cấp chỉ có thể được sử dụng trong một ngày nhận dịch vụ. *Không được tính vào số tiền xuất túi tối đa.
Thăm khám phòng ngừa "Chào Mừng Tham Gia Medicare" Chương trình bao trả một lần cho lần khám phòng ngừa "Chào Mừng Tham Gia Medicare". Lần thăm khám này bao gồm đánh giá sức khỏe quý vị, cũng như giáo dục và tư vấn về các dịch vụ phòng ngừa mà quý vị cần (bao gồm một số lần khám sàng lọc và tiêm chủng) và giới thiệu đến dịch vụ chăm sóc khác nếu cần thiết. **Quan trọng:** Chúng tôi bao trả thăm khám phòng ngừa "Chào Mừng Tham Gia Medicare" chỉ trong 12 tháng đầu tiên kể từ khi quý vị tham gia vào Medicare Part B. Khi quý vị lên lịch hẹn khám, hãy cho văn phòng bác sĩ của quý vị biết quý vị muốn lên lịch thăm khám phòng ngừa "Chào Mừng Tham Gia Medicare".	**Trong mạng lưới:** Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ nào cho thăm khám phòng ngừa "Chào Mừng Tham Gia Medicare".

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

Phần 3.1 Những dịch vụ mà chúng tôi *không* bao trả (các trường hợp loại trừ)

Mục này cho quý vị biết loại dịch vụ nào bị "loại trừ" khỏi khoản bao trả của Medicare và vì thế, không được chương trình này bao trả. Nếu một dịch vụ bị "loại trừ", điều đó có nghĩa là chương trình này không bao trả cho dịch vụ đó.

Bảng dưới đây liệt kê các dịch vụ và vật dụng không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào hoặc chỉ được bao trả theo một số điều kiện cụ thể.

Nếu quý vị nhận các dịch vụ bị loại trừ (không được bao trả), quý vị phải tự thanh toán cho các dịch vụ đó. Chúng tôi sẽ không thanh toán cho các dịch vụ y tế bị loại trừ được liệt kê trong bảng bên dưới ngoại trừ theo các điều kiện cụ thể được nêu. Trường hợp ngoại lệ duy nhất: chúng tôi sẽ thanh toán nếu, sau khi kháng cáo, một dịch vụ trong bảng dưới đây được xác định là dịch vụ y tế đáng lẽ chúng tôi phải thanh toán hoặc bao trả vì trường hợp cụ thể của quý vị. (Để biết thông tin cho việc kháng cáo quyết định của chúng tôi về việc không bao trả cho một dịch vụ y tế, hãy xem Chương 9, Mục 5.3 trong tập tài liệu này.)

Tất cả các trường hợp loại trừ hoặc giới hạn về dịch vụ được mô tả trong Bảng Phúc lợi hoặc trong bảng dưới đây.

Ngay cả khi quý vị nhận được các dịch vụ bị loại trừ tại cơ sở cấp cứu, các dịch vụ bị loại trừ vẫn không được bao trả và chương trình của chúng tôi sẽ không thanh toán cho các dịch vụ đó.

Các dịch vụ không được Medicare bao trả	Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào	Chỉ được bao trả theo một số điều kiện cụ thể
Châm cứu		✓ Được bao trả cho chứng đau thắt lưng mạn tính

Các dịch vụ không được Medicare bao trả	Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào	Chỉ được bao trả theo một số điều kiện cụ thể
Phẫu thuật hoặc thủ thuật thẩm mỹ		✓ Được bao trả trong trường hợp bị thương do tai nạn hoặc để cải thiện chức năng của một bộ phận cơ thể bị dị tật. Được bao trả cho tất cả các giai đoạn tái tạo vú sau khi phẫu thuật cắt bỏ vú, cũng như phần vú không bị ảnh hưởng để có hình dạng cân xứng.
Dịch vụ chăm sóc trông nom là dịch vụ chăm sóc được cung cấp ở nhà dưỡng lão, cơ sở chăm sóc cuối đời hoặc cơ sở khác khi quý vị không cần chăm sóc y tế chuyên môn hoặc chăm sóc điều dưỡng chuyên môn. Dịch vụ chăm sóc trông nom là dịch vụ chăm sóc cá nhân không yêu cầu sự chăm sóc liên tục của nhân viên y tế hoặc nhân viên trợ giúp y tế được đào tạo, chẳng hạn như chăm sóc giúp quý vị thực hiện các sinh hoạt hàng ngày như tắm rửa hoặc mặc quần áo.	✓	

Các dịch vụ không được Medicare bao trả	Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào	Chỉ được bao trả theo một số điều kiện cụ thể
Các thủ thuật, thiết bị và thuốc dùng cho phẫu thuật và y tế thử nghiệm. Các thủ thuật và vật dụng mang tính thử nghiệm là các thủ thuật và vật dụng mà chương trình của chúng tôi và Original Medicare xác định là không được chấp nhận chung trong cộng đồng y khoa.		✓ Có thể được Original Medicare bao trả theo một công trình nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt hoặc theo chương trình của chúng tôi. (Xem Chương 3, Phần 5 để biết thêm thông tin về các công trình nghiên cứu lâm sàng.)
Phí trả cho việc chăm sóc bởi người thân hoặc thành viên trong hộ gia đình quý vị.	✓	
Chăm sóc điều dưỡng toàn thời gian tại nhà của quý vị.	✓	
Dịch vụ giúp việc nhà bao gồm hỗ trợ về công việc nhà cơ bản, bao gồm công việc trông nom nhà cửa nhẹ nhàng hoặc chuẩn bị bữa ăn nhẹ.	✓	
Các dịch vụ liệu pháp tự nhiên (sử dụng biện pháp điều trị tự nhiên hoặc biện pháp điều trị thay thế).	✓	
Giày chỉnh hình		✓ Nếu đó là giày kết hợp nẹp chân và được bao gồm trong chi phí nẹp hoặc giày dành cho người mắc bệnh về bàn chân do tiểu đường.
Các vật dụng cá nhân trong phòng của quý vị tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chẳng hạn như điện thoại hoặc TV.	✓	

Các dịch vụ không được Medicare bao trả	Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào	Chỉ được bao trả theo một số điều kiện cụ thể
Phòng riêng trong bệnh viện.		✓ Chỉ được bao trả khi cần thiết về mặt y khoa.
Phẫu thuật mở giác mạc tỏa tròn, phẫu thuật LASIK và các thiết bị hỗ trợ thị lực kém khác.	✓	
Các thủ thuật phục hồi khả năng sinh con và/hoặc các vật tư tránh thai không theo toa.	✓	
Chăm sóc nắn chỉnh khớp xương định kỳ		✓ Việc nắn chỉnh cột sống bằng tay để khắc phục tình trạng trật khớp nhẹ được bao trả.
Chăm sóc nha khoa định kỳ, chẳng hạn như làm sạch răng, trám răng hoặc răng giả.		✓ Một số dịch vụ nha khoa phòng ngừa, chẳng hạn như làm sạch răng và khám răng có thể được bao trả. Các dịch vụ nha khoa Chính khác có thể được bao trả.
Chăm sóc bàn chân định kỳ		✓ Một số khoản bao trả có giới hạn được cung cấp theo các hướng dẫn của Medicare (ví dụ như nếu quý vị mắc bệnh tiểu đường).
Các dịch vụ được coi là không hợp lý và cần thiết theo các tiêu chuẩn của Original Medicare	✓	
Các thiết bị hỗ trợ cho bàn chân		✓ Giày chỉnh hình hoặc giày trị liệu dành cho người mắc bệnh về bàn chân do tiểu đường.

CHƯƠNG 5

Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho thuốc kê toa Part D của quý vị

Chương 5. Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các loại thuốc kê toa Part D của quý vị

PHẦN 1 Giới thiệu 121
Phần 1.1 Chương này mô tả khoản bao trả cho thuốc Part D của quý vị 121
Phần 1.2 Các quy tắc cơ bản về khoản bao trả thuốc Part D của chương trình 122

PHẦN 2 Mua thuốc kê toa tại nhà thuốc trong mạng lưới hoặc thông qua dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện của chương trình 123
Phần 2.1 Để thuốc kê toa của quý vị được bao trả, hãy sử dụng một nhà thuốc trong mạng lưới 123
Phần 2.2 Tìm nhà thuốc trong mạng lưới 123
Phần 2.3 Sử dụng dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện của chương trình 124
Phần 2.4 Làm thế nào để nhận lượng thuốc dài hạn? 126
Phần 2.5 Khi nào quý vị có thể sử dụng nhà thuốc không nằm trong mạng lưới của chương trình? 127

PHẦN 3 Thuốc của quý vị cần có trong "Danh sách Thuốc" của chương trình 127
Phần 3.1 "Danh sách Thuốc" cho biết những thuốc Part D nào được bao trả 127
Phần 3.2 Có 5 "bậc chia sẻ chi phí" cho các loại thuốc trong Danh sách Thuốc 129
Phần 3.3 Làm thế nào để biết được một loại thuốc cụ thể có trong Danh Sách Thuốc? 129

PHẦN 4 Có các hạn chế về khoản bao trả đối với một số loại thuốc 130
Phần 4.1 Tại sao một số loại thuốc lại bị hạn chế bao trả? 130
Phần 4.2 Có các loại hạn chế nào? 130
Phần 4.3 Có bất kỳ hạn chế nào trong số này áp dụng cho thuốc của quý vị không? 131

PHẦN 5 Điều gì xảy ra nếu một trong các loại thuốc của quý vị không được bao trả theo cách quý vị muốn được bao trả? 132
Phần 5.1 Có những điều quý vị có thể thực hiện nếu thuốc của quý vị không được bao trả theo cách quý vị muốn được bao trả 132
Phần 5.2 Quý vị có thể làm gì nếu thuốc của quý vị không có trong Danh Sách Thuốc hoặc nếu thuốc bị hạn chế theo cách nào đó? 133
Phần 5.3 Quý vị có thể làm gì nếu thuốc của quý vị nằm trong bậc chia sẻ chi phí mà quý vị cho là quá cao? 135

PHẦN 6 Điều gì xảy ra nếu bảo hiểm của quý vị có sự thay đổi đối với một trong các loại thuốc của quý vị? 135

Phần 6.1 Danh Sách Thuốc có thể thay đổi trong năm 135

Phần 6.2 Điều gì xảy ra nếu bảo hiểm có sự thay đổi đối với loại thuốc quý vị đang dùng? 136

PHẦN 7 Những loại thuốc nào *không* được chương trình bao trả? 138

Phần 7.1 Những loại thuốc chúng tôi không bao trả 138

PHẦN 8 Xuất trình thẻ hội viên chương trình của quý vị khi quý vị mua thuốc kê toa 140

Phần 8.1 Xuất trình thẻ hội viên của quý vị 140

Phần 8.2 Điều gì xảy ra nếu quý vị không mang theo thẻ hội viên? 140

PHẦN 9 Bảo hiểm thuốc Part D trong các tình huống đặc biệt 141

Phần 9.1 Điều gì xảy ra nếu quý vị phải ở lại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn được chương trình bao trả? 141

Phần 9.2 Điều gì xảy ra nếu quý vị là người cư trú trong cơ sở chăm sóc dài kỳ (LTC)? 141

Phần 9.3 Điều gì xảy ra nếu quý vị cũng nhận được bảo hiểm thuốc từ hãng sở hoặc chương trình nhóm hưu trí? 142

Phần 9.4 Điều gì xảy ra nếu quý vị tham gia chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận? 142

PHẦN 10 Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc 143

Phần 10.1 Các chương trình nhằm giúp hội viên sử dụng thuốc một cách an toàn 143

Phần 10.2 Chương trình Quản lý Thuốc (DMP) nhằm giúp các hội viên sử dụng thuốc opioid một cách an toàn 144

Phần 10.3 Chương trình Quản lý Trị liệu Bằng thuốc (MTM) nhằm giúp hội viên quản lý thuốc của họ 144

Quý vị có biết rằng có những chương trình giúp thanh toán chi phí thuốc của quý vị không?

Có các chương trình giúp cho những người có nguồn lực hạn chế thanh toán tiền thuốc của họ. Những chương trình này bao gồm "Trợ Giúp Bổ Sung" và các Chương trình Trợ giúp về Thuốc của Tiểu bang. Để biết thêm thông tin, hãy xem Chương 2, Phần 7.

Quý vị có đang nhận trợ giúp thanh toán cho thuốc của mình không?

Nếu quý vị đang trong một chương trình giúp thanh toán cho các loại thuốc của mình, **một số thông tin trong Chứng Thư Bảo Hiểm này về các chi phí cho thuốc kê toa Part D có thể không áp dụng cho quý vị.** Chúng tôi gửi cho quý vị tờ thông tin riêng, gọi là "Điều khoản Bổ sung Chứng Thư Bảo Hiểm dành cho Người Nhận Trợ giúp Bổ sung để Thanh toán cho Thuốc Theo Toa" (còn gọi là "Điều khoản Bổ sung về Trợ cấp cho Người có Thu nhập Thấp" hoặc "Điều khoản Bổ sung LIS"), để quý vị biết về khoản bao trả thuốc của mình. Nếu quý vị không có tờ thông tin này, vui lòng gọi điện cho Dịch vụ Hội viên và đề nghị được nhận "Điều khoản Bổ sung LIS". (Số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Hội Viên được in ở bìa sau của tập tài liệu này.)

PHẦN 1 Giới thiệu

Phần 1.1 Chương này mô tả khoản bao trả cho thuốc Part D của quý vị

Chương này **giải thích các quy tắc về việc sử dụng khoản bao trả cho thuốc Part D của quý vị**. Chương tiếp theo cho biết số tiền quý vị phải trả cho thuốc Part D *(Chương 6, Số tiền quý vị thanh toán cho thuốc kê toa Part D*).

Ngoài khoản bao trả cho các thuốc Part D của quý vị, KelseyCare Advantage Platinum cũng bao trả một số loại thuốc theo các phúc lợi y tế của chương trình. Thông qua khoản bao trả các phúc lợi Medicare Part A, chương trình của chúng tôi thường bao trả những loại thuốc mà quý vị nhận trong thời gian lưu trú được bao trả tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Thông qua khoản bao trả các phúc lợi Medicare Part B, chương trình của chúng tôi bao trả những loại thuốc bao gồm một số loại thuốc hóa trị liệu, một số loại thuốc tiêm quý vị nhận khi thăm khám tại văn phòng và thuốc quý vị nhận tại cơ sở thẩm tách. Chương 4 (*Sơ Đồ Phúc Lợi Y Tế, các dịch vụ được bao trả và các dịch vụ quý vị phải thanh toán*) cho biết về các phúc lợi và chi phí thuốc trong thời gian lưu trú tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn được bao trả, cũng như các phúc lợi và chi phí thuốc Part B của quý vị.

Thuốc của quý vị có thể được Original Medicare bao trả nếu quý vị đang tham gia chương trình chăm sóc cuối đời của Medicare. Chương trình của chúng tôi chỉ bao trả cho các dịch vụ và thuốc Medicare Part A, B và D không liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị và tình trạng bệnh liên quan và vì thế không được bao trả theo phúc lợi chương trình chăm sóc cuối đời của Medicare. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Mục 9.4 *(Điều gì xảy ra nếu quý vị tham gia chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận).* Để biết thêm thông tin về khoản bao trả chăm sóc cuối đời, hãy xem mục chăm sóc cuối đời thuộc Chương 4 (*Sơ Đồ Phúc Lợi Y Tế, các dịch vụ được bao trả và các dịch vụ quý vị phải thanh toán*).

Các mục sau đây trình bày khoản bao trả thuốc của quý vị theo các quy tắc về phúc lợi Part D của chương trình. Phần 9, *Khoản bao trả thuốc Part D trong các trường hợp đặc biệt* nêu thêm thông tin về khoản bao trả Part D của quý vị và Original Medicare.

Phần 1.2 Các quy tắc cơ bản về khoản bao trả thuốc Part D của chương trình

Chương trình thường sẽ bao trả các loại thuốc của quý vị với điều kiện là quý vị tuân theo các quy tắc cơ bản sau đây:

- Quý vị phải được nhà cung cấp (bác sĩ, nha sĩ hoặc người kê toa khác) kê toa cho quý vị.
- Người kê toa của quý vị phải chấp nhận Medicare hoặc nộp tài liệu tới Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) chỉ ra rằng người đó có đủ tiêu chuẩn kê toa thuốc, nếu không thì yêu cầu bao trả Part D của quý vị sẽ bị từ chối. Quý vị nên hỏi người kê toa của quý vị vào lần gọi điện hoặc thăm khám tới xem họ có đáp ứng điều kiện này không. Nếu không, hãy lưu ý rằng sẽ mất thời gian để người kê toa của quý vị gửi giấy tờ cần thiết để xử lý.
- Quý vị thường phải sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới để mua thuốc kê toa. (Xem Mục 2, *Mua thuốc kê toa tại nhà thuốc trong mạng lưới hoặc thông qua dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện của chương trình*.)
- Thuốc của quý vị phải có trong *Danh sách Thuốc Được Bao trả (Danh mục Thuốc)* của chương trình (chúng tôi gọi tắt là "Danh sách Thuốc"). (Xem Mục 3, *Thuốc của quý vị cần có trong "Danh sách Thuốc*"của chương trình.)
- Thuốc của quý vị phải được sử dụng theo chỉ định đã được chấp nhận về mặt y tế. Sử dụng theo "chỉ định đã được chấp nhận về mặt y tế" là việc dùng thuốc đúng theo sự phê duyệt của Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm hoặc được xác nhận bởi một số sách tham khảo. (Xem Mục 3 để biết thêm thông tin về chỉ định đã được chấp nhận về mặt y tế.)

PHẦN 2 Mua thuốc kê toa tại nhà thuốc trong mạng lưới hoặc thông qua dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện của chương trình

Phần 2.1 Để thuốc kê toa của quý vị được bao trả, hãy sử dụng một nhà thuốc trong mạng lưới

Trong hầu hết các trường hợp, thuốc kê toa của quý vị được bao trả *chỉ* khi mua tại các nhà thuốc trong mạng lưới của chương trình. (Xem Mục 2.5 để biết thông tin về các trường hợp chúng tôi bao trả cho thuốc kê toa mua tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới.)

Nhà thuốc trong mạng lưới là nhà thuốc ký hợp đồng với chương trình để cung cấp thuốc kê toa được bao trả cho quý vị. Thuật ngữ "thuốc được bao trả" có nghĩa là tất cả thuốc kê toa Part D được bao trả trong Danh sách Thuốc của chương trình.

Mạng lưới của chúng tôi bao gồm những nhà thuốc cung cấp khoản chia sẻ chi phí tiêu chuẩn và những nhà thuốc cung cấp khoản chia sẻ chi phí ưu tiên. Quý vị có thể phải đi đến một trong hai loại nhà thuốc nêu trên trong mạng lưới để nhận thuốc kê toa được bao trả của quý vị. Khoản chia sẻ chi phí của quý vị có thể thấp hơn ở những nhà thuốc có khoản chia sẻ chi phí ưu tiên.

Phần 2.2 Tìm nhà thuốc trong mạng lưới

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

Để tìm nhà thuốc trong mạng lưới, quý vị có thể tra trong *Danh Mục Nhà Thuốc*, truy cập trang web của chúng tôi (www.kelseycareadvantage.com), hoặc gọi tới Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại được in ở bìa sau của tập tài liệu này).

Quý vị có thể đến bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi. Tuy nhiên, các chi phí thuốc được bao trả của quý vị thậm chí có thể thấp hơn nếu quý vị sử dụng một nhà thuốc trong mạng lưới cung cấp khoản chia sẻ chi phí ưu tiên chứ không phải nhà thuốc trong mạng lưới cung cấp khoản chia sẻ chi phí tiêu chuẩn. *Danh Mục Nhà Thuốc* sẽ cho quý vị biết nhà thuốc nào trong mạng lưới cung cấp khoản chia sẻ chi phí ưu tiên. Quý vị có thể tìm hiểu thêm về việc các chi phí xuất túi của mình cho các loại thuốc khác nhau có thể khác nhau như thế nào bằng cách liên hệ với chúng tôi. Nếu quý vị chuyển từ nhà thuốc này sang nhà thuốc khác trong mạng lưới và quý vị cần mua thêm thuốc mà quý vị đang dùng, quý vị có thể yêu cầu nhà cung cấp kê một toa thuốc mới hoặc yêu cầu chuyển toa thuốc của mình tới nhà thuốc mới trong mạng lưới của quý vị.

Điều gì xảy ra nếu nhà thuốc quý vị đang sử dụng rời khỏi mạng lưới?

Nếu nhà thuốc mà quý vị đang sử dụng rời khỏi mạng lưới của chương trình, quý vị sẽ phải tìm một nhà thuốc mới trong mạng lưới. Hoặc nếu nhà thuốc quý vị đang sử dụng vẫn trong mạng lưới nhưng không còn cung cấp khoản chia sẻ chi phí ưu tiên, quý vị có thể muốn chuyển sang một nhà thuốc khác. Để tìm một nhà thuốc khác trong mạng lưới tại khu vực của quý vị, quý vị có thể nhận trợ giúp từ Dịch vụ Hội Viên (số điện thoại được in ở bìa sau của tập tài liệu này) hoặc sử dụng *Danh Mục Nhà Thuốc*. Quý vị cũng có thể tìm thấy thông tin trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ www.kelseycareadvantage.com.

Nếu quý vị cần một nhà thuốc chuyên biệt thì sao?

Đôi khi phải mua các thuốc kê toa tại một nhà thuốc chuyên biệt. Các nhà thuốc chuyên biệt bao gồm:

- Các nhà thuốc cung cấp các loại thuốc dùng cho liệu pháp tiêm truyền tại nhà.
- Các nhà thuốc cung cấp các loại thuốc cho những người cư trú tại cơ sở chăm sóc dài hạn (long-term care, LTC). Thông thường, cơ sở LTC (chẳng hạn như viện dưỡng lão) có nhà thuốc riêng. Nếu quý vị đang ở trong một cơ sở LTC, chúng tôi phải đảm bảo rằng quý vị thường xuyên nhận được các phúc lợi Part D của quý vị thông qua mạng lưới các nhà thuốc LTC của chúng tôi, thường là nhà thuốc được cơ sở LTC sử dụng. Nếu quý vị gặp bất kỳ khó khăn nào trong việc tiếp cận các phúc lợi Part D của quý vị tại một cơ sở LTC, vui lòng liên lạc với Dịch vụ Hội viên.
- Các nhà thuốc phục vụ Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe cho người Mỹ Bản địa / người Mỹ Bản địa trong Bộ lạc / Thành thị (không có sẵn tại Puerto Rico). Ngoại trừ trong các trường hợp cấp cứu, chỉ người Mỹ Bản địa hoặc người Alaska Bản địa mới được quyền tiếp cận các nhà thuốc này trong mạng lưới của chúng tôi.
- Các nhà thuốc cấp phát thuốc bị FDA hạn chế đối với một số địa điểm hoặc các nhà thuốc cần xử lý đặc biệt, điều phối nhà cung cấp hoặc giáo dục về việc sử dụng thuốc. (Lưu ý: Tình huống này hiếm khi xảy ra.)

Để tìm địa điểm của một nhà thuốc chuyên biệt, hãy tra trong *Danh Mục Nhà Thuốc* hoặc gọi tới Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại được in ở bìa sau của tập tài liệu này).

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

Đối với một số loại thuốc nhất định, quý vị có thể sử dụng các dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện trong mạng lưới của chương trình. Thông thường, những loại thuốc được cung cấp qua dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện là những thuốc quý vị dùng thường xuyên để điều trị một bệnh trạng mạn tính hoặc kéo dài. Các loại thuốc *không* có sẵn thông qua dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện của chương trình chúng tôi được đánh dấu là “NM” trong Danh sách Thuốc của chúng tôi.

Dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện của chương trình chúng tôi cho phép quý vị đặt mua **lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 90 ngày**.

Để nhận các mẫu đơn đặt hàng và thông tin về mua thuốc kê toa của quý vị qua đường bưu điện quý vị có thể:

- Gọi số 1-888-970-0914 để được trợ giúp trực tiếp từ đại diện Chăm sóc Khách hàng.
- Đăng nhập vào Caremark.com và yêu cầu mua thêm thuốc qua đường bưu điện.
- Truy cập www.kelseycareadvantage.com và in mẫu đơn đặt hàng qua đường bưu điện.

Thông thường việc đặt mua thuốc ở nhà thuốc bán qua đường bưu điện sẽ mất tối đa 10 ngày. Nếu quý vị cần hỗ trợ do đơn thuốc đặt hàng qua đường bưu điện của quý vị đến muộn, vui lòng gọi 1-888-970-0914 để được trợ giúp trực tiếp từ đại diện Chăm sóc Khách hàng.

Các toa thuốc mới mà nhà thuốc nhận trực tiếp từ văn phòng bác sĩ của quý vị.
Nhà thuốc sẽ tự động mua và giao thuốc kê toa mới mà nhà thuốc nhận được từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà không cần kiểm tra trước với quý vị, nếu:

- Quý vị đã sử dụng dịch vụ đặt mua qua bưu điện với chương trình này trong quá khứ, hoặc
- Quý vị đăng ký giao hàng tự động tất cả các thuốc kê toa mới được nhận trực tiếp từ các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe. Quý vị có thể yêu cầu gửi tự động tất cả các thuốc kê toa mới ngay bây giờ hoặc bất cứ lúc nào bằng cách ghi danh vào Caremark.com hoặc gọi số 1-888-970-0914 để nhận trợ giúp trực tiếp từ đại diện Chăm sóc Khách hàng.

Nếu quý vị nhận được thuốc kê toa tự động gửi qua đường bưu điện mà quý vị không muốn và quý vị không được liên hệ để kiểm tra xem quý vị có muốn nhận thuốc đó không trước khi gửi đến, quý vị có thể đủ điều kiện để được hoàn lại tiền.

Nếu quý vị đã từng sử dụng dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện và không muốn nhà thuốc tự động mua và gửi toa thuốc mới, vui lòng liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi số 1-888-970-0914 để nhận trợ giúp trực tiếp từ đại diện Chăm sóc Khách hàng.

Nếu quý vị chưa bao giờ sử dụng dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện và/hoặc quyết định dừng việc tự động mua các toa thuốc mới, thì nhà thuốc sẽ liên hệ với quý vị mỗi lần họ nhận được một toa thuốc mới từ một nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe để xem quý vị có muốn mua và gửi thuốc ngay hay không. Điều này sẽ cung cấp cho quý vị cơ hội để đảm bảo rằng nhà thuốc đang phân phối đúng thuốc (bao gồm nồng độ, số lượng và dạng thuốc) và, nếu cần, cho phép quý vị hủy hoặc tạm hoãn đơn đặt thuốc đó trước khi quý vị bị lập hóa đơn và thuốc được vận chuyển. Điều quan trọng là quý vị phải phản hồi mỗi lần quý vị được nhà thuốc liên hệ, để cho họ biết họ phải làm gì với toa thuốc mới và tránh chậm trễ trong việc vận chuyển.

Để chọn không tự động gửi toa thuốc mới nhận trực tiếp từ văn phòng của nhà cung cấp chăm

sóc sức khỏe của quý vị, vui lòng liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi số 1-888-970-0914 để nhận trợ giúp trực tiếp từ đại diện Chăm sóc Khách hàng.

Mua thêm thuốc kê toa đặt mua qua đường bưu điện. Để mua thêm thuốc, quý vị có tùy chọn đăng ký tham gia chương trình tự động mua thêm thuốc. Trong chương trình này, chúng tôi sẽ bắt đầu quy trình tự động mua thêm thuốc lần tiếp theo cho quý vị khi hồ sơ của chúng tôi cho thấy quý vị gần hết thuốc. Nhà thuốc sẽ liên hệ với quý vị trước khi giao thuốc mỗi lần mua thêm để đảm bảo rằng quý vị hiện đang cần nhiều thuốc hơn; và quý vị có thể hủy mua thêm thuốc theo lịch nếu quý vị có đủ thuốc hoặc nếu quý vị đổi thuốc. Nếu quý vị chọn không sử dụng chương trình mua thêm thuốc tự động, vui lòng liên lạc với nhà thuốc của quý vị 10 ngày trước khi quý vị cho rằng thuốc quý vị sắp hết để đảm bảo đơn hàng tiếp theo của quý vị được vận chuyển đến quý vị kịp thời.

Để chọn không tham gia chương trình tự động mua thêm thuốc qua đường bưu điện của chúng tôi, vui lòng liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi số 1-888-970-0914 để được trợ giúp trực tiếp từ đại diện Chăm sóc khách hàng.

Vì vậy, nhà thuốc có thể liên hệ với quý vị để xác nhận đơn hàng của quý vị trước khi vận chuyển, vui lòng đảm bảo cho nhà thuốc biết các cách tốt nhất để liên hệ với quý vị. Quý vị có thể liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi số 1-888-970-0914 để được trợ giúp trực tiếp từ đại diện Chăm sóc khách hàng.

Phần 2.4 Làm thế nào để nhận lượng thuốc dài hạn?

Khi quý vị nhận được nguồn cung cấp thuốc dài hạn, mức chia sẻ chi phí của quý vị có thể thấp hơn. Chương trình cung cấp hai cách để có được lượng thuốc dài hạn (còn được gọi là "lượng thuốc kéo dài") cho các loại thuốc "duy trì" trong Danh sách Thuốc của chương trình chúng tôi. (Thuốc duy trì là loại thuốc mà quý vị dùng thường xuyên cho một tình trạng bệnh mạn tính hoặc kéo dài.) Quý vị có thể đặt mua lượng thuốc này thông qua dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện (xem Mục 2.3) hoặc quý vị có thể đi đến nhà thuốc bán lẻ.

1. **Một số nhà thuốc bán lẻ** trong mạng lưới của chúng tôi cho phép quý vị mua lượng thuốc duy trì dài hạn. Một số nhà thuốc bán lẻ này (cung cấp mức chia sẻ chi phí ưu tiên) có thể đồng ý chấp nhận số tiền chia sẻ chi phí thấp hơn cho một lượng thuốc duy trì dài hạn. Các nhà thuốc bán lẻ khác có thể không đồng ý chấp nhận số tiền chia sẻ chi phí thấp hơn cho một lượng thuốc duy trì dài hạn. Trong trường hợp này, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho mức chênh lệch về giá cả. *Danh Mục Nhà Thuốc* cho quý vị biết những nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi có thể cung cấp lượng thuốc duy trì dài hạn cho quý vị. Quý vị cũng có thể gọi tới Dịch Vụ Hội Viên để biết thêm thông tin (số điện thoại được in ở bìa sau của tập tài liệu này).
2. Đối với một số loại thuốc nhất định, quý vị có thể sử dụng các **dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện** trong mạng lưới của chương trình. Các loại thuốc *không* có sẵn thông qua dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện của chương trình chúng tôi được đánh dấu là "NM" trong Danh sách Thuốc của chúng tôi. Dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện

của chương trình chúng tôi cho phép quý vị đặt mua lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 90 ngày. Xem Phần 2.3 để biết thêm thông tin về việc sử dụng các dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện của chúng tôi.

Phần 2.5 Khi nào quý vị có thể sử dụng nhà thuốc không nằm trong mạng lưới của chương trình?

Đơn thuốc của quý vị có thể được bao trả trong một số trường hợp

Nói chung, chúng tôi *chỉ* bao trả các loại thuốc mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới khi quý vị không thể sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới. Để giúp quý vị, chúng tôi có các nhà thuốc trong mạng lưới bên ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi, nơi quý vị có thể mua thuốc kê toa của mình với tư cách là hội viên của chương trình chúng tôi. Sau đây là các trường hợp chúng tôi sẽ bao trả cho thuốc kê toa được mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới, nếu quý vị không thể sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới:

- Các tình huống không diễn ra thường xuyên khi không có nhà thuốc trong mạng lưới.
- Nếu quý vị đang đi du lịch trong Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ và quý vị bị ốm, hết thuốc hoặc mất thuốc.
- Các đơn thuốc được kê như một phần của lần thăm khám cấp cứu y tế hoặc chăm sóc khẩn cấp.

Trong những trường hợp này, **vui lòng kiểm tra với Dịch Vụ Hội Viên trước** để xem có nhà thuốc trong mạng lưới nào gần đó không. (Số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Hội Viên được in ở bìa sau của tập tài liệu này.) Quý vị có thể phải thanh toán khoản chênh lệch giữa số tiền quý vị chi trả cho thuốc tại nhà thuốc ngoài mạng lưới và chi phí chúng tôi sẽ bao trả tại nhà thuốc trong mạng lưới.

Quý vị yêu cầu chương trình bồi hoàn chi phí bằng cách nào?

Nếu quý vị phải sử dụng nhà thuốc ngoài mạng lưới, thông thường quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí (chứ không phải phần chia sẻ chi phí thông thường của quý vị) khi quý vị mua thuốc kê toa. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. (Chương 7, Phần 2.1 giải thích cách yêu cầu chương trình hoàn lại tiền cho quý vị.)

PHẦN 3 Thuốc của quý vị cần có trong "Danh sách Thuốc" của chương trình

Phần 3.1 "Danh sách Thuốc" cho biết những thuốc Part D nào được bao trả

Chương trình có một "*Danh sách Thuốc Được Bao trả (Danh mục Thuốc).*" Trong *Chứng Thư Bảo Hiểm* này, **chúng tôi gọi tắt là "Danh sách Thuốc".**

Các loại thuốc trong danh sách này được chương trình lựa chọn với sự trợ giúp của đội ngũ bác sĩ và dược sĩ. Danh sách này đáp ứng các yêu cầu do Medicare đặt ra. Medicare đã phê duyệt Danh Sách Thuốc của chương trình.

Các thuốc có trong Danh sách Thuốc chỉ là các thuốc được bao trả theo Medicare Part D (phần đầu của chương này, Mục 1.1 giải thích về các thuốc Part D).

Thông thường, chúng tôi sẽ bao trả thuốc trong Danh sách Thuốc của chương trình với điều kiện là quý vị tuân thủ các quy tắc bao trả khác được giải thích trong chương này và việc sử dụng thuốc là chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. "Chỉ định được chấp nhận về mặt y tế" là việc sử dụng loại thuốc *hoặc*:

- được phê duyệt bởi Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm. (Có nghĩa là, Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm đã phê duyệt thuốc đó cho chẩn đoán hoặc bệnh trạng theo đó thuốc được kê.)
- -- *hoặc* -- được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo nhất định, chẳng hạn như American Hospital Formulary Service Drug Information (Thông tin về Thuốc thuộc Dịch vụ Danh mục Bệnh viện Hoa Kỳ) và DRUGDEX Information System (Hệ thống Thông tin DRUGDEX).

Danh Sách Thuốc bao gồm cả thuốc biệt dược (brand name) và thuốc thế phẩm (generic)

Thuốc thế phẩm là thuốc kê toa có cùng thành phần hoạt tính với thuốc biệt dược. Thông thường, thuốc gốc cũng có công hiệu giống như thuốc biệt dược và thường có giá thấp hơn. Có các thuốc thế phẩm thay thế cho nhiều loại thuốc biệt dược.

Loại thuốc nào *không* có trong Danh Sách Thuốc?

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

- Trong một số trường hợp, luật pháp không cho phép bất kỳ chương trình Medicare nào bao trả cho một số loại thuốc (để biết thêm thông tin về nội dung này, xem Mục 7.1 trong chương này).
- Trong một số trường hợp khác, chúng tôi đã quyết định không đưa một loại thuốc cụ thể vào trong Danh sách Thuốc của chúng tôi.

Phần 3.2 Có 5 "bậc chia sẻ chi phí" cho các loại thuốc trong Danh sách Thuốc

Mỗi loại thuốc trong Danh Sách Thuốc của chương trình đều thuộc một trong 5 bậc chia sẻ chi phí. Nhìn chung, bậc chia sẻ chi phí càng cao, chi phí thuốc của quý vị càng cao:

Bậc Chia Sẻ Chi Phí	Các thuốc Có trong Bậc
Bậc 1 (bậc chia sẻ chi phí thấp nhất)	Thuốc Thế Phẩm Ưu tiên
Bậc 2	Thuốc thế phẩm (generic)
Bậc 3	Biệt dược Ưu tiên
Bậc 4	Thuốc Không được Ưu tiên
Bậc 5 (bậc chia sẻ chi phí cao nhất)	Bậc Thuốc Đặc trị

Để tìm hiểu thuốc của quý vị nằm trong bậc chia sẻ chi phí nào, hãy tra cứu trong Danh sách Thuốc của chương trình.

Số tiền mà quý vị thanh toán cho các thuốc trong mỗi bậc chia sẻ chi phí được nêu trong Chương 6 (*Số tiền quý vị thanh toán cho thuốc kê toa Part D*).

Phần 3.3 Làm thế nào để biết được một loại thuốc cụ thể có trong Danh Sách Thuốc?

Quý vị có ba cách để tìm ra:

1. Kiểm tra Danh Sách Thuốc gần đây nhất mà chúng tôi đã cung cấp dưới dạng điện tử.
2. Truy cập trang web của chương trình (www.kelseycareadvantage.com). Danh Sách Thuốc trên trang web luôn là danh sách cập nhật nhất.
3. Gọi cho Dịch Vụ Hội Viên để tìm hiểu xem một loại thuốc cụ thể có trong Danh Sách Thuốc của chương trình hay không để yêu cầu một bản sao của danh sách đó. (Số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Hội Viên được in ở bìa sau của tập tài liệu này.)

PHẦN 4 Có các hạn chế về khoản bao trả đối với một số loại thuốc

Phần 4.1 Tại sao một số loại thuốc lại bị hạn chế bao trả?

Đối với một số loại thuốc kê toa, các quy tắc đặc biệt hạn chế cách thức và thời điểm chương trình chi trả. Một nhóm bác sĩ và dược sĩ đã lập nên các quy tắc này để giúp cho hội viên của chúng tôi sử dụng thuốc theo những cách hiệu quả nhất. Những quy tắc đặc biệt này cũng giúp kiểm soát tổng chi phí thuốc, giữ khoản bao trả thuốc của quý vị ở mức phải chăng hơn.

Nói chung, các quy tắc của chúng tôi khuyến khích quý vị dùng một loại thuốc phù hợp với tình trạng sức khỏe của quý vị, an toàn và hiệu quả. Bất kỳ khi nào có một loại thuốc an toàn, có chi phí thấp hơn và hiệu quả về mặt y tế như loại thuốc có chi phí cao hơn, những quy tắc của chương trình sẽ được thiết lập để khuyến khích quý vị và nhà cung cấp của quý vị sử dụng tùy chọn có chi phí thấp hơn. Chúng tôi cũng cần tuân thủ các quy tắc và quy định của Medicare đối với bảo hiểm thuốc và mức chia sẻ chi phí thuốc.

Nếu có hạn chế đối với thuốc của quý vị thì điều đó thường có nghĩa là quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị sẽ phải thực hiện thêm các bước để chúng tôi bao trả cho thuốc đó. Nếu quý vị muốn chúng tôi miễn trừ hạn chế cho quý vị, quý vị sẽ cần sử dụng quy trình quyết định bao trả và yêu cầu chúng tôi đưa ra trường hợp ngoại lệ. Chúng tôi có thể đồng ý hoặc không đồng ý miễn trừ hạn chế cho quý vị. (Xem Chương 9, Phần 6.2 để biết thông tin về việc yêu cầu các trường hợp ngoại lệ.)

Xin lưu ý rằng đôi khi một loại thuốc có thể xuất hiện nhiều lần trong danh sách thuốc của chúng tôi. Điều này là do các hạn chế hay khoản chia sẻ chi phí khác nhau có thể áp dụng dựa trên các yếu tố như nồng độ, số lượng hoặc dạng thuốc được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị kê toa (ví dụ: 10 mg so với 100 mg; một viên mỗi ngày so với hai viên mỗi ngày; viên nén so với thuốc nước).

Phần 4.2 Có các loại hạn chế nào?

Chương trình của chúng tôi sử dụng các loại hạn chế khác nhau để giúp hội viên sử dụng thuốc theo các cách hiệu quả nhất. Các mục dưới đây cho quý vị biết thêm về các loại hạn chế mà chúng tôi sử dụng cho một số loại thuốc.

Giới hạn sử dụng thuốc biệt dược khi sẵn có một phiên bản thuốc thế phẩm

Thông thường, thuốc "thế phẩm" có tác dụng tương tự như thuốc biệt dược và thường ít tốn kém hơn. **Trong hầu hết các trường hợp, khi sẵn có phiên bản thuốc thế phẩm của thuốc biệt dược, các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị phiên bản thuốc thế phẩm đó.** Chúng tôi thường không bao trả thuốc biệt dược khi sẵn có phiên bản thuốc thế phẩm. Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp của quý vị đã cho chúng tôi biết lý do y tế rằng thuốc thế

phẩm và các thuốc được bao trả khác để điều trị cùng một tình trạng đều sẽ không có hiệu quả đối với quý vị thì khi đó chúng tôi sẽ bao trả cho thuốc biệt dược. (Phần chia sẻ chi phí của quý vị cho thuốc biệt dược có thể cao hơn so với phần chia sẻ chi phí của quý vị cho thuốc thế phẩm.)

Yêu cầu được chương trình chấp thuận trước

Đối với một số loại thuốc, quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị cần được chương trình chấp thuận trước khi chúng tôi đồng ý bao trả thuốc đó cho quý vị. Điều này được gọi là "**cho phép trước**." Đôi khi, yêu cầu phải xin chấp thuận trước giúp hướng dẫn sử dụng phù hợp một số loại thuốc nhất định. Nếu quý vị không nhận được sự chấp thuận này, thuốc của quý vị có thể không được chương trình bao trả.

Thử dùng một loại thuốc khác trước

Yêu cầu này khuyến khích quý vị thử sử dụng các loại thuốc ít tốn kém hơn nhưng thường có hiệu quả tương đương, trước khi chương trình bao trả cho một loại thuốc khác. Ví dụ: nếu Thuốc A và Thuốc B điều trị cùng một bệnh trạng, chương trình có thể yêu cầu quý vị thử dùng Thuốc A trước. Nếu Thuốc A không phù hợp với quý vị, thì chương trình sẽ bao trả Thuốc B. Yêu cầu thử dùng một loại thuốc khác trước này được gọi là "trị liệu từng bước."

Giới hạn số lượng

Đối với một số loại thuốc nhất định, chúng tôi giới hạn số lượng thuốc mà quý vị có thể có bằng cách giới hạn số lượng thuốc quý vị có thể nhận được mỗi lần quý vị mua thuốc kê toa của mình. Ví dụ: nếu thông thường được coi là an toàn khi chỉ uống một viên mỗi ngày đối với một loại thuốc nhất định, chúng tôi có thể giới hạn phạm vi bảo hiểm cho thuốc kê toa của quý vị không quá một viên mỗi ngày.

Phần 4.3 Có bất kỳ hạn chế nào trong số này áp dụng cho thuốc của quý vị không?

Danh Sách Thuốc của chương trình bao gồm thông tin về các hạn chế được mô tả ở trên. Để tìm hiểu xem có bất kỳ hạn chế nào trong số này áp dụng cho loại thuốc mà quý vị đang dùng hoặc muốn dùng hay không, hãy kiểm tra Danh Sách Thuốc. Để có thông tin cập nhật mới nhất, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này) hoặc truy cập trang web của chúng tôi (www.kelseycareadvantage.com).

Nếu có hạn chế đối với thuốc của quý vị thì điều đó thường có nghĩa là quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị sẽ phải thực hiện thêm các bước để chúng tôi bao trả cho thuốc đó. Nếu có hạn chế về loại thuốc quý vị muốn dùng, quý vị nên liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên để biết quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị sẽ cần phải làm gì để nhận được bảo hiểm cho thuốc. Nếu quý vị muốn chúng tôi miễn trừ hạn chế cho quý vị, quý vị sẽ cần sử dụng quy trình quyết định bao trả và yêu cầu chúng tôi đưa ra trường hợp ngoại lệ. Chúng tôi có thể đồng ý hoặc không

đồng ý miễn trừ hạn chế cho quý vị. (Xem Chương 9, Phần 6.2 để biết thông tin về việc yêu cầu các trường hợp ngoại lệ.)

PHẦN 5 Điều gì xảy ra nếu một trong các loại thuốc của quý vị không được bao trả theo cách quý vị muốn được bao trả?

Phần 5.1 Có những điều quý vị có thể thực hiện nếu thuốc của quý vị không được bao trả theo cách quý vị muốn được bao trả

Chúng tôi hy vọng rằng bảo hiểm thuốc của quý vị sẽ phù hợp với quý vị. Nhưng có thể có một loại thuốc kê toa mà quý vị hiện đang dùng hoặc một loại thuốc mà quý vị và nhà cung cấp của quý vị nghĩ rằng quý vị nên dùng không có trong danh mục của chúng tôi hoặc có trong danh mục của chúng tôi với những hạn chế. Ví dụ:

- Thuốc có thể không được bao trả. Hoặc có thể một phiên bản thuốc thế phẩm (generic) được bao trả nhưng phiên bản thuốc biệt dược (brand name) mà quý vị muốn dùng không được bao trả.
- Thuốc được bao trả, nhưng có các quy định hoặc hạn chế bổ sung đối với việc bao trả cho loại thuốc đó. Như đã giải thích trong Phần 4, có các quy định bổ sung để hạn chế việc sử dụng đối với một số loại thuốc được chương trình bao trả. Ví dụ, quý vị có thể được yêu cầu thử dùng một loại thuốc khác trước để xem liệu nó có hiệu quả hay không, trước khi quý vị được bao trả cho loại thuốc quý vị muốn dùng. Hoặc có thể có giới hạn về số lượng thuốc (số lượng viên thuốc, v.v.) được bao trả trong một khoảng thời gian cụ thể. Trong một số trường hợp, quý vị có thể muốn chúng tôi miễn trừ hạn chế cho quý vị.
- Thuốc được bao trả, nhưng thuộc bậc chia sẻ chi phí khiến khoản chia sẻ chi phí của quý vị đắt hơn quý vị nghĩ. Chương trình xếp mỗi loại thuốc được bao trả vào một trong 5 bậc chia sẻ chi phí khác nhau. Số tiền quý vị cần phải chi trả cho toa thuốc của mình phụ thuộc một phần vào bậc chia sẻ chi phí thuốc của quý vị.

Có những điều quý vị có thể thực hiện nếu thuốc của quý vị không được bao trả theo cách quý vị muốn được bao trả. Các tùy chọn của quý vị tùy thuộc vào loại vấn đề quý vị gặp phải:

- Nếu thuốc của quý vị không có trong Danh Sách Thuốc hoặc nếu thuốc của quý vị bị hạn chế, hãy xem Phần 5.2 để tìm hiểu những điều quý vị có thể thực hiện.
- Nếu thuốc của quý vị nằm trong bậc chia sẻ chi phí khiến quý vị phải chi trả nhiều hơn quý vị nghĩ, hãy xem Phần 5.3 để tìm hiểu những điều quý vị có thể thực hiện.

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

Nếu thuốc của quý vị không có trong Danh Sách Thuốc hoặc bị hạn chế thì dưới đây là những điều quý vị có thể thực hiện:

- Quý vị có thể nhận được lượng thuốc tạm thời (chỉ những hội viên trong một số trường hợp nhất định mới có thể nhận được lượng thuốc tạm thời). Nhờ đó, quý vị và nhà cung cấp của quý vị sẽ có thời gian để đổi sang loại thuốc khác hoặc nộp đơn yêu cầu được bao trả cho loại thuốc đó.
- Quý vị có thể đổi sang loại thuốc khác.
- Quý vị có thể yêu cầu trường hợp ngoại lệ và yêu cầu chương trình bao trả thuốc hoặc loại bỏ các hạn chế đối với loại thuốc đó.

Quý vị có thể nhận được một lượng thuốc tạm thời

Trong một số trường hợp nhất định, chương trình phải cung cấp một lượng thuốc tạm thời cho quý vị khi thuốc của quý vị không có trong Danh Sách Thuốc hoặc khi bị hạn chế theo cách nào đó. Điều này giúp quý vị có thời gian để trao đổi với nhà cung cấp của mình về sự thay đổi trong bảo hiểm và biết được những điều cần làm.

Để hội đủ điều kiện nhận một lượng thuốc tạm thời, quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu dưới đây:

1. Thay đổi đối với bảo hiểm thuốc của quý vị phải thuộc một trong những loại thay đổi sau:

- Loại thuốc quý vị đang dùng **không còn trong Danh Sách Thuốc của chương trình**.
- hoặc -- loại thuốc quý vị đang dùng **hiện bị hạn chế theo cách nào đó** (Phần 4 trong chương này nói về những hạn chế).

2. Quý vị phải thuộc một trong các trường hợp được mô tả dưới đây:

- **Đối với những hội viên đã tham gia chương trình được hơn 90 ngày và cư trú trong cơ sở chăm sóc dài kỳ (LTC) và cần một lượng thuốc ngay lập tức:**

  Chúng tôi sẽ bao trả một lượng thuốc cụ thể trong 31 ngày, hoặc ít hơn nếu toa thuốc của quý vị được kê cho ít ngày hơn. Đây là trường hợp bổ sung cho tình huống cấp thuốc tạm thời nêu trên.

- **Khi quý vị chuyển từ cơ sở điều trị này sang cơ sở điều trị khác, chẳng hạn như chuyển từ cơ sở điều trị nội trú về nhà, điều này được gọi là thay đổi mức độ chăm sóc.**

  Khi xảy ra những loại thay đổi này, quý vị thường không có đủ thời gian để xác định xem toa thuốc mới có bao gồm một loại thuốc không có trong Danh Sách Thuốc của chương trình hay không. Trong những tình huống không mong muốn này, chúng tôi sẽ bao trả lượng thuốc chuyển tiếp tạm thời trong 30 ngày hoặc lượng thuốc chuyển tiếp trong 31 ngày nếu quý vị cư trú tại một cơ sở chăm sóc dài kỳ (trừ khi toa thuốc của quý vị được kê cho ít ngày hơn).

Để yêu cầu một lượng thuốc tạm thời, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này).

Trong thời gian quý vị nhận được một lượng thuốc tạm thời, quý vị nên trao đổi với nhà cung cấp của mình để quyết định phải làm gì khi lượng thuốc tạm thời của quý vị hết. Quý vị có thể chuyển sang một loại thuốc khác được chương trình bao trả hoặc yêu cầu chương trình đưa ra ngoại lệ cho quý vị và bao trả loại thuốc hiện tại của quý vị. Các mục bên dưới cung cấp cho quý vị thêm thông tin về các tùy chọn này.

Quý vị có thể đổi sang loại thuốc khác

Bắt đầu bằng cách trao đổi với nhà cung cấp của quý vị. Có lẽ có một loại thuốc khác được chương trình bao trả có thể phù hợp với quý vị. Quý vị có thể gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên để yêu cầu danh sách các loại thuốc được bao trả để điều trị cùng một bệnh trạng. Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp của quý vị tìm thấy loại thuốc được bao trả có thể phù hợp với quý vị. (Số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Hội Viên được in ở bìa sau của tập tài liệu này.)

Quý vị có thể yêu cầu một ngoại lệ

Quý vị và nhà cung cấp của mình có thể yêu cầu chương trình đưa ra ngoại lệ cho quý vị và bao trả thuốc theo cách quý vị muốn. Nếu nhà cung cấp của quý vị cho biết rằng quý vị có các lý do y tế biện minh cho việc yêu cầu chúng tôi đưa ra ngoại lệ, nhà cung cấp của quý vị có thể giúp quý vị yêu cầu một ngoại lệ đối với quy tắc. Ví dụ, quý vị có thể yêu cầu chương trình bao trả một loại thuốc mặc dù nó không có trong Danh Sách Thuốc của chương trình. Hoặc quý vị có thể yêu cầu chương trình đưa ra ngoại lệ và bao trả thuốc mà không có hạn chế.

Nếu quý vị hiện đang là hội viên và loại thuốc quý vị đang dùng sẽ bị xóa khỏi danh mục hoặc bị hạn chế theo cách nào đó trong năm tới, chúng tôi sẽ cho phép quý vị yêu cầu trước một ngoại lệ trong danh mục cho năm tới. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết về bất kỳ thay đổi nào trong bảo hiểm đối với thuốc của quý vị trong năm tới. Quý vị có thể yêu cầu một ngoại lệ trước cho năm tới và chúng tôi sẽ phúc đáp quý vị trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị (hoặc tuyên bố hỗ trợ của người kê toa). Nếu chấp thuận yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ cho phép thực hiện bảo hiểm trước khi thay đổi có hiệu lực.

Nếu quý vị và nhà cung cấp của mình muốn yêu cầu một ngoại lệ, Chương 9, Phần 6.4 cho biết những điều cần thực hiện. Mục này giải thích các thủ tục và thời hạn đã được Medicare đề ra để đảm bảo yêu cầu của quý vị được xử lý nhanh chóng và công bằng.

Phần 5.3 Quý vị có thể làm gì nếu thuốc của quý vị nằm trong bậc chia sẻ chi phí mà quý vị cho là quá cao?

Nếu thuốc của quý vị nằm trong bậc chia sẻ chi phí mà quý vị cho là quá cao, thì dưới đây là những điều quý vị có thể thực hiện:

Quý vị có thể đổi sang loại thuốc khác

Nếu thuốc của quý vị nằm trong bậc chia sẻ chi phí mà quý vị cho là quá cao, hãy bắt đầu bằng cách trao đổi với nhà cung cấp của quý vị. Có lẽ có một loại thuốc khác trong bậc chia sẻ chi phí thấp hơn có thể cũng phù hợp với quý vị. Quý vị có thể gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên để yêu cầu danh sách các loại thuốc được bao trả để điều trị cùng một bệnh trạng. Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp của quý vị tìm thấy loại thuốc được bao trả có thể phù hợp với quý vị. (Số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Hội Viên được in ở bìa sau của tập tài liệu này.)

Quý vị có thể yêu cầu một ngoại lệ

Quý vị và nhà cung cấp của mình có thể yêu cầu chương trình đưa ra một ngoại lệ trong bậc chia sẻ chi phí đối với loại thuốc đó để quý vị phải thanh toán ít hơn. Nếu nhà cung cấp của quý vị cho biết rằng quý vị có các lý do y tế biện minh cho việc yêu cầu chúng tôi đưa ra ngoại lệ, nhà cung cấp của quý vị có thể giúp quý vị yêu cầu một ngoại lệ đối với quy tắc.

Nếu quý vị và nhà cung cấp của mình muốn yêu cầu một ngoại lệ, Chương 9, Phần 6.4 cho biết những điều cần thực hiện. Mục này giải thích các thủ tục và thời hạn đã được Medicare đề ra để đảm bảo yêu cầu của quý vị được xử lý nhanh chóng và công bằng.

Những thuốc trong Bậc 5 (Bậc Thuốc đặc trị) của chúng tôi không đủ điều kiện để áp dụng loại ngoại lệ này. Chúng tôi không giảm số tiền chia sẻ chi phí đối với các loại thuốc trong bậc này.

PHẦN 6 Điều gì xảy ra nếu bảo hiểm của quý vị có sự thay đổi đối với một trong các loại thuốc của quý vị?

Phần 6.1 Danh Sách Thuốc có thể thay đổi trong năm

Hầu hết các thay đổi về bảo hiểm thuốc đều xảy ra vào đầu mỗi năm (ngày 1 tháng 1). Tuy nhiên, chương trình có thể thay đổi Danh Sách Thuốc trong năm. Ví dụ, chương trình có thể:

- **Thêm hoặc xóa thuốc khỏi Danh sách thuốc**. Có sẵn các loại thuốc mới, bao gồm cả thuốc thế phẩm (generic) mới. Có lẽ chính phủ đã phê duyệt việc sử dụng mới cho một

loại thuốc hiện có. Đôi khi, một loại thuốc bị thu hồi và chúng tôi quyết định không bao trả cho loại thuốc này. Hoặc chúng tôi có thể loại bỏ một loại thuốc khỏi danh sách vì đã phát hiện rằng thuốc không hiệu quả.

- **Chuyển một loại thuốc sang bậc chia sẻ chi phí cao hơn hoặc thấp hơn**.
- **Thêm hoặc xóa giới hạn đối với bảo hiểm cho một loại thuốc** (để biết thêm thông tin về các hạn chế đối với bảo hiểm, hãy xem Phần 4 trong chương này).
- **Thay thế thuốc biệt dược (brand name) bằng thuốc thế phẩm (generic).**

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

Phần 6.2 Điều gì xảy ra nếu bảo hiểm có sự thay đổi đối với loại thuốc quý vị đang dùng?

Thông tin về những thay đổi đối với bảo hiểm thuốc

Khi các thay đổi đối với Danh Sách Thuốc xảy ra trong năm, chúng tôi sẽ đăng thông tin trên trang web của mình về những thay đổi đó. Chúng tôi sẽ cập nhật Danh Sách Thuốc trực tuyến của mình theo lịch trình thường xuyên để đưa vào mọi thay đổi đã diễn ra sau lần cập nhật cuối cùng. Trong phần dưới đây, chúng tôi chỉ ra những thời điểm mà quý vị sẽ nhận được thông báo trực tiếp nếu có những thay đổi đối với loại thuốc mà quý vị đang dùng sau đó. Quý vị cũng có thể gọi tới Dịch Vụ Hội Viên để biết thêm thông tin (số điện thoại được in ở bìa sau của tập tài liệu này).

Những thay đổi đối với bảo hiểm thuốc của quý vị có ảnh hưởng đến quý vị ngay lập tức không?

Những thay đổi có thể ảnh hưởng đến quý vị trong năm nay: Trong những trường hợp dưới đây, quý vị sẽ bị ảnh hưởng bởi các thay đổi về bảo hiểm trong năm hiện tại:

- **Thuốc thế phẩm (generic) mới thay thế thuốc biệt dược trong Danh Sách Thuốc (hoặc chúng tôi thay đổi bậc chia sẻ chi phí hoặc thêm các hạn chế mới đối với thuốc biệt dược hoặc cả hai)**
    - Chúng tôi có thể ngay lập tức xóa một thuốc biệt dược trong Danh Sách Thuốc của mình nếu chúng tôi thay thế nó bằng một phiên bản thuốc thế phẩm (generic) mới được phê duyệt của cùng một loại thuốc sẽ xuất hiện trên cùng bậc chia sẻ chi phí hoặc bậc thấp hơn và có cùng hoặc ít hạn chế hơn. Ngoài ra, khi thêm thuốc thế phẩm (generic) mới, chúng tôi có thể quyết định giữ thuốc biệt dược trong Danh Sách Thuốc của mình, nhưng ngay lập tức chuyển thuốc đó sang bậc chia sẻ chi phí cao hơn hoặc thêm các hạn chế mới hoặc cả hai.

- Chúng tôi có thể không thông báo trước cho quý vị trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi đó — ngay cả khi quý vị hiện đang dùng thuốc biệt dược.
- Quý vị hoặc người kê toa của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra một ngoại lệ và tiếp tục bao trả thuốc biệt dược cho quý vị. Để biết thông tin về cách yêu cầu một ngoại lệ, hãy xem Chương 9 (*Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn than phiền (các quyết định bao trả, kháng cáo, than phiền)*).
- Nếu quý vị đang sử dụng thuốc biệt dược tại thời điểm chúng tôi thực hiện thay đổi, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về (các) thay đổi cụ thể mà chúng tôi đã thực hiện. Điều này cũng sẽ bao gồm thông tin về các bước quý vị có thể thực hiện để yêu cầu một ngoại lệ đối với thuốc biệt dược. Quý vị có thể không nhận được thông báo này trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi.

- **Thuốc không an toàn và các thuốc khác trong Danh Sách Thuốc bị thu hồi khỏi thị trường**
  - Đôi khi, một loại thuốc có thể bị thu hồi đột ngột vì phát hiện là không an toàn hoặc bị loại bỏ khỏi thị trường vì một lý do khác. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi sẽ ngay lập tức loại bỏ thuốc khỏi Danh Sách Thuốc. Nếu quý vị đang dùng loại thuốc đó, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết về sự thay đổi này ngay lập tức.
  - Người kê toa của quý vị cũng sẽ biết về sự thay đổi này và có thể làm việc với quý vị để tìm một loại thuốc khác cho tình trạng của quý vị.
- **Các thay đổi khác đối với các loại thuốc trong Danh Sách Thuốc**
  - Chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi khác ảnh hưởng tới thuốc mà quý vị đang dùng sau khi năm bắt đầu. Ví dụ, chúng tôi có thể thêm thuốc thế phẩm (generic) không phải là loại mới trên thị trường để thay thế thuốc biệt dược hoặc thay đổi bậc chia sẻ chi phí hoặc thêm các hạn chế mới đối với thuốc biệt dược hoặc cả hai điều trên. Chúng tôi cũng có thể thực hiện các thay đổi dựa trên các cảnh báo đặc biệt của FDA hoặc các hướng dẫn lâm sàng mới đã được Medicare công nhận. Chúng tôi phải thông báo trước cho quý vị ít nhất 30 ngày về sự thay đổi hoặc thông báo cho quý vị về sự thay đổi và việc mua lại thuốc trong vòng 30 ngày đối với loại thuốc quý vị đang dùng tại một nhà thuốc trong mạng lưới.
  - Sau khi nhận được thông báo về sự thay đổi, quý vị nên làm việc với người kê toa của mình để chuyển sang một loại thuốc khác mà chúng tôi bao trả.
  - Hoặc quý vị hoặc người kê toa của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra một ngoại lệ và tiếp tục bao trả thuốc cho quý vị. Để biết thông tin về cách yêu cầu một ngoại lệ, hãy xem Chương 9 (*Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn than phiền (các quyết định bao trả, kháng cáo, than phiền)*).

Những thay đổi đối với thuốc trong Danh Sách Thuốc sẽ không ảnh hưởng đến những người hiện đang dùng thuốc: Đối với những thay đổi đối với Danh Sách Thuốc không được mô

tả ở trên, nếu quý vị hiện đang dùng thuốc, những loại thay đổi sau đây sẽ không ảnh hưởng đến quý vị cho đến ngày 1 tháng 1 của năm tiếp theo nếu quý vị tiếp tục tham gia chương trình:

- Nếu chúng tôi chuyển thuốc của quý vị sang bậc chia sẻ chi phí cao hơn.
- Nếu chúng tôi đề ra một hạn chế mới đối với việc sử dụng thuốc của quý vị.
- Nếu chúng tôi xóa bỏ thuốc của quý vị khỏi Danh Sách Thuốc

Nếu bất kỳ thay đổi nào trong số này xảy ra đối với loại thuốc quý vị đang dùng (nhưng không phải do việc thu hồi trên thị trường, thuốc thế phẩm (generic) thay thế thuốc biệt dược hoặc thay đổi khác được ghi lại trong các mục ở trên), thì thay đổi đó sẽ không ảnh hưởng đến việc sử dụng của quý vị hoặc số tiền quý vị phải thanh toán dưới hình thức chia sẻ chi phí của mình cho đến ngày 1 tháng 1 năm sau. Cho đến ngày đó, quý vị có thể sẽ không thấy bất kỳ sự gia tăng nào trong các khoản thanh toán của mình hoặc bất kỳ hạn chế bổ sung nào đối với việc sử dụng thuốc của quý vị. Quý vị sẽ không nhận được thông báo trực tiếp trong năm nay về những thay đổi không ảnh hưởng đến quý vị. Tuy nhiên, vào ngày 1 tháng 1 năm sau, những thay đổi đó sẽ ảnh hưởng đến quý vị, và điều quan trọng là cần phải kiểm tra Danh Sách Thuốc trong năm phúc lợi mới để nắm được mọi thay đổi đối với các loại thuốc.

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

Phần 7.1 Những loại thuốc chúng tôi không bao trả

Phần này cho quý vị biết về những loại thuốc kê toa bị "loại trừ". Điều này có nghĩa là Medicare không thanh toán cho những loại thuốc này.

Nếu quý vị được kê toa các loại thuốc bị loại trừ, quý vị phải tự thanh toán chi phí. Chúng tôi sẽ không thanh toán cho các loại thuốc được liệt kê trong mục này (ngoại trừ một số loại thuốc bị loại trừ được bao trả trong bảo hiểm thuốc nâng cao của chúng tôi). Trường hợp ngoại lệ duy nhất: Khi có kháng cáo, nếu thuốc được yêu cầu được phát hiện là loại thuốc không bị loại trừ trong Part D và đáng lẽ chúng tôi phải thanh toán hoặc bao trả thuốc đó vì tình trạng cụ thể của quý vị. (Để biết thông tin về việc kháng cáo quyết định không bao trả thuốc mà chúng tôi đã đưa ra, hãy xem Chương 9, Phần 6.5 trong tập sách này.)

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

- Bảo hiểm thuốc Part D trong chương trình của chúng tôi không thể bao trả cho một loại thuốc sẽ được Medicare Part A hoặc Part B bao trả.
- Chương trình của chúng tôi không thể bao trả cho một loại thuốc được mua bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.

- Chương trình của chúng tôi thường không bao trả việc sử dụng ngoài hướng dẫn trên nhãn. "Sử dụng ngoài hướng dẫn trên nhãn" là bất kỳ việc sử dụng thuốc nào khác với những gì được ghi trên nhãn thuốc đã được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm phê duyệt.
  - Nói chung, bảo hiểm cho "việc sử dụng ngoài hướng dẫn trên nhãn" chỉ được phép khi việc sử dụng được xác minh bởi một số tài liệu tham khảo nhất định, chẳng hạn như American Hospital Formulary Service Drug Information (Thông tin về Thuốc Dịch vụ Danh mục Bệnh viện Hoa Kỳ) và DRUGDEX Information System (Hệ thống Thông tin DRUGDEX). Nếu việc sử dụng không được xác minh bởi bất kỳ tài liệu tham khảo nào trong số này, thì chương trình của chúng tôi không thể bao trả cho "việc sử dụng ngoài hướng dẫn trên nhãn".

Ngoài ra, theo luật, các loại thuốc sau đây không được chương trình thuốc Medicare bao trả: (Chương trình của chúng tôi bao trả một số loại thuốc được liệt kê dưới đây thông qua bảo hiểm thuốc nâng cao của chúng tôi, quý vị có thể bị tính thêm phí bảo hiểm cho điều này. Thông tin bổ sung được cung cấp bên dưới.)

- Thuốc không kê toa (còn được gọi là thuốc mua tự do)
- Thuốc khi được sử dụng để gia tăng khả năng sinh sản
- Thuốc khi được sử dụng để giảm các triệu chứng ho hoặc cảm lạnh
- Thuốc khi được sử dụng cho mục đích thẩm mỹ hoặc để thúc đẩy sự phát triển của tóc
- Các sản phẩm vitamin và khoáng chất kê toa, ngoại trừ vitamin dành cho bà bầu và các chế phẩm chứa florua
- Thuốc khi được sử dụng để điều trị rối loạn chức năng tình dục hoặc rối loạn cương dương
- Thuốc dùng để điều trị biếng ăn, giảm cân hoặc tăng cân
- Thuốc điều trị ngoại trú mà nhà sản xuất tìm cách yêu cầu thực hiện các xét nghiệm hoặc dịch vụ theo dõi liên quan phải được cung cấp độc quyền bởi nhà sản xuất như một điều kiện bán hàng

Chúng tôi cung cấp bảo hiểm bổ sung cho một số loại thuốc kê toa thường không được bao trả trong chương trình thuốc kê toa của Medicare (bảo hiểm thuốc nâng cao).

Bảo hiểm này bao gồm việc bao trả các loại thuốc sau trong bậc chia sẻ chi phí Bậc 2 và có giới hạn số lượng là 6 viên cho mỗi 30 ngày:

sildenafil 25 MG - QL 6/30 – Bậc 2
sildenafil 50 MG - QL 6/30 – Bậc 2
sildenafil 100 MG - QL 6/30 – Bậc 2

Số tiền quý vị phải thanh toán khi mua thuốc kê toa đối với những loại thuốc này không được tính vào việc quý vị đủ điều kiện tham gia Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa. (Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa được mô tả trong Chương 6, Phần 7 của tập sách này.)

Ngoài ra, nếu quý vị **đang nhận được "Trợ Giúp Bổ Sung" (Extra Help) từ Medicare** để thanh toán cho các toa thuốc của mình, thì chương trình "Trợ Giúp Bổ Sung" sẽ không thanh toán cho các loại thuốc thường không được bao trả. (Vui lòng tham khảo Danh Sách Thuốc của chương trình hoặc gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên để biết thêm thông tin. Số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Hội Viên được in ở bìa sau của tập tài liệu này.) Tuy nhiên, nếu quý vị có bảo hiểm thuốc qua Medicaid, chương trình Medicaid của tiểu bang của quý vị có thể bao trả một số loại thuốc kê toa thường không được bao trả trong chương trình thuốc Medicare. Vui lòng liên hệ với chương trình Medicaid của tiểu bang của quý vị để xác định loại thuốc có thể được bao trả cho quý vị. (Quý vị có thể tìm thấy số điện thoại và thông tin liên lạc của Medicaid trong Chương 2, Phần 6.)

PHẦN 8 Xuất trình thẻ hội viên chương trình của quý vị khi quý vị mua thuốc kê toa

Phần 8.1 Xuất trình thẻ hội viên của quý vị

Để mua thuốc kê toa, quý vị hãy xuất trình thẻ hội viên chương trình của mình tại nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị chọn. Khi quý vị xuất trình thẻ hội viên chương trình, nhà thuốc trong mạng lưới sẽ tự động lập hóa đơn cho chương trình đối với phần chia sẻ chi phí *của chúng tôi* cho thuốc kê toa được bao trả của quý vị. Quý vị sẽ cần thanh toán phần chia sẻ chi phí *của quý vị* cho nhà thuốc khi quý vị lấy thuốc kê toa của mình.

Phần 8.2 Điều gì xảy ra nếu quý vị không mang theo thẻ hội viên?

Nếu quý vị không mang theo thẻ hội viên chương trình khi mua thuốc kê toa, hãy yêu cầu nhà thuốc gọi cho chương trình để nhận thông tin cần thiết.

Nếu nhà thuốc không thể có được thông tin cần thiết, **quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho toa thuốc khi quý vị đến lấy**. (Sau đó, quý vị có thể **yêu cầu chúng tôi bồi hoàn cho quý vị** phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Xem Chương 7, Phần 2.1 để biết thông tin về cách yêu cầu bồi hoàn từ chương trình.)

PHẦN 9 Bảo hiểm thuốc Part D trong các tình huống đặc biệt

Phần 9.1 Điều gì xảy ra nếu quý vị phải ở lại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn được chương trình bao trả?

Nếu quý vị nhập viện hoặc vào cơ sở điều dưỡng chuyên môn để lưu trú được chương trình bao trả, chúng tôi thường sẽ bao trả chi phí thuốc kê toa của quý vị trong thời gian quý vị lưu trú. Sau khi quý vị rời khỏi bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chương trình sẽ bao trả thuốc cho quý vị miễn là thuốc đó đáp ứng tất cả các quy tắc của chúng tôi về bảo hiểm. Xem các phần trước của mục này đề cập đến các quy tắc để được bao trả thuốc. Chương 6 (*Số tiền quý vị thanh toán cho thuốc kê toa Part D*) cung cấp thêm thông tin về bảo hiểm thuốc và số tiền quý vị phải thanh toán.

Xin lưu ý: Khi quý vị vào, sống trong hoặc rời khỏi một cơ sở điều dưỡng chuyên môn, quý vị được hưởng Giai đoạn Đăng ký Đặc biệt. Trong khoảng thời gian này, quý vị có thể chuyển đổi các chương trình hoặc thay đổi bảo hiểm của mình. (Chương 10, *Kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình*, cho biết khi nào quý vị có thể rời khỏi chương trình của chúng tôi và tham gia một chương trình Medicare khác.)

Phần 9.2 Điều gì xảy ra nếu quý vị là người cư trú trong cơ sở chăm sóc dài kỳ (LTC)?

Thông thường, cơ sở chăm sóc dài kỳ (LTC) (chẳng hạn như viện dưỡng lão) có nhà thuốc riêng hoặc nhà thuốc cung cấp thuốc cho tất cả mọi người cư trú trong đó. Nếu quý vị là người cư trú trong cơ sở chăm sóc dài kỳ, quý vị có thể nhận được thuốc kê toa của mình thông qua nhà thuốc của cơ sở miễn là nhà thuốc thuộc mạng lưới của chúng tôi.

Kiểm tra *Danh bạ Nhà thuốc* của quý vị để tìm hiểu xem nhà thuốc của cơ sở chăm sóc dài kỳ có thuộc mạng lưới của chúng tôi hay không. Nếu không, hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin, vui lòng liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này).

Điều gì xảy ra nếu quý vị là người cư trú trong cơ sở chăm sóc dài kỳ (LTC) và trở thành hội viên mới của chương trình?

Nếu quý vị cần một loại thuốc không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi hoặc bị hạn chế theo cách nào đó, chương trình sẽ bao trả một **lượng thuốc tạm thời** của quý vị trong 90 ngày đầu tiên khi quý vị trở thành hội viên. Tổng lượng thuốc tối đa sẽ là 31 ngày, hoặc ít hơn nếu toa thuốc của quý vị được kê cho ít ngày hơn. (Xin lưu ý rằng nhà thuốc chăm sóc dài hạn (LTC) có thể cung cấp thuốc với số lượng ít hơn trong một lần để tránh lãng phí.) Nếu quý vị đã là hội viên của chương trình trong hơn 90 ngày và cần một loại thuốc không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi hoặc nếu chương trình có bất kỳ hạn chế nào đối với việc bao trả thuốc, chúng tôi sẽ bao trả một lượng thuốc trong 31 ngày hoặc ít hơn nếu toa thuốc của quý vị được kê cho ít ngày hơn.

Trong thời gian quý vị nhận được một lượng thuốc tạm thời, quý vị nên trao đổi với nhà cung cấp của mình để quyết định phải làm gì khi lượng thuốc tạm thời của quý vị hết. Có lẽ có một loại thuốc khác được chương trình bao trả có thể phù hợp với quý vị. Hoặc quý vị và nhà cung cấp của mình có thể yêu cầu chương trình đưa ra ngoại lệ cho quý vị và bao trả thuốc theo cách quý vị muốn. Nếu quý vị và nhà cung cấp của mình muốn yêu cầu một ngoại lệ, Chương 9, Phần 6.4 cho biết những điều cần thực hiện.

Phần 9.3 Điều gì xảy ra nếu quý vị cũng nhận được bảo hiểm thuốc từ hãng sở hoặc chương trình nhóm hưu trí?

Quý vị hiện có bảo hiểm thuốc kê toa khác thông qua hãng sở hoặc nhóm hưu trí của mình (hoặc của vợ/chồng của quý vị) không? Nếu có, vui lòng liên hệ với **quản trị viên phúc lợi của nhóm đó**. Người đó có thể giúp quý vị xác định bảo hiểm thuốc kê toa hiện tại của quý vị sẽ hoạt động ra sao với chương trình của chúng tôi.

Nhìn chung, nếu quý vị hiện đang làm việc, bảo hiểm thuốc kê toa mà quý vị nhận được từ chúng tôi sẽ là bảo hiểm *phụ* so với bảo hiểm của hãng sở hoặc nhóm hưu trí của quý vị. Điều đó có nghĩa là bảo hiểm nhóm của quý vị sẽ chi trả trước.

Lưu ý đặc biệt về 'bảo hiểm đáng tin cậy':

Mỗi năm, hãng sở hoặc nhóm hưu trí của quý vị sẽ gửi cho quý vị một thông báo cho biết liệu bảo hiểm thuốc kê toa của quý vị cho năm dương lịch tiếp theo có phải là "đáng tin cậy" hay không và các lựa chọn bảo hiểm thuốc mà quý vị có.

Nếu bảo hiểm từ chương trình nhóm là "**đáng tin cậy**", điều đó có nghĩa là chương trình có bảo hiểm thuốc dự kiến sẽ thanh toán trung bình, tối thiểu bằng với bảo hiểm thuốc kê toa tiêu chuẩn của Medicare.

Hãy cất giữ các thông báo về bảo hiểm đáng tin cậy này, vì quý vị có thể cần đến chúng sau này. Nếu quý vị ghi danh vào một chương trình Medicare bao gồm bảo hiểm thuốc Part D, quý vị có thể cần những thông báo này để cho thấy rằng quý vị đã duy trì bảo hiểm đáng tin cậy. Nếu quý vị không nhận được thông báo về bảo hiểm đáng tin cậy từ hãng sở hoặc chương trình nhóm hưu trí, quý vị có thể nhận được một bản sao từ quản trị viên phúc lợi của hãng sở hoặc chương trình hưu trí hoặc từ chính hãng sở hoặc nghiệp đoàn.

Phần 9.4 Điều gì xảy ra nếu quý vị tham gia chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận?

Các thuốc không bao giờ được cả chương trình chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi bao trả cùng một lúc. Nếu quý vị ghi danh vào chương trình chăm sóc cuối đời Medicare và cần phải dùng thuốc chống nôn, thuốc nhuận tràng, thuốc giảm đau hoặc thuốc chống lo âu không được chương trình chăm sóc cuối đời của quý vị bao trả vì không liên quan đến bệnh giai đoạn cuối và các tình trạng liên quan của quý vị, chương trình của chúng tôi phải nhận được thông báo

từ người kê toa hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị rằng thuốc đó không liên quan, khi đó chương trình của chúng tôi mới có thể bao trả thuốc. Để ngăn ngừa sự chậm trễ trong việc nhận bất kỳ loại thuốc không liên quan nào mà chương trình của chúng tôi bao trả, quý vị có thể hỏi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc người kê toa để đảm bảo rằng chúng tôi nhận được thông báo về loại thuốc không liên quan đó trước khi quý vị yêu cầu nhà thuốc mua thuốc theo đơn của mình.

Trong trường hợp quý vị thu hồi lựa chọn tham gia chương trình chăm sóc cuối đời của mình hoặc rời khỏi chương trình chăm sóc cuối đời, chương trình của chúng tôi sẽ bao trả tất cả các loại thuốc của quý vị. Để ngăn ngừa bất kỳ sự chậm trễ nào tại nhà thuốc khi phúc lợi chăm sóc cuối đời Medicare của quý vị kết thúc, quý vị nên mang theo tài liệu đến nhà thuốc để xác minh việc thu hồi hoặc rời khỏi của quý vị. Xem các phần trước của mục này đề cập đến các quy tắc để được bao trả thuốc theo Part D. Chương 6 (*Số tiền quý vị thanh toán cho thuốc kê toa Part D*) cung cấp thêm thông tin về bảo hiểm thuốc và số tiền quý vị phải thanh toán.

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

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

Chúng tôi tiến hành xét duyệt việc sử dụng thuốc cho các hội viên của mình để giúp đảm bảo rằng họ đang được chăm sóc an toàn và thích hợp. Những xét duyệt này đặc biệt quan trọng đối với những hội viên có nhiều hơn một nhà cung cấp kê toa thuốc cho họ.

Chúng tôi sẽ thực hiện xét duyệt mỗi khi quý vị mua thuốc kê toa. Chúng tôi cũng thường xuyên xét duyệt hồ sơ của mình. Trong quá trình xét duyệt này, chúng tôi sẽ tìm kiếm các vấn đề tiềm ẩn như:

- Các sai sót liên quan đến thuốc có thể xảy ra
- Thuốc có thể không cần thiết vì quý vị đang dùng một loại thuốc khác để điều trị cùng một bệnh trạng
- Thuốc có thể không an toàn hoặc không phù hợp do tuổi tác hoặc giới tính của quý vị
- Một số sự kết hợp thuốc nhất định có thể gây hại cho quý vị nếu dùng cùng lúc
- Đơn thuốc được kê cho các loại thuốc có thành phần mà quý vị bị dị ứng
- Các sai sót có thể xảy ra về số lượng (liều lượng) thuốc quý vị đang dùng
- Số lượng thuốc giảm đau opioid không an toàn

Nếu chúng tôi nhận thấy vấn đề có thể xảy ra trong việc sử dụng thuốc của quý vị, chúng tôi sẽ làm việc với nhà cung cấp của quý vị để khắc phục vấn đề.

Phần 10.2 Chương trình Quản lý Thuốc (DMP) nhằm giúp các hội viên sử dụng thuốc opioid một cách an toàn

Chúng tôi có một chương trình có thể giúp đảm bảo các hội viên của chúng tôi sử dụng an toàn các loại thuốc opioid theo toa và các loại thuốc thường bị lạm dụng khác. Chương trình này được gọi là Chương trình Quản lý Thuốc (Drug Management Program, 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 đã sử dụng quá liều opioid gần đây, chúng tôi có thể trao đổi với bác sĩ của quý vị để đảm bảo việc sử dụng thuốc opioid của quý vị là phù hợp và cần thiết về mặt y khoa. Khi làm việc với các bác sĩ của quý vị, nếu chúng tôi quyết định rằng việc sử dụng thuốc opioid hoặc thuốc benzodiazepine theo toa của quý vị là không an toàn, chúng tôi có thể giới hạn cách quý vị có thể nhận được những loại thuốc đó. Những giới hạn có thể là:

- Yêu cầu quý vị nhận tất cả các toa thuốc opioid hoặc thuốc benzodiazepine từ một (các) nhà thuốc nhất định
- Yêu cầu quý vị nhận tất cả các toa thuốc opioid hoặc thuốc benzodiazepine từ một (các) bác sĩ nhất định
- Giới hạn số lượng thuốc opioid hoặc benzodiazepine mà chúng tôi sẽ bao trả cho quý vị

Nếu chúng tôi cho rằng cần áp dụng một hoặc nhiều giới hạn này cho quý vị, chúng tôi sẽ gửi trước cho quý vị một lá thư. Thư sẽ bao gồm thông tin giải thích những hạn chế mà chúng tôi nghĩ nên áp dụng cho quý vị. Quý vị cũng sẽ có cơ hội cho chúng tôi biết quý vị muốn sử dụng bác sĩ hoặc nhà thuốc nào và bất kỳ thông tin nào khác mà quý vị cho là quan trọng cần để chúng tôi biết. Sau khi quý vị có cơ hội phản hồi, nếu chúng tôi quyết định giới hạn bảo hiểm đối với những loại thuốc này, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư khác xác nhận sự giới hạn đó. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn hoặc quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi rằng quý vị có nguy cơ lạm dụng thuốc kê toa hoặc bị giới hạn, quý vị và người kê toa của mình có quyền gửi kháng cáo cho chúng tôi. Nếu quý vị lựa chọn kháng cáo, chúng tôi sẽ xét duyệt trường hợp của quý vị và đưa ra quyết định. Nếu chúng tôi tiếp tục từ chối bất kỳ phần nào trong yêu cầu liên quan đến các giới hạn áp dụng cho việc tiếp cận thuốc của quý vị, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị đến một bên xét duyệt độc lập ngoài chương trình của chúng tôi. Xem Chương 9 để biết thông tin về cách yêu cầu kháng cáo.

DMP có thể không áp dụng cho quý vị nếu quý vị mắc một số bệnh trạng nhất định, chẳng hạn như ung thư hoặc bệnh hồng cầu hình liềm, quý vị đang nhận dịch vụ chăm sóc cuối đời, chăm sóc giảm nhẹ hoặc cuối đời hoặc sống trong một cơ sở chăm sóc dài kỳ.

Phần 10.3 Chương trình Quản lý Trị liệu Bằng thuốc (MTM) nhằm giúp hội viên quản lý thuốc của họ

Chúng tôi có một chương trình có thể trợ giúp các hội viên có nhu cầu chăm sóc sức khỏe phức tạp.

Chương trình này là hoàn toàn tự nguyện và miễn phí cho các hội viên. Một nhóm các dược sĩ và bác sĩ đã phát triển chương trình cho chúng tôi. Chương trình này có thể giúp đảm bảo rằng các hội viên của chúng tôi tận dụng tối đa lợi ích từ các loại thuốc họ dùng. Chương trình của chúng tôi được gọi là chương trình Quản lý Trị liệu Bằng thuốc (Medication Therapy Management, MTM).

Một số hội viên dùng thuốc cho các bệnh trạng khác nhau và có chi phí thuốc cao hoặc đang tham gia DMP nhằm giúp các hội viên sử dụng opioid một cách an toàn có thể nhận được các dịch vụ thông qua chương trình MTM. Dược sĩ hoặc chuyên gia y tế khác sẽ cung cấp cho quý vị một đánh giá toàn diện về tất cả các loại thuốc mà quý vị dùng. Quý vị có thể trao đổi về cách dùng thuốc tối nhất, chi phí và bất kỳ vấn đề hoặc thắc mắc nào quý vị có về thuốc kê toa và thuốc mua tự do không theo toa. Quý vị sẽ nhận được một bản tóm tắt bằng văn bản về cuộc thảo luận này. Bản tóm tắt bao gồm một kế hoạch hành động về thuốc trong đó đề xuất những gì quý vị có thể thực hiện để sử dụng tốt nhất các loại thuốc của mình, có khoảng trống để quý vị ghi chú hoặc viết ra bất kỳ câu hỏi tiếp nối nào. Quý vị cũng sẽ nhận được một danh sách thuốc cá nhân bao gồm tất cả các loại thuốc quý vị đang dùng và lý do quý vị dùng chúng. Ngoài ra, hội viên trong chương trình MTM sẽ nhận được thông tin về việc tiêu hủy an toàn các loại thuốc kê toa là các chất được kiểm soát.

Quý vị nên có bản đánh giá thuốc của mình trước khi thăm khám “Khỏe mạnh” hàng năm, để quý vị có thể trao đổi với bác sĩ về kế hoạch hành động và danh sách thuốc của mình. Hãy mang theo kế hoạch hành động và danh sách thuốc khi đến khám hoặc bất cứ lúc nào quý vị trao đổi với bác sĩ, dược sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Ngoài ra, hãy giữ danh sách thuốc của quý vị bên mình (ví dụ: cùng với giấy tờ tùy thân) trong trường hợp quý vị đến bệnh viện hoặc phòng cấp cứu.

Nếu chúng tôi có chương trình phù hợp với nhu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ tự động ghi danh quý vị vào chương trình và gửi thông tin cho quý vị. Nếu quý vị quyết định không tham gia, vui lòng thông báo cho chúng tôi và chúng tôi sẽ rút quý vị khỏi chương trình. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về các chương trình này, vui lòng liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này).

CHƯƠNG 6

Số tiền quý vị thanh toán cho thuốc kê toa Part D

Chương 6. Số tiền quý vị thanh toán cho thuốc kê toa Part D

PHẦN 1 Giới thiệu 149

Phần 1.1 Sử dụng chương này cùng với các tài liệu khác giải thích về bảo hiểm thuốc của quý vị 149

Phần 1.2 Các loại chi phí xuất túi mà quý vị có thể phải thanh toán cho thuốc được bao trả 150

PHẦN 2 Số tiền quý vị thanh toán cho một loại thuốc phụ thuộc vào việc quý vị đang ở "giai đoạn thanh toán thuốc" nào khi nhận thuốc 150

Phần 2.1 Các giai đoạn thanh toán thuốc cho hội viên KelseyCare Advantage Platinum là gì? 150

PHẦN 3 Chúng tôi gửi đến quý vị các báo cáo giải thích các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị và quý vị đang ở giai đoạn thanh toán nào 152

Phần 3.1 Chúng tôi gửi đến quý vị bản tóm tắt hàng tháng được gọi là Giải thích về Phúc lợi Part D (Part D Explanation of Benefits) ("EOB Part D") 152

Phần 3.2 Giúp chúng tôi cập nhật thông tin của mình về các khoản thanh toán thuốc của quý vị 153

PHẦN 4 Trong Giai Đoạn Khấu Trừ, quý vị thanh toán toàn bộ chi phí cho các loại thuốc Bậc 3, 4 và 5 của mình 154

Phần 4.1 Quý vị ở Giai Đoạn Khấu Trừ cho đến khi quý vị đã thanh toán $100 cho các loại thuốc Bậc 3, 4 và 5 của mình 154

PHẦN 5 Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu, chương trình thanh toán phần chia sẻ chi phí thuốc của chương trình và quý vị thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình 154

Phần 5.1 Số tiền quý vị thanh toán cho một loại thuốc phụ thuộc vào loại thuốc và nơi quý vị mua thuốc kê toa của mình 154

Phần 5.2 Bảng thể hiện chi phí mà quý vị phải trả cho lượng thuốc trong *một tháng* 156

Phần 5.3 Nếu bác sĩ kê toa ít hơn lượng thuốc cho cả tháng, quý vị có thể không cần phải thanh toán chi phí cho lượng thuốc của cả tháng 158

Phần 5.4 Bảng thể hiện chi phí mà quý vị phải trả cho lượng thuốc *dài hạn* (lên đến 90 ngày) 158

Phần 5.5 Quý vị ở Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu cho đến khi tổng chi phí thuốc của quý vị trong năm đạt $4,430 159

PHẦN 6 Trong Giai Đoạn Khoảng Chờ Bao Trả, chương trình cung cấp một số bảo hiểm thuốc 160

Phần 6.1 Quý vị ở Giai Đoạn Khoảng Chờ Bao Trả cho đến khi chi phí xuất túi của quý vị đạt $7,050 160

Phần 6.2 Cách Medicare tính toán chi phí xuất túi của quý vị cho các loại thuốc kê toa 161

PHẦN 7 Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa, chương trình thanh toán phần lớn chi phí cho thuốc của quý vị..... 163

Phần 7.1 Khi quý vị đang ở Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa, quý vị sẽ ở giai đoạn này trong suốt thời gian còn lại của năm..... 163

PHẦN 8 Số tiền quý vị thanh toán cho việc chủng ngừa được bao trả theo Part D tùy thuộc vào cách thức và nơi quý vị chủng ngừa 164

Phần 8.1 Chương trình của chúng tôi có thể có bảo hiểm riêng cho thuốc chủng ngừa Part D và chi phí tiêm vắc-xin cho quý vị 164

Phần 8.2 Quý vị có thể muốn gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi trước khi chủng ngừa..... 166

Quý vị có biết rằng có những chương trình giúp thanh toán chi phí cho các thuốc của quý vị không?

Có các chương trình giúp cho những người có nguồn lực hạn chế thanh toán tiền thuốc của họ. Những chương trình này bao gồm "Trợ Giúp Bổ Sung" và các Chương trình Trợ giúp về Thuốc của Tiểu bang. Để biết thêm thông tin, hãy xem Chương 2, Phần 7.

Quý vị có đang nhận trợ giúp thanh toán cho thuốc của mình không?

Nếu quý vị đang trong một chương trình giúp thanh toán cho các loại thuốc của quý vị, **một số thông tin trong Chứng Thư Bảo Hiểm này về các chi phí cho thuốc kê toa Part D có thể không áp dụng cho quý vị.** Chúng tôi gửi cho quý vị tờ thông tin riêng, gọi là "Điều khoản Bổ sung Chứng Thư Bảo Hiểm dành cho Người Nhận Trợ giúp Bổ sung để Thanh toán cho Thuốc Theo Toa" (còn gọi là "Điều khoản Bổ sung về Trợ cấp cho Người có Thu nhập Thấp" hoặc "Điều khoản Bổ sung LIS"), cho quý vị biết về khoản bao trả thuốc của quý vị. Nếu quý vị không có tờ thông tin này, vui lòng gọi điện cho Dịch vụ Hội viên và đề nghị được nhận "Điều khoản Bổ sung LIS". (Số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Hội Viên được in ở bìa sau của tập tài liệu này.)

PHẦN 1 Giới thiệu

Phần 1.1 Sử dụng chương này cùng với các tài liệu khác giải thích về bảo hiểm thuốc của quý vị

Chương này tập trung vào số tiền quý vị phải thanh toán cho thuốc kê toa Part D của mình. Để đơn giản hơn, chúng tôi sử dụng "thuốc" trong chương này để chỉ thuốc kê toa Part D. Như đã giải thích trong Chương 5, không phải tất cả các loại thuốc đều là thuốc Part D – một số loại thuốc được Medicare Part A hoặc Part B bao trả và các loại thuốc khác theo luật sẽ bị loại trừ khỏi phạm vi bảo hiểm của Medicare.

Để hiểu thông tin thanh toán mà chúng tôi cung cấp cho quý vị trong chương này, quý vị cần biết những điều cơ bản về các thuốc được bao trả, nơi mua thuốc kê toa của quý vị và những quy tắc nào cần tuân thủ khi quý vị nhận thuốc được bao trả. Dưới đây là các tài liệu giải thích những điều cơ bản này:

- ***Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Mục Thuốc)*** *của chương trình.* Để đơn giản hơn, chúng tôi gọi đây là "Danh Sách Thuốc".
  - Danh Sách Thuốc này cho biết loại thuốc nào được bao trả cho quý vị.
  - Nó cũng cho biết thuốc nằm trong 5 "bậc chia sẻ chi phí" nào và liệu có bất kỳ hạn chế nào đối với bảo hiểm thuốc của quý vị hay không.
  - Nếu quý vị cần một bản sao Danh Sách Thuốc, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này). Quý vị cũng có thể tìm thấy Danh Sách Thuốc trên trang web của chúng tôi tại

www.kelseycareadvantage.com. Danh Sách Thuốc trên trang web luôn là danh sách cập nhật nhất.

- **Chương 5 của tập sách này.** Chương 5 cung cấp thông tin chi tiết về bảo hiểm thuốc kê toa của quý vị, bao gồm các quy tắc quý vị cần tuân theo khi nhận thuốc được bao trả. Chương 5 cũng cho biết những loại thuốc kê toa nào không được chương trình của chúng tôi bao trả.
- ***Danh Mục Nhà Thuốc*** *của chương trình.* Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới để mua thuốc được bao trả (xem Chương 5 để biết chi tiết). *Danh Mục Nhà Thuốc* bao gồm danh sách các nhà thuốc trong mạng lưới của chương trình. Tài liệu này cũng cho quý vị biết những nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi có thể cung cấp cho quý vị lượng thuốc dài hạn (chẳng hạn như mua thuốc kê toa với lượng thuốc dùng cho ba tháng).

Phần 1.2 Các loại chi phí xuất túi mà quý vị có thể phải thanh toán cho thuốc được bao trả

Để hiểu rõ thông tin thanh toán mà chúng tôi cung cấp cho quý vị trong chương này, quý vị cần biết các loại chi phí xuất túi mà quý vị có thể phải thanh toán cho các dịch vụ được bao trả. Số tiền quý vị thanh toán cho một loại thuốc được gọi là khoản "chia sẻ chi phí" và quý vị có thể được yêu cầu thanh toán theo ba cách.

- **"Khoản khấu trừ"** là số tiền quý vị phải thanh toán cho thuốc trước khi chương trình của chúng tôi bắt đầu thanh toán phần của mình.
- **"Khoản đồng thanh toán"** có nghĩa là quý vị phải thanh toán một số tiền cố định mỗi khi quý vị mua thuốc kê toa.
- **"Khoản đồng bảo hiểm"** có nghĩa là quý vị phải thanh toán một số phần trăm trong tổng chi phí thuốc mỗi khi quý vị mua thuốc kê toa.

PHẦN 2 Số tiền quý vị thanh toán cho một loại thuốc phụ thuộc vào việc quý vị đang ở "giai đoạn thanh toán thuốc" nào khi nhận thuốc

Phần 2.1 Các giai đoạn thanh toán thuốc cho hội viên KelseyCare Advantage Platinum là gì?

Như được trình bày trong bảng bên dưới, có "các giai đoạn thanh toán thuốc" cho bảo hiểm thuốc kê toa của quý vị theo KelseyCare Advantage Platinum. Số tiền quý vị thanh toán cho một loại thuốc phụ thuộc vào việc quý vị đang ở giai đoạn nào tại thời điểm quý vị mua thuốc kê toa.

Giai đoạn 1 *Giai Đoạn Khấu Trừ Hàng Năm*	**Giai đoạn 2** *Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu*	**Giai đoạn 3** *Giai Đoạn Khoảng Chờ Bao Trả*	**Giai đoạn 4** *Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa*
Trong giai đoạn này, **quý vị thanh toán toàn bộ chi phí** cho các loại thuốc Bậc 3, 4 và 5 của mình. Trong giai đoạn này, chi phí xuất túi của quý vị cho Insulin Chọn Lọc sẽ là khoản đồng thanh toán $30 - $35 cho lượng thuốc cấp cho 30 ngày. Quý vị sẽ ở giai đoạn này cho đến khi quý vị đã thanh toán $100 cho các thuốc Bậc 3, 4 và 5 ($100 là số tiền được khấu trừ Bậc 3, 4, và 5 của quý vị). (Chi tiết được nêu trong Phần 4 của chương này.)	Trong giai đoạn này, chương trình thanh toán phần chia sẻ chi phí của chương trình cho thuốc Bậc 1 và Bậc 2 của quý vị và **quý vị thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình.**. Trong giai đoạn này, chi phí xuất túi của quý vị cho Insulin Chọn Lọc sẽ là khoản đồng thanh toán $30 - $35 cho lượng thuốc cấp cho 30 ngày. Sau khi quý vị (hoặc những người khác thay mặt quý vị) đã đạt đến khoản khấu trừ Bậc 3, 4 và 5, chương trình sẽ thanh toán phần chia sẻ chi phí của chương trình cho Biệt dược Ưu tiên Bậc 3, Thuốc Không được Ưu tiên Bậc 4 và Thuốc Đặc trị Bậc 5 và quý vị trả phần chia sẻ chi phí của quý vị. Quý vị tiếp tục ở giai đoạn này cho đến khi **"tổng chi phí thuốc"** (các khoản thanh toán của quý vị cộng với bất kỳ khoản thanh toán nào của chương trình Part D) từ đầu năm đến nay đạt tổng cộng là $4,430. (Chi tiết được nêu trong Phần 5 của chương này.)	Trong giai đoạn này, quý vị tiếp tục thanh toán khoản đồng thanh toán của chương trình cho các loại thuốc Bậc 1 và Bậc 2 hoặc 25% chi phí, tùy theo mức nào thấp hơn. Quý vị phải thanh toán 25% giá thuốc thế phẩm (generic) ở Bậc 5. Đối với thuốc biệt dược, quý vị phải thanh toán 25% giá thuốc (cộng với một phần phí cấp phát). Trong giai đoạn này, chi phí xuất túi của quý vị cho Insulin Chọn Lọc sẽ là khoản đồng thanh toán $30 - $35 cho lượng thuốc cấp cho 30 ngày. Quý vị ở giai đoạn này cho đến khi **"chi phí xuất túi"** (các khoản thanh toán của quý vị) từ đầu năm đến nay của quý vị đạt tổng cộng là $7,050. Số tiền này và các quy tắc để tính chi phí vào số tiền này đã được Medicare ấn định. (Chi tiết được nêu trong Phần 6 của chương này.)	Trong giai đoạn này, **chương trình sẽ thanh toán phần lớn chi phí** thuốc của quý vị cho thời gian còn lại của năm dương lịch (đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2022). (Chi tiết được nêu trong Phần 7 của chương này.)

PHẦN 3 Chúng tôi gửi đến quý vị các báo cáo giải thích các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị và quý vị đang ở giai đoạn thanh toán nào

Phần 3.1 Chúng tôi gửi đến quý vị bản tóm tắt hàng tháng được gọi là Giải thích về Phúc lợi Part D (Part D Explanation of Benefits) (“EOB Part D”)

Chương trình của chúng tôi theo dõi chi phí thuốc kê toa của quý vị và các khoản thanh toán quý vị đã thực hiện khi quý vị mua hoặc mua lại toa thuốc tại nhà thuốc. Bằng cách này, chúng tôi có thể thông báo cho quý vị biết khi quý vị đã chuyển từ giai đoạn thanh toán thuốc này sang giai đoạn thanh toán tiếp theo. Cụ thể là, có hai loại chi phí mà chúng tôi theo dõi:

- Chúng tôi theo dõi số tiền quý vị đã thanh toán. Đây được gọi là chi phí “**xuất túi**” của quý vị.
- Chúng tôi theo dõi “**tổng chi phí thuốc**” của quý vị. Đây là số tiền quý vị xuất túi tự trả hoặc người khác thanh toán thay mặt cho quý vị cộng với số tiền mà chương trình thanh toán.

Chương trình của chúng tôi sẽ chuẩn bị một bản tóm tắt bằng văn bản được gọi là *Giải thích về Phúc lợi Part D* (đôi khi được gọi là “EOB Part D”) khi quý vị đã mua một hoặc nhiều toa thuốc thông qua chương trình trong tháng trước. EOB Part D cung cấp thêm thông tin về các loại thuốc quý vị dùng, chẳng hạn như giá thuốc tăng và các loại thuốc khác có thể có sẵn với mức chia sẻ chi phí thấp hơn. Quý vị nên tham khảo ý kiến của người kê toa về các lựa chọn có mức chi phí thấp hơn này. EOB Part D bao gồm:

- **Thông tin cho tháng đó**. Báo cáo này cung cấp chi tiết thanh toán về các toa thuốc quý vị đã mua trong tháng trước. Báo cáo cho biết tổng chi phí thuốc, số tiền mà chương trình đã thanh toán, và số tiền mà quý vị và những người khác thay mặt quý vị đã thanh toán.
- **Tổng số trong năm kể từ ngày 1 tháng 1.** Đây được gọi là thông tin “từ đầu năm đến nay”. Thông tin này cho quý vị biết tổng chi phí thuốc và tổng số tiền thanh toán cho thuốc của quý vị kể từ khi năm bắt đầu.
- **Thông tin giá thuốc.** Thông tin này sẽ hiển thị tổng giá thuốc và bất kỳ tỷ lệ phần trăm nào thay đổi so với lần mua đầu tiên cho mỗi yêu cầu thanh toán thuốc kê toa có cùng số lượng.
- **Các toa thuốc thay thế có sẵn với chi phí thấp hơn.** Điều này sẽ bao gồm thông tin về các loại thuốc khác có thể có sẵn với mức chia sẻ chi phí thấp hơn cho mỗi yêu cầu thanh toán thuốc kê toa.

Phần 3.2 Giúp chúng tôi cập nhật thông tin của mình về các khoản thanh toán thuốc của quý vị

Để theo dõi chi phí thuốc của quý vị và các khoản thanh toán quý vị thực hiện để mua thuốc, chúng tôi sử dụng hồ sơ nhận được từ các nhà thuốc. Dưới đây là cách quý vị có thể giúp chúng tôi duy trì thông tin của quý vị chính xác và cập nhật:

- **Xuất trình thẻ hội viên của quý vị khi quý vị mua thuốc kê toa.** Để đảm bảo chúng tôi biết về các toa thuốc quý vị đang mua và số tiền quý vị đang thanh toán, hãy xuất trình thẻ hội viên chương trình của quý vị mỗi khi quý vị mua thuốc kê toa.
- **Đảm bảo rằng chúng tôi có thông tin chúng tôi cần.** Đôi khi quý vị có thể thanh toán cho thuốc kê toa nhưng chúng tôi sẽ không tự động nhận được thông tin cần thiết để theo dõi chi phí xuất túi của quý vị. Để giúp chúng tôi theo dõi các khoản chi phí xuất túi của quý vị, quý vị có thể cung cấp cho chúng tôi bản sao biên lai cho các loại thuốc mà quý vị đã mua. (Nếu quý vị bị tính hóa đơn cho một loại thuốc được bao trả, quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi thanh toán phần chi phí chia sẻ của chúng tôi. Để được hướng dẫn về cách thực hiện điều này, hãy xem Chương 7, Phần 2 của tập sách này.) Dưới đây là một số loại tình huống trong đó quý vị có thể muốn cung cấp cho chúng tôi bản sao biên lai thuốc để đảm bảo rằng chúng tôi có hồ sơ đầy đủ về số tiền quý vị đã chi cho thuốc của mình:
    - Khi quý vị mua thuốc được bao trả tại nhà thuốc trong mạng lưới với giá đặc biệt hoặc sử dụng thẻ giảm giá không nằm trong phúc lợi của chương trình của chúng tôi.
    - Khi quý vị thực hiện khoản đồng thanh toán cho các loại thuốc được cung cấp theo chương trình hỗ trợ bệnh nhân của nhà sản xuất thuốc.
    - Bất cứ lúc nào quý vị mua thuốc được bao trả tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới hoặc những lần khác khi quý vị đã thanh toán giá đầy đủ cho một loại thuốc được bao trả trong những trường hợp đặc biệt.

- **Gửi cho chúng tôi thông tin về các khoản thanh toán mà người khác đã thực hiện cho quý vị.** Các khoản thanh toán do một số cá nhân và tổ chức khác thực hiện cũng được tính vào chi phí xuất túi của quý vị và giúp quý vị đủ điều kiện nhận bảo hiểm tai họa. Ví dụ, các khoản thanh toán do Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm của Tiểu Bang (State Pharmaceutical Assistance Program), chương trình hỗ trợ thuốc điều trị AIDS (AIDS drug assistance program, ADAP), Dịch Vụ Y Tế dành cho Người Da Đỏ (Indian Health Service) và hầu hết các tổ chức từ thiện chi trả đều được tính vào chi phí xuất túi của quý vị. Quý vị nên lưu hồ sơ các khoản thanh toán này và gửi cho chúng tôi để chúng tôi có thể theo dõi chi phí của quý vị.
- **Kiểm tra báo cáo bằng văn bản mà chúng tôi gửi cho quý vị.** Khi quý vị nhận được *Giải thích về Phúc lợi Part D* ("EOB Part D") qua thư, vui lòng xem qua để đảm bảo thông tin đầy đủ và chính xác. Thông tin này cũng có sẵn dưới dạng điện tử. Nếu quý vị cho rằng báo cáo còn thiếu, hoặc quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này). Hãy đảm bảo cất giữ các báo cáo này. Chúng là một hồ sơ quan trọng về chi phí thuốc của quý vị.

PHẦN 4 Trong Giai Đoạn Khấu Trừ, quý vị thanh toán toàn bộ chi phí cho các loại thuốc Bậc 3, 4 và 5 của mình

Phần 4.1 Quý vị ở Giai Đoạn Khấu Trừ cho đến khi quý vị đã thanh toán $100 cho các loại thuốc Bậc 3, 4 và 5 của mình

Giai Đoạn Khấu Trừ là giai đoạn thanh toán đầu tiên cho bảo hiểm thuốc của quý vị. Quý vị sẽ thanh toán khoản khấu trừ hàng năm là $100 cho các loại thuốc Bậc 3, 4 và 5. **Quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí cho các loại thuốc Bậc 3, 4 và 5** cho đến khi đạt đến số tiền khấu trừ của chương trình bảo hiểm. Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị sẽ không phải thanh toán bất kỳ khoản khấu trừ nào và sẽ bắt đầu nhận được bảo hiểm ngay lập tức.

- **"Toàn bộ chi phí""** của quý vị thường thấp hơn giá đầy đủ thông thường của thuốc, vì chương trình của chúng tôi đã thương lượng chi phí thấp hơn cho hầu hết các loại thuốc.
- **"Khoản khấu trừ"** là số tiền quý vị phải thanh toán cho thuốc kê toa Part D của quý vị trước khi chương trình bắt đầu thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình.

Khi quý vị đã thanh toán $100 cho các loại thuốc Bậc 3, 4 và 5, quý vị sẽ rời khỏi Giai Đoạn Khấu Trừ và chuyển sang giai đoạn thanh toán thuốc tiếp theo, đó là Giai Đoạn Bao Trả Ban Đầu.

Không áp dụng khoản khấu trừ đối với KelseyCare Advantage Platinum cho Insulin Chọn Lọc. Trong Giai Đoạn Khấu Trừ, chi phí tự trả của quý vị cho các Insulin Chọn lọc này sẽ là $30 - $35 đồng thanh toán cho tiếp liệu thuốc dùng trong 30 ngày. Để biết loại thuốc nào là Insulin Chọn lọc, hãy xem lại Danh sách Thuốc mới nhất mà chúng tôi đã cung cấp dưới dạng bản điện tử. Quý vị có thể xác định Select Insulins (Chọn Insulin) bằng biểu tượng "SI" trong Danh Sách Thuốc. Nếu có thắc mắc về Danh Sách Thuốc, quý vị cũng có thể gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên (Số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Hội Viên được in ở bìa sau của tập tài liệu này).

PHẦN 5 Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu, chương trình thanh toán phần chia sẻ chi phí thuốc của chương trình và quý vị thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình

Phần 5.1 Số tiền quý vị thanh toán cho một loại thuốc phụ thuộc vào loại thuốc và nơi quý vị mua thuốc kê toa của mình

Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu, chương trình thanh toán phần chi phí thuốc kê toa được bao trả của quý vị và quý vị thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình (số tiền đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm của quý vị). Phần chia sẻ chi phí của quý vị sẽ thay đổi tùy thuộc vào loại thuốc và nơi quý vị mua thuốc kê toa của mình.

Chương trình có 5 bậc chia sẻ chi phí

Mỗi loại thuốc trong Danh Sách Thuốc của chương trình đều thuộc một trong 5 bậc chia sẻ chi phí. Nhìn chung, số bậc chia sẻ chi phí càng cao thì chi phí thuốc của quý vị càng lớn:

Bậc Chia Sẻ Chi Phí	Các thuốc Có trong Bậc
Bậc 1 (bậc chia sẻ chi phí thấp nhất)	Thuốc Thế Phẩm Ưu tiên
Bậc 2	Thuốc thế phẩm (generic)
Bậc 3	Biệt dược Ưu tiên
Bậc 4	Thuốc Không được Ưu tiên
Bậc 5 (bậc chia sẻ chi phí cao nhất)	Bậc Thuốc Đặc trị

Để tìm hiểu thuốc của quý vị nằm trong bậc chia sẻ chi phí nào, hãy tra cứu trong Danh sách Thuốc của chương trình.

Lựa chọn nhà thuốc của quý vị

Số tiền quý vị phải thanh toán cho một loại thuốc tùy thuộc vào việc quý vị nhận được thuốc từ:

- Một nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới cung cấp khoản chia sẻ chi phí tiêu chuẩn
- Một nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới cung cấp khoản chia sẻ chi phí ưu tiên
- Nhà thuốc không nằm trong mạng lưới của chương trình
- Nhà thuốc đặt hàng qua bưu điện của chương trình

Để biết thêm thông tin về các lựa chọn nhà thuốc này và về việc mua thuốc kê toa của quý vị, hãy xem Chương 5 trong tập sách này và *Danh bạ Nhà thuốc* của chương trình.

Nhìn chung, chúng tôi sẽ *chỉ* bao trả cho các toa thuốc của quý vị nếu chúng được mua tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. Một số nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi cũng cung cấp khoản chia sẻ chi phí ưu tiên. Quý vị có thể đến các nhà thuốc trong mạng lưới cung cấp khoản chia sẻ chi phí ưu tiên hoặc các nhà thuốc khác trong mạng lưới cung cấp khoản chia sẻ chi phí tiêu chuẩn để nhận thuốc kê toa được bao trả của quý vị. Quý vị có thể thanh toán chi phí thấp hơn tại các nhà thuốc cung cấp khoản chia sẻ chi phí ưu tiên.

Phần 5.2 Bảng thể hiện chi phí mà quý vị phải trả cho lượng thuốc trong *một tháng*

Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu, phần chia sẻ chi phí thuốc được bao trả của quý vị sẽ là khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm.

- **"Khoản đồng thanh toán"** có nghĩa là quý vị phải thanh toán một số tiền cố định mỗi khi quý vị mua thuốc kê toa.
- **"Khoản đồng bảo hiểm"** có nghĩa là quý vị phải thanh toán một số phần trăm trong tổng chi phí thuốc mỗi khi quý vị mua thuốc kê toa.

Như được trình bày trong bảng bên dưới, số tiền đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm phụ thuộc vào thuốc của quý vị thuộc bậc chia sẻ chi phí nào. Xin lưu ý:

- Nếu thuốc được bao trả của quý vị có giá thấp hơn số tiền đồng thanh toán được liệt kê trong bảng, quý vị sẽ thanh toán mức giá thấp hơn cho loại thuốc đó. Quý vị *có thể* thanh toán toàn bộ giá thuốc *hoặc* số tiền đồng thanh toán, *tùy theo giá nào thấp hơn*.

- Chúng tôi bao trả các toa thuốc được mua tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới chỉ trong một số tình huống hạn chế. Vui lòng xem Chương 5, Phần 2.5 để biết thông tin về những trường hợp chúng tôi sẽ bao trả toa thuốc được mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới.

Phần chia sẻ chi phí của quý vị khi quý vị mua lượng thuốc trong *một tháng* đối với thuốc kê toa Part D được bao trả:

	Khoản chia sẻ chi phí bán lẻ tiêu chuẩn (Trong mạng lưới) (lượng thuốc lên đến 30 ngày)	**Khoản chia sẻ chi phí bán lẻ ưu tiên (Trong mạng lưới)** (lượng thuốc lên đến 30 ngày)	**Khoản chia sẻ chi phí đặt hàng qua bưu điện ưu tiên** (lượng thuốc lên đến 30 ngày)	**Khoản chia sẻ chi phí chăm sóc dài hạn (LTC)** (lượng thuốc cho tối đa 31 ngày)	**Khoản chia sẻ chi phí ngoài mạng lưới** (Bảo hiểm được giới hạn trong một số tình huống nhất định; xem Chương 5 để biết chi tiết.) (lượng thuốc lên đến 30 ngày)
Chia sẻ chi phí Bậc 1 (Thuốc Thế Phẩm Ưu Tiên)	$3 đồng thanh toán	$0 đồng thanh toán	$0 đồng thanh toán	$3 đồng thanh toán	$3 đồng thanh toán
Chia sẻ chi phí Bậc 2 (Thuốc thế phẩm)	$15 đồng thanh toán	$0 đồng thanh toán	$0 đồng thanh toán	$15 đồng thanh toán	$15 đồng thanh toán
Chia sẻ chi phí Bậc 3 (Biệt dược Ưu tiên)	$45 đồng thanh toán/$35 đồng thanh toán cho Insulin Chọn Lọc	$40 đồng thanh toán/$30 đồng thanh toán cho Insulin Chọn Lọc	$40 đồng thanh toán/$30 đồng thanh toán cho Insulin Chọn Lọc	$45 đồng thanh toán/$35 đồng thanh toán cho Insulin Chọn Lọc	$45 đồng thanh toán/$35 đồng thanh toán cho Insulin Chọn Lọc
Chia sẻ chi phí Bậc 4 (Thuốc Không được Ưu tiên)	$90 đồng thanh toán	$80 đồng thanh toán	$80 đồng thanh toán	$90 đồng thanh toán	$90 đồng thanh toán
Chia sẻ chi phí Bậc 5 (Bậc Thuốc Đặc trị)	31% đồng bảo hiểm	31% đồng bảo hiểm	31% đồng bảo hiểm	31% đồng bảo hiểm	31% đồng bảo hiểm

Phần 5.3 Nếu bác sĩ kê toa ít hơn lượng thuốc cho cả tháng, quý vị có thể không cần phải thanh toán chi phí cho lượng thuốc của cả tháng

Thông thường, số tiền quý vị thanh toán cho một loại thuốc kê toa bao gồm lượng thuốc được bao trả cho cả tháng. Tuy nhiên, bác sĩ có thể kê toa ít hơn lượng thuốc trong một tháng. Đôi khi quý vị có thể muốn hỏi bác sĩ về việc kê toa ít hơn lượng thuốc trong một tháng (ví dụ: khi quý vị lần đầu thử dùng một loại thuốc được biết là có tác dụng phụ nghiêm trọng). Nếu bác sĩ kê toa ít hơn lượng thuốc cho cả tháng, quý vị sẽ không phải thanh toán lượng thuốc trong cả tháng đối với một số loại thuốc nhất định.

Số tiền quý vị phải thanh toán khi nhận được ít hơn lượng thuốc của cả tháng sẽ tùy thuộc vào việc quý vị chịu trách nhiệm thanh toán khoản đồng bảo hiểm (tỷ lệ phần trăm của tổng chi phí) hay khoản đồng thanh toán (một số tiền cố định).

- Nếu quý vị chịu trách nhiệm thanh toán khoản đồng bảo hiểm thì quý vị phải thanh toán một tỷ lệ phần trăm trên tổng chi phí thuốc. Quý vị thanh toán cùng một tỷ lệ phần trăm bất kể toa thuốc đó là lượng thuốc cho đủ tháng hay cho ít ngày hơn. Tuy nhiên, vì toàn bộ chi phí thuốc sẽ thấp hơn nếu quý vị nhận được ít hơn lượng thuốc cho cả tháng, nên số tiền quý vị phải thanh toán sẽ thấp hơn.
- Nếu quý vị chịu trách nhiệm thanh toán khoản đồng thanh toán cho thuốc thì khoản đồng thanh toán của quý vị sẽ dựa trên số ngày thuốc mà quý vị nhận được. Chúng tôi sẽ tính toán số tiền quý vị phải thanh toán mỗi ngày cho thuốc của mình ("tỷ lệ chia sẻ chi phí hàng ngày") và nhân nó với số ngày quý vị nhận được thuốc.
    - Dưới đây là một ví dụ: Giả sử khoản đồng thanh toán cho thuốc của quý vị cho lượng thuốc đủ tháng (lượng thuốc trong 30 ngày) là $30. Điều này có nghĩa là số tiền quý vị phải thanh toán mỗi ngày cho thuốc của mình là $1. Nếu quý vị nhận được lượng thuốc trong 7 ngày thì khoản thanh toán của quý vị sẽ là $1 mỗi ngày nhân với 7 ngày, vậy tổng số tiền thanh toán là $7.

Khoản chia sẻ chi phí hàng ngày cho phép quý vị đảm bảo rằng loại thuốc đó hiệu quả đối với quý vị trước khi quý vị phải thanh toán lượng thuốc cho cả tháng. Quý vị cũng có thể yêu cầu bác sĩ kê toa và dược sĩ của quý vị cấp phát một loại thuốc hoặc các loại thuốc ít hơn lượng thuốc cho một tháng, nếu điều này sẽ giúp quý vị lập kế hoạch tốt hơn về ngày mua lại các toa thuốc khác nhau để quý vị có thể ít phải đi đến nhà thuốc hơn. Số tiền quý vị phải thanh toán sẽ phụ thuộc vào lượng thuốc cho các ngày quý vị nhận được.

Phần 5.4 Bảng thể hiện chi phí mà quý vị phải trả cho lượng thuốc *dài hạn* (lên đến 90 ngày)

Đối với một số loại thuốc, quý vị có thể nhận được lượng thuốc dài hạn (còn được gọi là "lượng thuốc kéo dài") khi quý vị mua thuốc kê toa của mình. Lượng thuốc dài hạn lên đến 90 ngày. (Để biết chi tiết về địa điểm và cách thức nhận được lượng thuốc dài hạn, hãy xem Chương 5, Phần 2.4.)

Bảng dưới đây thể hiện số tiền quý vị phải thanh toán khi nhận lượng thuốc dài hạn (lên đến 90 ngày).

- Xin lưu ý: Nếu chi phí thuốc được bao trả của quý vị thấp hơn số tiền đồng thanh toán được liệt kê trong bảng, quý vị sẽ thanh toán mức giá thấp hơn cho loại thuốc đó. Quý vị *có thể* thanh toán toàn bộ giá thuốc *hoặc* số tiền đồng thanh toán, *tùy theo giá nào thấp hơn*.

Phần chia sẻ chi phí của quý vị khi quý vị nhận lượng thuốc *dài hạn* cho thuốc kê toa Part D:

	Khoản chia sẻ chi phí bán lẻ tiêu chuẩn (Trong mạng lưới) (lượng thuốc lên đến 90 ngày)	**Khoản chia sẻ chi phí bán lẻ ưu tiên (Trong mạng lưới)** (lượng thuốc lên đến 90 ngày)	**Khoản chia sẻ chi phí đặt hàng qua bưu điện ưu tiên** (lượng thuốc lên đến 90 ngày)
Chia sẻ chi phí Bậc 1 (Thuốc Thế Phẩm Ưu Tiên)	$9 đồng thanh toán	$0 đồng thanh toán	$0 đồng thanh toán
Chia sẻ chi phí Bậc 2 (Thuốc thế phẩm)	$45 đồng thanh toán	$0 đồng thanh toán	$0 đồng thanh toán
Chia sẻ chi phí Bậc 3 (Biệt dược Ưu tiên)	$135 đồng thanh toán/$105 đồng thanh toán cho Insulin Chọn Lọc	$100 đồng thanh toán/$75 đồng thanh toán cho Insulin Chọn Lọc	$100 đồng thanh toán/$75 đồng thanh toán cho Insulin Chọn Lọc
Chia sẻ chi phí Bậc 4 (Thuốc Không được Ưu tiên)	$270 đồng thanh toán	$200 đồng thanh toán	$200 đồng thanh toán
Chia sẻ chi phí Bậc 5 (Bậc Thuốc Đặc trị)	Tiếp liệu thuốc dài hạn không có sẵn cho các loại thuốc thuộc Bậc 5.	Tiếp liệu thuốc dài hạn không có sẵn cho các loại thuốc thuộc Bậc 5.	Tiếp liệu thuốc dài hạn không có sẵn cho các loại thuốc thuộc Bậc 5.

Phần 5.5 Quý vị ở Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu cho đến khi tổng chi phí thuốc của quý vị trong năm đạt $4,430

Quý vị ở Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu cho đến khi tổng số tiền cho các loại thuốc kê toa mà quý vị đã mua và mua lại đạt đến **giới hạn $4,430 cho Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu**.

Tổng chi phí thuốc của quý vị được tính bằng cách cộng tổng số tiền quý vị đã thanh toán và số tiền mà bất kỳ chương trình Part D nào đã thanh toán:

- **Số tiền quý vị đã thanh toán** cho tất cả các loại thuốc được bao trả mà quý vị nhận được kể từ khi quý vị bắt đầu mua thuốc lần đầu tiên trong năm. (Xem Phần 6.2 để biết thêm thông tin về cách Medicare tính toán chi phí xuất túi của quý vị.) Bao gồm:
  - $100 quý vị đã thanh toán khi ở Giai Đoạn Khấu Trừ.
  - Tổng số tiền quý vị đã thanh toán dưới hình thức phần chia sẻ chi phí thuốc của quý vị trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu.
- **Số tiền chương trình đã thanh toán** dưới hình thức phần chia sẻ chi phí thuốc cho quý vị trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu. (Nếu quý vị đã ghi danh vào một chương trình Part D khác vào bất kỳ thời điểm nào trong năm 2022 thì số tiền mà chương trình đó đã thanh toán trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu cũng được tính vào tổng chi phí thuốc của quý vị.)

Chúng tôi cung cấp bảo hiểm bổ sung cho một số loại thuốc kê toa thường không được bao trả trong Chương trình Thuốc Theo toa của Medicare. Các khoản thanh toán cho các loại thuốc này sẽ không được tính vào giới hạn bao trả ban đầu hoặc tổng chi phí xuất túi của quý vị. Để biết những loại thuốc mà chương trình của chúng tôi bao trả, hãy tham khảo danh mục thuốc của quý vị.

Giải thích về Phúc lợi Part D (EOB Part D) mà chúng tôi gửi cho quý vị sẽ giúp quý vị theo dõi số tiền quý vị và chương trình, cũng như bất kỳ bên thứ ba nào, đã thay mặt quý vị chi trả trong năm. Nhiều người không đạt đến giới hạn $4,430 trong một năm.

Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết nếu quý vị đạt đến số tiền $4,430 này. Nếu quý vị đạt đến số tiền này, quý vị sẽ rời khỏi Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu và chuyển sang Giai Đoạn Khoảng Chờ Bao Trả.

PHẦN 6 Trong Giai Đoạn Khoảng Chờ Bao Trả, chương trình cung cấp một số bảo hiểm thuốc

Phần 6.1 Quý vị ở Giai Đoạn Khoảng Chờ Bao Trả cho đến khi chi phí xuất túi của quý vị đạt $7,050

Khi quý vị đang ở Giai Đoạn Khoảng Chờ Bao Trả, Chương Trình Chiết Khấu Không được Bảo hiểm của Medicare (Medicare Coverage Gap Discount Program) cung cấp cho nhà sản xuất các khoản chiết khấu đối với thuốc biệt dược. Quý vị phải thanh toán 25% giá đã thương lượng và một phần phí cấp phát thuốc biệt dược. Cả số tiền quý vị phải thanh toán và số tiền được nhà sản xuất chiết khấu đều được tính vào chi phí xuất túi của quý vị như thể là quý vị đã thanh toán cho họ đầy đủ và giúp quý vị vượt qua giai đoạn không được bảo hiểm.

Quý vị tiếp tục thanh toán phần chia sẻ chi phí Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu của mình cho Thuốc Thế Phẩm Ưu Tiên Bậc 1 và Thuốc Thế Phẩm Bậc 2.

Quý vị cũng nhận được bao trả một phần cho các thuốc thế phẩm (generic) Bậc 5 (Bậc Thuốc Đặc Trị). Quý vị thanh toán không quá 25% chi phí cho thuốc thế phẩm (generic) và chương trình thanh toán phần còn lại. Đối với thuốc thế phẩm (generic), số tiền mà chương trình thanh toán (75%) không được tính vào chi phí xuất túi của quý vị. Chỉ số tiền quý vị thanh toán mới được tính vào chi phí tự trả và giúp quý vị vượt qua giai đoạn không được bảo hiểm.

Quý vị tiếp tục thanh toán theo giá chiết khấu đối với thuốc biệt dược và không quá 25% chi phí thuốc thế phẩm (generic) cho đến khi các khoản thanh toán xuất túi hàng năm của quý vị đạt đến số tiền tối đa mà Medicare đã ấn định. Vào năm 2022, số tiền đó là $7,050.

Medicare có các quy định về những khoản được tính và những khoản *không* được tính là chi phí xuất túi của quý vị. Khi quý vị đạt đến giới hạn xuất túi là $7,050, quý vị sẽ rời khỏi Giai Đoạn Khoảng Chờ Bao Trả và chuyển sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa.

KelseyCare Advantage Platinum cung cấp bao trả trong khoảng chờ cho Insulin Chọn Lọc. Trong Giai Đoạn Khoảng Chờ Bao Trả, chi phí xuất túi của quý vị cho Select Insulins (Insulin Chọn Lọc) sẽ là khoản đồng thanh toán $30 - $35 cho 30 ngày cung cấp. Để biết loại thuốc nào là Insulin Chọn lọc, hãy xem lại Danh sách Thuốc mới nhất mà chúng tôi đã cung cấp dưới dạng bản điện tử. Quý vị có thể xác định Select Insulins (Chọn Insulin) bằng biểu tượng "SI" trong Danh Sách Thuốc. Nếu có thắc mắc về Danh Sách Thuốc, quý vị cũng có thể gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên (Số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Hội Viên được in ở bìa sau của tập tài liệu này).

Phần 6.2 Cách Medicare tính toán chi phí xuất túi của quý vị cho các loại thuốc kê toa

Dưới đây là các quy tắc của Medicare mà chúng tôi phải tuân theo khi chúng tôi theo dõi các chi phí xuất túi cho thuốc của quý vị.

Các khoản thanh toán này <u>được đưa vào</u> chi phí xuất túi của quý vị

Khi cộng các chi phí xuất túi của mình, **<u>quý vị có thể đưa vào</u>** các khoản thanh toán được liệt kê bên dưới (miễn là chúng dành cho thuốc được bao trả Part D và quý vị đã tuân thủ các quy tắc về bảo hiểm thuốc được giải thích trong Chương 5 của tập sách này):

- Số tiền quý vị thanh toán cho các loại thuốc khi quý vị đang ở bất kỳ giai đoạn thanh toán thuốc nào sau đây:
  - Giai Đoạn Khấu Trừ
  - Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu
  - Giai Đoạn Khoảng Chờ Bao Trả

- Bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện trong năm dương lịch này với tư cách là hội viên của một chương trình thuốc kê toa khác của Medicare trước khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

Điều quan trọng là ai thanh toán:

- Nếu quý vị **tự mình** thực hiện các khoản thanh toán này, chúng sẽ được đưa vào chi phí xuất túi của quý vị.
- Các khoản thanh toán này *cũng được đưa vào* nếu chúng được **một số cá nhân và tổ chức khác** chi trả thay mặt cho quý vị. Điều này bao gồm các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị do bạn bè hoặc người thân, hầu hết các tổ chức từ thiện, các chương trình hỗ trợ thuốc điều trị AIDS, Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm của Tiểu Bang được Medicare xác nhận đủ điều kiện hoặc Dịch Vụ Y Tế dành cho Người Da Đỏ thực hiện. Các khoản thanh toán do Chương trình "Trợ Giúp Bổ Sung" của Medicare thực hiện cũng được đưa vào.
- Một số khoản thanh toán do Chương Trình Chiết Khấu Không được Bảo hiểm Medicare thực hiện sẽ được đưa vào. Số tiền mà nhà sản xuất thanh toán cho thuốc biệt dược của quý vị sẽ được đưa vào. Tuy nhiên, số tiền mà chương trình thanh toán cho thuốc thế phẩm (generic) của quý vị sẽ không được đưa vào.

Chuyển sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa:

Khi quý vị (hoặc những người thanh toán thay mặt cho quý vị) đã chi tổng cộng $7,050 chi phí xuất túi trong năm dương lịch, quý vị sẽ chuyển từ Giai Đoạn Khoảng Chờ Bao Trả sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa.

Các khoản thanh toán này <u>không được đưa vào</u> chi phí xuất túi của quý vị

Khi quý vị cộng chi phí xuất túi, quý vị **<u>không được phép đưa vào</u>** bất kỳ loại thanh toán nào sau đây cho thuốc kê toa:

- Thuốc quý vị mua bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.
- Thuốc không được chương trình của chúng tôi bao trả.
- Các loại thuốc quý vị nhận được tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới không đáp ứng các yêu cầu của chương trình về bảo hiểm ngoài mạng lưới.
- Thuốc theo toa được Part A hoặc Part B bao trả.
- Các khoản thanh toán mà quý vị thực hiện đối với các thuốc được bao trả trong bảo hiểm bổ sung của chúng tôi nhưng thường không được bao trả trong Chương trình Thuốc Theo toa của Medicare.
- Các khoản thanh toán quý vị thực hiện đối với các thuốc kê toa thường không được bao trả trong Chương trình Thuốc Theo toa của Medicare.
- Các khoản thanh toán do chương trình thực hiện cho thuốc biệt dược hoặc thuốc thế phẩm (generic) của quý vị khi đang ở Khoảng Chờ Bảo Hiểm.

- Các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị được thực hiện bởi các chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm bao gồm cả các chương trình bảo hiểm sức khỏe của hãng sở.
- Các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị được thực hiện bởi các chương trình bảo hiểm nhất định và các chương trình bảo hiểm sức khỏe do chính phủ tài trợ chẳng hạn như TRICARE và Bộ Cựu chiến binh.
- Các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị do bên thứ ba thực hiện với nghĩa vụ pháp lý là thanh toán chi phí thuốc kê toa (ví dụ: Bồi thường cho Người lao động).

Nhắc nhở: Nếu bất kỳ tổ chức nào khác, chẳng hạn như những tổ chức được liệt kê ở trên thanh toán một phần hoặc toàn bộ chi phí xuất túi cho thuốc của quý vị thì quý vị phải thông báo điều đó cho chương trình của chúng tôi. Hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên để thông báo cho chúng tôi biết (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này).

Làm thế nào để quý vị có thể theo dõi tổng số tiền xuất túi của mình?

- **Chúng tôi sẽ giúp quý vị.** Bản tóm tắt *Giải thích về Phúc lợi Part D* (EOB Part D) mà chúng tôi gửi cho quý vị sẽ bao gồm số tiền chi phí xuất túi hiện tại của quý vị (Phần 3 trong chương này đề cập đến báo cáo này). Khi tổng chi phí xuất túi trong năm của quý vị đạt $7,050, báo cáo này sẽ cho quý vị biết rằng quý vị đã rời khỏi Giai Đoạn Khoảng Chờ Bao Trả và đã chuyển sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa.
- **Đảm bảo rằng chúng tôi có thông tin chúng tôi cần**. Phần 3.2 cho biết những điều quý vị có thể thực hiện để giúp đảm bảo rằng hồ sơ của chúng tôi về số tiền quý vị đã chi là đầy đủ và cập nhật.

PHẦN 7 Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa, chương trình thanh toán phần lớn chi phí cho thuốc của quý vị

Phần 7.1 Khi quý vị đang ở Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa, quý vị sẽ ở giai đoạn này trong suốt thời gian còn lại của năm

Quý vị đủ điều kiện cho Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa khi chi phí xuất túi của quý vị đã đạt đến giới hạn $7,050 cho năm dương lịch. Khi quý vị đang ở Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa, quý vị sẽ ở giai đoạn thanh toán này cho đến cuối năm dương lịch.

Trong giai đoạn này, chương trình sẽ thanh toán phần lớn chi phí thuốc của quý vị.

- **Phần chia sẻ chi phí của quý vị** cho một loại thuốc được bao trả sẽ là khoản đồng bảo hiểm hoặc khoản đồng thanh toán, tùy theo số tiền nào *lớn hơn*:
    - – *một trong hai* – khoản đồng bảo hiểm 5% chi phí thuốc
    - – *hoặc* – $3.95 đối với thuốc thế phẩm (generic) hoặc thuốc được sử dụng như thuốc thế phẩm và $9.85 đối với tất cả các loại thuốc khác.

- **Chương trình của chúng tôi thanh toán phần còn lại** của chi phí.
- **Phần chia sẻ chi phí của quý vị** cho một loại thuốc bị loại trừ được bao trả như một phúc lợi bổ sung sẽ là
    - - *một trong hai,* khoản đồng bảo hiểm 5% chi phí thuốc
    - hoặc $3.95

PHẦN 8 Số tiền quý vị thanh toán cho việc chủng ngừa được bao trả theo Part D tùy thuộc vào cách thức và nơi quý vị chủng ngừa

Phần 8.1 Chương trình của chúng tôi có thể có bảo hiểm riêng cho thuốc chủng ngừa Part D và chi phí tiêm vắc-xin cho quý vị

Chương trình của chúng tôi cung cấp bảo hiểm cho một số loại vắc-xin Part D. Chúng tôi cũng bao trả các loại vắc-xin được coi là phúc lợi y tế. Quý vị có thể tìm hiểu về bảo hiểm cho những loại vắc-xin này bằng cách tham khảo Sơ Đồ Phúc Lợi Y Tế trong Chương 4, Phần 2.1.

Bảo hiểm của chúng tôi cho việc chủng ngừa Part D gồm hai phần:

- Phần đầu tiên của bảo hiểm là chi phí của **riêng thuốc chủng ngừa**. Vắc-xin là một loại thuốc kê toa.
- Phần thứ hai của bảo hiểm là chi phí **tiêm vắc-xin cho quý vị**. (Điều này đôi khi được gọi là "chích ngừa" vắc-xin.)

Quý vị phải thanh toán những gì cho việc chủng ngừa Part D?

Số tiền quý vị phải thanh toán cho việc chủng ngừa Part D phụ thuộc vào ba yếu tố:

1. **Loại vắc-xin** (quý vị đang được tiêm vắc-xin gì).
    - Một số vắc xin được coi là phúc lợi y tế. Quý vị có thể tìm hiểu về bảo hiểm của mình đối với những loại vắc-xin này bằng cách xem Chương 4, *Sơ Đồ Phúc Lợi Y Tế (số tiền được bao trả và số tiền quý vị phải thanh toán).*
    - Các loại vắc-xin khác được coi là thuốc Part D. Quý vị có thể tìm thấy những loại vắc-xin này được liệt kê trong *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Mục Thuốc)* của chương trình.
2. **Nơi quý vị tiêm vắc-xin.**
3. **Ai tiêm vắc-xin cho quý vị.**

Số tiền quý vị phải thanh toán tại thời điểm chủng ngừa Part D có thể thay đổi tùy theo từng trường hợp. Ví dụ:

- Đôi khi quý vị sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí cho cả vắc-xin và chi phí tiêm vắc-xin khi quý vị chủng ngừa. Quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi.
- Trong những trường hợp khác, khi quý vị nhận thuốc chủng ngừa hay vắc-xin, quý vị sẽ chỉ phải thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình.

Để mô tả cách thức hoạt động, quý vị có thể được tiêm vắc-xin theo ba cách phổ biến dưới đây. Hãy nhớ rằng quý vị chịu trách nhiệm cho tất cả các chi phí liên quan đến vắc-xin (bao gồm cả việc chích ngừa vắc-xin) trong Giai Đoạn Khấu Trừ và Giai Đoạn Khoảng Chờ Bao Trả trong phúc lợi của quý vị.

Tình huống 1: Quý vị mua vắc-xin Part D tại nhà thuốc và quý vị tiêm vắc-xin tại nhà thuốc trong mạng lưới. (Lựa chọn này có sẵn hay không tùy thuộc vào nơi quý vị sống. Một số tiểu bang không cho phép các nhà thuốc thực hiện việc chích ngừa vắc-xin.)

- Quý vị sẽ phải thanh toán cho nhà thuốc số tiền đồng thanh toán cho vắc-xin và chi phí tiêm vắc-xin của quý vị.
- Chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán phần chi phí còn lại.

Tình huống 2: Quý vị tiêm vắc-xin Part D tại phòng mạch của bác sĩ.

- Khi quý vị chủng ngừa, quý vị sẽ thanh toán toàn bộ chi phí vắc-xin và chi phí chích ngừa.
- Sau đó, quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi thanh toán phần chỉa sẻ chi phí của chúng tôi bằng cách thực hiện các quy trình được mô tả trong Chương 7 của tập sách này (*Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần hóa đơn mà quý vị đã nhận cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả*).
- Quý vị sẽ được bồi hoàn số tiền quý vị đã trả trừ đi khoản đồng thanh toán thông thường của quý vị cho vắc-xin (bao gồm cả chi phí chích ngừa), trừ đi bất kỳ khoản chênh lệch nào giữa số tiền bác sĩ tính phí và số tiền chúng tôi thường thanh toán. (Nếu quý vị tham gia chương trình "Trợ Giúp Bổ Sung", chúng tôi sẽ bồi hoàn cho quý vị khoản chênh lệch này.)

Tình huống 3: Quý vị mua vắc-xin Part D tại nhà thuốc của mình, sau đó mang đến phòng mạch của bác sĩ để họ tiêm vắc-xin cho quý vị.

- Quý vị sẽ phải thanh toán cho nhà thuốc số tiền đồng thanh toán của quý vị cho riêng vắc-xin.

- Khi bác sĩ tiêm vắc-xin cho quý vị, quý vị sẽ thanh toán toàn bộ chi phí cho dịch vụ này. Sau đó, quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi bằng cách thực hiện các quy trình được mô tả trong Chương 7 của tập sách này.
- Quý vị sẽ được bồi hoàn số tiền mà bác sĩ tính phí cho việc tiêm vắc-xin trừ đi bất kỳ khoản chênh lệch nào giữa số tiền bác sĩ tính phí và số tiền chúng tôi thường thanh toán. (Nếu quý vị tham gia chương trình "Trợ Giúp Bổ Sung", chúng tôi sẽ bồi hoàn cho quý vị khoản chênh lệch này.)

Phần 8.2 Quý vị có thể muốn gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi trước khi chủng ngừa

Các quy định về bảo hiểm cho việc chủng ngừa rất phức tạp. Chúng tôi luôn sẵn sàng trợ giúp quý vị. Chúng tôi khuyên quý vị nên gọi trước cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi bất cứ khi nào quý vị dự định chủng ngừa. (Số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Hội Viên được in ở bìa sau của tập tài liệu này.)

- Chúng tôi có thể cho quý vị biết về cách chương trình của chúng tôi bao trả cho việc chủng ngừa và giải thích phần chia sẻ chi phí của quý vị.
- Chúng tôi có thể cho quý vị biết cách để giảm chi phí của riêng quý vị bằng cách sử dụng các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.
- Nếu quý vị không thể sử dụng nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới, chúng tôi có thể cho quý vị biết quý vị cần làm gì để được chúng tôi thanh toán phần chi phí chia sẻ của chúng tôi.

CHƯƠNG 7

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

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

PHẦN 1 **Các tình huống mà quý vị nên yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chi phí chia sẻ của chúng tôi đối với các dịch vụ hoặc thuốc được bao trả của quý vị 169**

Phần 1.1 Nếu quý vị thanh toán phần chia sẻ chi phí của chương trình đối với chi phí dịch vụ hoặc thuốc được bao trả của quý vị, hoặc nếu quý vị nhận được hóa đơn, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thanh toán 169

PHẦN 2 **Cách yêu cầu chúng tôi hoàn trả tiền cho quý vị hoặc thanh toán hóa đơn mà quý vị đã nhận được 172**

Phần 2.1 Quý vị gửi cho chúng tôi yêu cầu thanh toán của quý vị bằng cách nào và đến đâu 172

PHẦN 3 **Chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu thanh toán của quý vị và đưa ra quyết định đồng ý hay không 173**

Phần 3.1 Chúng tôi sẽ kiểm tra xem liệu chúng tôi có nên bao trả cho dịch vụ hoặc thuốc hay không và chúng tôi nợ bao nhiêu 173

Phần 3.2 Nếu chúng tôi thông báo cho quý vị biết rằng chúng tôi sẽ không thanh toán toàn bộ hoặc một phần cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc, quý vị có thể kháng cáo 174

PHẦN 4 **Các tình huống khác mà quý vị nên lưu lại biên lai của mình và gửi bản sao cho chúng tôi 174**

Phần 4.1 Trong một số trường hợp, quý vị nên gửi bản sao biên lai của mình cho chúng tôi để giúp chúng tôi theo dõi chi phí thuốc tự trả của quý vị 174

PHẦN 1 Các tình huống mà quý vị nên yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chi phí chia sẻ của chúng tôi đối với các dịch vụ hoặc thuốc được bao trả của quý vị

Phần 1.1 Nếu quý vị thanh toán phần chia sẻ chi phí của chương trình đối với chi phí dịch vụ hoặc thuốc được bao trả của quý vị, hoặc nếu quý vị nhận được hóa đơn, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thanh toán

Đôi khi, khi quý vị được chăm sóc y tế hoặc mua thuốc kê toa, quý vị có thể cần phải thanh toán toàn bộ chi phí ngay lập tức. Trong những trường hợp khác, quý vị có thể thấy rằng quý vị đã thanh toán nhiều hơn so với mong đợi theo các quy tắc bao trả của chương trình. Trong cả hai trường hợp, quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn trả tiền cho quý vị (việc hoàn trả tiền thường được gọi là "bồi hoàn" cho quý vị). Quý vị có quyền được chương trình của chúng tôi hoàn trả bất cứ khi nào quý vị thanh toán nhiều hơn phần chia sẻ chi phí của mình cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được chương trình của chúng tôi bao trả.

Đôi khi quý vị có thể nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp cho toàn bộ chi phí chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận. Trong nhiều trường hợp, quý vị nên gửi hóa đơn này cho chúng tôi thay vì thanh toán. Chúng tôi sẽ xem xét hóa đơn và quyết định xem có nên bao trả các dịch vụ hay không. Nếu chúng tôi quyết định bao trả cho các dịch vụ đó, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.

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

1. Khi quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc y tế khẩn cấp hoặc cấp thiết từ một nhà cung cấp không thuộc mạng lưới chương trình của chúng tôi

Quý vị có thể nhận các dịch vụ khẩn cấp từ bất kỳ nhà cung cấp nào, cho dù nhà cung cấp đó có thuộc mạng lưới của chúng tôi hay không. Khi quý vị nhận được các dịch vụ khẩn cấp hoặc cấp thiết từ nhà cung cấp không thuộc mạng lưới của chúng tôi, quý vị chỉ chịu trách nhiệm thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình chứ không phải toàn bộ chi phí. Quý vị nên yêu cầu nhà cung cấp xuất hóa đơn cho chương trình để chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí.

- Nếu quý vị tự thanh toán toàn bộ số tiền tại thời điểm nhận dịch vụ chăm sóc, quý vị cần yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn, cùng với tài liệu về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện.

- Đôi khi, quý vị có thể nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp yêu cầu thanh toán mà quý vị cho rằng mình không còn nợ. Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn này, cùng với tài liệu về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện.
  - Nếu còn khoản nợ nào với nhà cung cấp, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.
  - Nếu quý vị đã thanh toán nhiều hơn phần chia sẻ chi phí cho dịch vụ của mình, chúng tôi sẽ xác định số tiền quý vị nợ và hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi.

2. Khi nhà cung cấp trong mạng lưới gửi cho quý vị một hóa đơn mà quý vị nghĩ rằng quý vị không nên thanh toán

Các nhà cung cấp trong mạng lưới luôn phải lập hóa đơn trực tiếp cho chương trình và chỉ yêu cầu quý vị thanh toán phần chia sẻ chi phí. Nhưng đôi khi họ mắc sai lầm, và yêu cầu quý vị thanh toán nhiều hơn phần chia sẻ chi phí của quý vị.

- Quý vị chỉ phải thanh toán số tiền chia sẻ chi phí của mình khi quý vị nhận các dịch vụ được chương trình của chúng tôi bao trả. Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp cộng thêm các khoản phí thu riêng, gọi là "tính hóa đơn khoản chênh lệch". Điều khoản bảo vệ này (đó là quý vị không bao giờ phải trả nhiều hơn số tiền chia sẻ chi phí) được áp dụng ngay cả khi chúng tôi trả cho các nhà cung cấp ít hơn mức phí mà nhà cung cấp thu cho một dịch vụ và ngay cả khi có tranh chấp và chúng tôi không trả cho các khoản phí nhất định mà nhà cung cấp thu. Để biết thêm thông tin về "lập hóa đơn số dư", hãy xem Chương 4, Phần 1.3.
- Bất cứ khi nào quý vị nhận được hóa đơn từ một nhà cung cấp trong mạng lưới mà quý vị cho rằng nhiều hơn số tiền quý vị phải thanh toán, hãy gửi hóa đơn đó cho chúng tôi. Chúng tôi sẽ liên hệ trực tiếp với nhà cung cấp và giải quyết vấn đề lập hóa đơn.
- Nếu quý vị đã thanh toán hóa đơn cho nhà cung cấp trong mạng lưới, nhưng quý vị cảm thấy rằng mình đã thanh toán quá nhiều, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi cùng với tài liệu về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện và yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị khoản chênh lệch giữa số tiền quý vị đã thanh toán và số tiền quý vị nợ theo chương trình.

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

Đôi khi việc ghi danh tham gia chương trình của một người có hiệu lực hồi tố. (Hồi tố có nghĩa là ngày đầu tiên ghi danh của họ đã trôi qua. Ngày ghi danh thậm chí có thể đã diễn ra vào năm ngoái.)

Nếu quý vị đã ghi danh hồi tố vào chương trình của chúng tôi và quý vị đã thanh toán chi phí xuất túi cho bất kỳ dịch vụ hoặc thuốc được bao trả nào của mình sau ngày ghi danh thì quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Quý vị sẽ cần phải nộp các giấy tờ để chúng tôi xử lý việc bồi hoàn.

Vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên để biết thêm thông tin về cách yêu cầu chúng tôi hoàn trả tiền cho quý vị và thời hạn thực hiện yêu cầu của quý vị. (Số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Hội Viên được in ở bìa sau của tập tài liệu này.)

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

Nếu quý vị đến một nhà thuốc ngoài mạng lưới và cố gắng sử dụng thẻ hội viên của mình để mua đơn thuốc, thì nhà thuốc đó không thể gửi yêu cầu thanh toán trực tiếp cho chúng tôi. Trong trường hợp này, quý vị sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí cho toa thuốc của mình. (Chúng tôi chỉ bao trả các toa thuốc mua tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới trong một số tình huống đặc biệt. Vui lòng xem Chương 5, Phần 2.5 để tìm hiểu thêm.)

Lưu biên lai của quý vị và gửi một bản sao cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi.

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

Nếu quý vị không mang theo thẻ hội viên chương trình, quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc gọi cho chương trình hoặc tra cứu thông tin ghi danh chương trình của quý vị. Tuy nhiên, nếu nhà thuốc không thể nhận được thông tin ghi danh mà họ cần ngay lập tức, quý vị có thể phải tự thanh toán toàn bộ chi phí cho toa thuốc.

Lưu biên lai của quý vị và gửi một bản sao cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi.

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

Quý vị có thể thanh toán toàn bộ chi phí toa thuốc vì quý vị nhận thấy rằng thuốc không được bao trả vì lý do nào đó.

- Ví dụ: thuốc có thể không có trong *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Mục Thuốc)* của chương trình; hoặc có thể có yêu cầu hoặc hạn chế mà quý vị không biết hoặc không cho rằng nên áp dụng đối với quý vị. Nếu quý vị quyết định mua thuốc ngay lập tức, quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí cho đơn thuốc đó.
- Lưu biên lai của quý vị và gửi một bản sao cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả tiền cho quý vị. Trong một số tình huống, chúng tôi có thể cần lấy thêm thông tin từ bác sĩ của quý vị để hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi.

7. Khi quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc y tế cấp cứu hoặc cấp thiết từ một cơ sở phòng cấp cứu độc lập.

Các cơ sở phòng cấp cứu độc lập, không thuộc sở hữu của bất kỳ chuỗi bệnh viện địa phương nào, không thể từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cho quý vị; tuy nhiên, những cơ sở đó có thể không được Medicare cấp phép. Do đó, các cơ sở này không bắt buộc phải chấp nhận mức thanh toán của Medicare. Điều này có nghĩa là cả cơ sở và bác sĩ điều trị có thể lập hóa đơn cho quý vị với số tiền cao hơn Medicare, điều này có thể dẫn đến việc quý vị phải

thanh toán chi phí xuất túi cao hơn. Nếu quý vị tìm kiếm dịch vụ chăm sóc khẩn cấp tại một trong những cơ sở đó, quý vị nên hỏi họ xem họ có chấp nhận mức thanh toán của Medicare hay không.

- Nếu quý vị tự thanh toán toàn bộ số tiền tại thời điểm sử dụng dịch vụ, quý vị cần yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn, cùng với tài liệu về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện. Chương trình sẽ thanh toán 100% mức thanh toán của Medicare trừ đi khoản đồng thanh toán cho phòng cấp cứu.
- Vì những cơ sở này không được Medicare cấp phép, chúng tôi không thể ngăn họ lập hóa đơn cho quý vị với số tiền cao hơn Medicare, cũng như không thể ngăn ngừa việc quý vị phải thanh toán chi phí xuất túi cao hơn.

Tất cả các ví dụ nêu trên là các loại quyết định bao trả. Điều này có nghĩa là nếu chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi. Chương 9 của tập sách này (*Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn than phiền (các quyết định bao trả, kháng cáo, than phiền)*) có đề cập đến thông tin về cách kháng cáo.

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

Phần 2.1 Quý vị gửi cho chúng tôi yêu cầu thanh toán của quý vị bằng cách nào và đến đâu

Hãy gửi cho chúng tôi yêu cầu thanh toán của quý vị, cùng với hóa đơn và tài liệu về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện. Quý vị nên tạo một bản sao hóa đơn và biên lai để lưu hồ sơ.

Gửi yêu cầu thanh toán của quý vị cùng với bất kỳ hóa đơn hoặc biên lai đã thanh toán nào cho chúng tôi theo địa chỉ sau:

Đối với Yêu cầu Thanh toán cho Thuốc Part D:

CVS Caremark® Part D Services
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

Đối với Yêu cầu Thanh toán cho Dịch vụ Y tế:

KelseyCare Advantage
ATTN: Member Services
11511 Shadow Creek Parkway
Pearland, TX 77584

HOẶC

KelseyCare Advantage
ATTN: Member Services
P.O. Box 841569
Pearland, TX 77584-9832

Quý vị phải gửi yêu cầu thanh toán của mình cho chúng tôi trong vòng 12 tháng kể từ ngày quý vị nhận được dịch vụ, vật phẩm hoặc thuốc Part B. Đối với thuốc Part D, **quý vị phải gửi yêu cầu thanh toán của mình cho chúng tôi trong vòng 36 tháng** kể từ ngày quý vị nhận được thuốc.

Liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này). Chúng tôi có thể trợ giúp nếu quý vị không biết nhẽ ra nên thanh toán những gì, hoặc quý vị nhận được hóa đơn và quý vị không biết phải làm gì với những hóa đơn đó. Quý vị cũng có thể gọi nếu quý vị muốn cung cấp thêm thông tin về yêu cầu thanh toán mà quý vị đã gửi cho chúng tôi.

PHẦN 3 Chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu thanh toán của quý vị và đưa ra quyết định đồng ý hay không

Phần 3.1 Chúng tôi sẽ kiểm tra xem liệu chúng tôi có nên bao trả cho dịch vụ hoặc thuốc hay không và chúng tôi nợ bao nhiêu

Khi chúng tôi nhận được yêu cầu thanh toán của quý vị, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết nếu chúng tôi cần bất kỳ thông tin bổ sung nào từ quý vị. Nếu không, chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu của quý vị và đưa ra quyết định bao trả.

- Nếu chúng tôi quyết định rằng dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc được bao trả và quý vị đã tuân theo tất cả các quy tắc đối với việc nhận dịch vụ chăm sóc hoặc thuốc, chúng tôi sẽ thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ gửi khoản bồi hoàn phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho quý vị qua đường bưu điện. Nếu quý vị chưa thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ

gửi khoản thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp dịch vụ qua đường bưu điện. (Chương 3 giải thích các quy tắc quý vị cần tuân theo để được bao trả các dịch vụ y tế của mình. Chương 5 giải thích các quy tắc quý vị cần tuân theo để được bao trả thuốc kê toa Part D.)

- Nếu chúng tôi quyết định rằng dịch chăm sóc y tế hoặc thuốc *không* được bao trả, hoặc quý vị đã *không* tuân theo tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ không thanh toán cho phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Thay vào đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải thích lý do tại sao chúng tôi không gửi khoản thanh toán mà quý vị đã yêu cầu và quyền kháng cáo quyết định đó của quý vị.

Phần 3.2 Nếu chúng tôi thông báo cho quý vị biết rằng chúng tôi sẽ không thanh toán toàn bộ hoặc một phần cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc, quý vị có thể kháng cáo

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn khi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị hoặc quý vị không đồng ý với số tiền chúng tôi thanh toán, quý vị có thể kháng cáo. Nếu quý vị kháng cáo, điều đó có nghĩa là quý vị đang yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định mà chúng tôi đã đưa ra khi chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị.

Để biết chi tiết về cách thực hiện kháng cáo này, hãy xem Chương 9 của tập sách này (*Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn than phiền (các quyết định bao trả, kháng cáo, than phiền)*). Quy trình kháng cáo là một quy trình chính thức với các thủ tục chi tiết và thời hạn quan trọng. Nếu quý vị chưa quen với việc kháng cáo, quý vị nên bắt đầu bằng cách đọc Phần 4 của Chương 9. Phần 4 là mục giới thiệu giải thích quy trình đối với các quyết định bao trả và kháng cáo, đồng thời đưa ra định nghĩa cho các thuật ngữ chẳng hạn như "kháng cáo". Tiếp đó, sau khi quý vị đã đọc Phần 4, quý vị có thể xem phần nội dung trong Chương 9 cho biết điều cần làm trong tình huống của quý vị:

- Nếu quý vị muốn kháng cáo về việc hoàn trả tiền cho một dịch vụ y tế, hãy xem Phần 5.3 trong Chương 9.
- Nếu quý vị muốn kháng cáo về việc hoàn trả tiền thuốc, hãy xem Phần 6.5 của Chương 9.

PHẦN 4 Các tình huống khác mà quý vị nên lưu lại biên lai của mình và gửi bản sao cho chúng tôi

Phần 4.1 Trong một số trường hợp, quý vị nên gửi bản sao biên lai của mình cho chúng tôi để giúp chúng tôi theo dõi chi phí thuốc tự trả của quý vị

Trong một số tình huống, quý vị nên cho chúng tôi biết về các khoản thanh toán mà quý vị đã thực hiện cho thuốc của mình. Trong những trường hợp này, quý vị không yêu cầu chúng tôi thanh toán. Thay vào đó, quý vị thông báo cho chúng tôi biết về các khoản thanh toán của mình

để chúng tôi có thể tính toán chính xác chi phí xuất túi của quý vị. Điều này có thể giúp quý vị đủ điều kiện tham gia Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa nhanh chóng hơn.

Dưới đây là hai tình huống trong đó quý vị nên gửi cho chúng tôi bản sao biên lai để cho chúng tôi biết về các khoản thanh toán mà quý vị đã thực hiện cho thuốc của mình:

1. Khi quý vị mua thuốc với giá thấp hơn mức giá của chúng tôi

Đôi khi, khi quý vị đang ở Giai Đoạn Khấu Trừ và Giai Đoạn Khoảng Chờ Bao Trả, quý vị có thể mua thuốc của mình **tại một nhà thuốc trong mạng lưới** với giá thấp hơn mức giá của chúng tôi.

- Ví dụ: một nhà thuốc có thể đưa ra mức giá đặc biệt cho loại thuốc đó. Hoặc quý vị có thể có thẻ giảm giá nằm ngoài phúc lợi của chúng tôi và cung cấp mức giá thấp hơn.
- Trừ khi các điều kiện đặc biệt được áp dụng, quý vị phải sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới trong những trường hợp này và thuốc của quý vị phải có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi.
- Lưu lại biên lai của quý vị và gửi một bản sao cho chúng tôi để chúng tôi có thể tính các chi phí xuất túi của quý vị để quý vị đủ điều kiện tham gia Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa.
- Xin lưu ý: Nếu quý vị đang ở Giai Đoạn Khấu Trừ và Giai Đoạn Khoảng Chờ Bao Trả, chúng tôi có thể không thanh toán cho bất kỳ phần chia sẻ chi phí nào cho loại thuốc này. Nhưng việc gửi bản sao biên lai cho phép chúng tôi tính toán chính xác chi phí xuất túi của quý vị và có thể giúp quý vị đủ điều kiện tham gia Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa nhanh chóng hơn.

2. Khi quý vị nhận được thuốc thông qua chương trình hỗ trợ bệnh nhân do nhà sản xuất thuốc cung cấp

Một số hội viên đã ghi danh vào chương trình hỗ trợ bệnh nhân do nhà sản xuất thuốc cung cấp nằm ngoài phúc lợi của chương trình. Nếu quý vị nhận được bất kỳ loại thuốc nào thông qua chương trình do nhà sản xuất thuốc cung cấp, quý vị có thể phải thanh toán một khoản đồng thanh toán cho chương trình hỗ trợ bệnh nhân.

- Lưu lại biên lai của quý vị và gửi một bản sao cho chúng tôi để chúng tôi có thể tính các chi phí xuất túi của quý vị để quý vị đủ điều kiện tham gia Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa.
- Xin lưu ý: Bởi vì quý vị đang nhận thuốc của mình thông qua chương trình hỗ trợ bệnh nhân chứ không phải thông qua các phúc lợi của chương trình, chúng tôi sẽ không thanh toán bất kỳ khoản chia sẻ chi phí nào của loại thuốc này. Nhưng việc gửi bản sao biên lai cho phép chúng tôi tính toán chính xác chi phí xuất túi của quý vị và có thể giúp quý vị đủ điều kiện tham gia Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa nhanh chóng hơn.

Quý vị không yêu cầu thanh toán trong hai trường hợp được mô tả ở trên, vì vậy những tình huống này không được coi là quyết định bao trả. Do đó, quý vị không thể kháng cáo nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi.

CHƯƠNG 8

Quyền và trách nhiệm của quý vị

Chương 8. Quyền và trách nhiệm của quý vị

PHẦN 1 Chương trình của chúng tôi phải tôn trọng các quyền của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình 179

Phần 1.1 Chúng tôi phải cung cấp thông tin theo cách phù hợp với quý vị (bằng các ngôn ngữ không phải tiếng Anh, chữ nổi, chữ in lớn hoặc các định dạng thay thế khác, v.v.)..... 179

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.) 179

Phần 1.2 Chúng tôi phải đảm bảo rằng quý vị được tiếp cận kịp thời với các dịch vụ và thuốc được bao trả của quý vị..... 180

Phần 1.3 Chúng tôi phải bảo vệ tính riêng tư về thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị 180

Phần 1.4 Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về chương trình, mạng lưới các nhà cung cấp và các dịch vụ được bao trả của quý vị 190

Phần 1.5 Chúng tôi phải ủng hộ quyền đưa ra quyết định về dịch vụ chăm sóc của quý vị 192

Phần 1.6 Quý vị có quyền khiếu nại và yêu cầu chúng tôi xem xét lại các quyết định mà chúng tôi đã đưa ra 194

Phần 1.7 Quý vị có thể làm gì nếu quý vị tin rằng quý vị đang bị đối xử bất công hoặc các quyền của quý vị không được tôn trọng? 194

Phần 1.8 Cách nhận thêm thông tin về các quyền của quý vị 195

PHẦN 2 Quý vị có một số trách nhiệm với tư cách là hội viên của chương trình..... 195

Phần 2.1 Trách nhiệm của quý vị là gì? 195

PHẦN 1 Chương trình của chúng tôi phải tôn trọng các quyền của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình

Phần 1.1 Chúng tôi phải cung cấp thông tin theo cách phù hợp với quý vị (bằng các ngôn ngữ không phải tiếng Anh, chữ nổi, chữ in lớn hoặc các định dạng thay thế khác, v.v.)

Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này).

Chương trình của chúng tôi có sẵn nhân viên và dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời câu hỏi của các hội viên khuyết tật và không nói tiếng Anh. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin bằng chữ nổi, chữ in lớn hoặc các định dạng thay thế khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi được yêu cầu phải cung cấp cho quý vị thông tin về các phúc lợi của chương trình ở định dạng có thể truy cập được và phù hợp với quý vị. Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này).

Nếu quý vị gặp bất kỳ khó khăn nào khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi ở định dạng có thể truy cập được và phù hợp với quý vị, vui lòng gọi để gửi khiếu nại với Dịch Vụ Hội Viên theo số 713-442-CARE (2273) hoặc số điện thoại miễn phí 1-866-535-8343. (Người dùng TTY vui lòng gọi 711.) Giờ làm việc từ 8:00 a. m. đến 8:00 p. m. theo giờ địa phương, bảy ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 - ngày 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 – ngày 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, giờ làm việc là 8:00 a. m. đến 8:00 p. m., giờ địa phương. Dịch vụ nhắn tin được sử dụng vào cuối tuần, sau giờ làm việc và vào các ngày lễ liên bang. Quý vị cũng có thể gửi than phiền đến Medicare bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc gửi trực tiếp đến Văn Phòng Dân Quyền. Thông tin liên hệ được đề cập trong Chứng Thư Bảo Hiểm này hoặc kèm theo thư này, hoặc quý vị có thể liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên của KelseyCare Advantage Platinum để biết thêm thông tin.

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)

To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan’s benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services at 713-442-CARE (2273) or toll-free at 1-866-535-8343. Hours are 8:00 a.m. to 8:00 p.m. local time, seven days a week, from October 1 – March 31. From April 1 – September 30, Monday through Friday, hours are 8:00 a.m. to 8:00 p.m. local time. Messaging service used weekends, after hours, and on federal holidays. TTY users should call 711. Calls to this number are free. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact KelseyCare Advantage Platinum Member Services for additional information.

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

Là hội viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị có quyền chọn một bác sĩ chăm sóc chính (primary care provider, PCP) trong mạng lưới của chương trình để cung cấp và sắp xếp các dịch vụ được bao trả của mình (Chương 3 giải thích thêm về điều này). Hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên để biết những bác sĩ nào đang tiếp nhận bệnh nhân mới (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này). Quý vị cũng có quyền đến gặp bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ (chẳng hạn như bác sĩ phụ khoa) mà không cần giấy giới thiệu.

Là một hội viên của chương trình, quý vị có quyền hẹn khám và nhận các dịch vụ được bao trả từ mạng lưới các nhà cung cấp của chương trình *trong một khoảng thời gian hợp lý*. Điều này bao gồm quyền được nhận các dịch vụ kịp thời từ các bác sĩ chuyên khoa khi quý vị cần dịch vụ chăm sóc đó. Quý vị cũng có quyền mua hoặc mua lại toa thuốc của mình tại bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi mà không bị trì hoãn thời gian dài.

Nếu quý vị nghĩ rằng quý vị không nhận được dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc Part D trong một khoảng thời gian hợp lý, vui lòng xem Chương 9, Phần 10 của tập sách này để biết điều quý vị cần làm. (Nếu chúng tôi đã từ chối bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc của quý vị và quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi, vui lòng xem Chương 9, Phần 4 để biết điều quý vị cần làm.)

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

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

- "Thông tin sức khỏe cá nhân" của quý vị bao gồm thông tin cá nhân mà quý vị đã cung cấp cho chúng tôi khi ghi danh chương trình này cũng như hồ sơ y tế của quý vị và các thông tin y tế và sức khỏe khác.
- Theo các luật bảo vệ quyền riêng tư của quý vị, quý vị có các quyền liên quan đến việc thu thập thông tin và kiểm soát cách thông tin sức khỏe của quý vị được sử dụng. Chúng

tôi gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản, được gọi là "Notice of Privacy Practice" (Thông báo Thực hành Bảo vệ Quyền riêng tư), cho biết về các quyền này và giải thích cách chúng tôi bảo vệ tính riêng tư về thông tin sức khỏe của quý vị.

Làm thế nào để chúng tôi bảo vệ tính riêng tư về thông tin sức khỏe của quý vị?

- Chúng tôi đảm bảo rằng những người không được phép sẽ không thể xem hoặc thay đổi hồ sơ của quý vị.
- Trong hầu hết các tình huống, nếu chúng tôi cung cấp thông tin sức khỏe của quý vị cho bất kỳ ai không cung cấp dịch vụ chăm sóc hoặc thanh toán chi phí chăm sóc cho quý vị, *chúng tôi bắt buộc phải xin phép quý vị trước.* Quý vị hoặc người được quý vị ủy quyền hợp pháp để đưa ra quyết định thay cho quý vị có thể cho phép bằng văn bản.
- Trong một số trường hợp ngoại lệ, chúng tôi không cần phải xin phép quý vị trước bằng văn bản. Các trường hợp ngoại lệ này được pháp luật cho phép hoặc yêu cầu.
    - Ví dụ: chúng tôi buộc phải cung cấp thông tin sức khỏe cho các cơ quan chính phủ đang kiểm tra chất lượng dịch vụ chăm sóc.
    - Bởi vì quý vị là hội viên trong chương trình của chúng tôi thông qua Medicare, chúng tôi buộc phải cung cấp cho Medicare thông tin sức khỏe của quý vị bao gồm thông tin về các loại thuốc kê toa Part D của quý vị. Nếu Medicare tiết lộ thông tin của quý vị để nghiên cứu hoặc sử dụng cho các mục đích khác, thì việc này sẽ được thực hiện theo các quy chế và quy định của Liên bang.

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

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

Quý vị có quyền biết thông tin sức khỏe của mình đã được chia sẻ với những người khác ra sao cho bất kỳ mục đích không thường xuyên nào.

Nếu quý vị có câu hỏi hoặc thắc mắc về tính bảo mật về thông tin sức khỏe cá nhân của mình, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này).

Notice of Privacy Practices (Thông báo Thực hành Bảo vệ Quyền riêng tư) của KelseyCare Advantage Platinum

KS Plan Administrators, LLC cam kết đảm bảo tính riêng tư và bảo mật của Thông tin Sức khỏe được Bảo vệ (Protected Health Information, PHI) của các hội viên của chúng tôi và hoàn toàn ủng hộ các quy định trong Quy tắc về Quyền riêng tư của Đạo luật Chuyển đổi và Trách nhiệm Giải trình Bảo hiểm Y tế năm 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

Thông báo này mô tả cách thông tin y tế về quý vị có thể được sử dụng và tiết lộ cũng như cách quý vị có thể truy cập thông tin này. Hãy xem xét cẩn thận thông báo này.

KS Plan Administrators, LLC cam kết bảo vệ tính bảo mật của thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị. Để cung cấp và quản lý hiệu quả các dịch vụ và phúc lợi cho quý vị, KS Plan Administrators, LLC phải thu thập và tiết lộ một số thông tin sức khỏe được bảo vệ. Tuy nhiên, điều này chỉ được thực hiện theo các chính sách về quyền riêng tư của KS Plan Administrators, LLC. Ngoài ra, luật liên bang và tiểu bang yêu cầu chúng tôi phải bảo vệ tính riêng tư của thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị. Chúng tôi sẽ nhanh chóng thông báo cho quý vị nếu xảy ra vi phạm có thể gây ảnh hưởng đến tính riêng tư hoặc bảo mật thông tin của quý vị.

Notice of Privacy Practices (Thông báo Thực hành Bảo vệ Quyền riêng tư) này mô tả cách KS Plan Administrators, LLC có thể thu thập, sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị, và các quyền của quý vị liên quan đến thông tin sức khỏe được bảo vệ của mình. Thông tin sức khỏe được bảo vệ là thông tin về quý vị hoặc người phụ thuộc của quý vị, bao gồm thông tin nhân khẩu học, có thể được sử dụng hợp lý để nhận dạng quý vị và liên quan đến tình trạng hoặc sức khỏe thể chất hoặc tâm thần trong quá khứ, hiện tại hoặc tương lai của quý vị, việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị hoặc khoản thanh toán của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc đó. Chúng tôi được yêu cầu phải bảo vệ thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị và cung cấp cho quý vị thông báo này về các nghĩa vụ pháp lý và thực hành bảo vệ quyền riêng tư của chúng tôi. Chúng tôi phải tuân theo thực hành bảo vệ quyền riêng tư được mô tả trong thông báo này khi thông báo này có hiệu lực.

Thông báo này có hiệu lực từ ngày 1 tháng 4 năm 2007 và sẽ duy trì hiệu lực cho đến khi chúng tôi thay thế hoặc sửa đổi.

Thông tin Sức khỏe được Bảo vệ (PHI) là gì?

Cho dù dựa trên chính sách bảo mật của chúng tôi hay luật thích hợp, KS Plan Administrators, LLC vẫn phải bảo vệ quyền riêng tư của thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị (Protected Health Information, “PHI”). PHI là thông tin độc lập, hoặc được kết hợp với các dữ liệu khác mà chúng tôi thu thập từ hoặc về quý vị, sẽ cho phép nhận dạng quý vị. Ví dụ: thông tin y tế được sử dụng để giúp các hội viên nhận được dịch vụ chăm sóc cần thiết, hoặc thông tin về các khoản thanh toán cho các dịch vụ quý vị đã nhận, cũng như thông tin mô tả về các dịch vụ đó, là PHI.

Cách chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị

Để cung cấp bảo hiểm cho việc điều trị và thanh toán cho các dịch vụ đó, chúng tôi cần sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị theo một số cách khác nhau. Nhân viên của KS Plan Administrators, LLC được đào tạo về cách xử lý PHI của quý vị một cách thích hợp và thực hiện các trách nhiệm cụ thể của họ bằng cách chỉ sử dụng thông tin cần thiết cho vai trò của họ. KS Plan Administrators, LLC duy trì và thực thi các chính sách quản lý việc sử dụng PHI của các thành viên lực lượng lao động để đảm bảo rằng họ xử lý các thông tin đó một cách thích hợp. Các quy trình để đảm bảo các biện pháp bảo vệ nội bộ này khỏi tình trạng xử lý sai PHI trong toàn bộ lực lượng lao động bao gồm các điều khoản liên quan đến các biện pháp bảo vệ vật lý và kỹ thuật được thực hiện để bảo vệ PHI bằng lời nói, bằng văn bản và bằng hình thức điện tử không bị các thành viên lực lượng lao động xử lý sai trong quá trình họ thực thi trách nhiệm của mình. Sau

đây là ví dụ về các hình thức sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị mà chúng tôi được phép thực hiện mà không cần sự cho phép của quý vị:

CHO MỤC ĐÍCH THANH TOÁN

KS Plan Administrators, LLC sẽ sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị để quản lý hợp đồng hoặc chính sách phúc lợi về sức khỏe của quý vị, có thể liên quan đến việc xác định tính hội đủ điều kiện; yêu cầu thanh toán; các hoạt động đánh giá việc sử dụng; xét duyệt sự cần thiết về mặt y tế; điều phối các phúc lợi và phản hồi các than phiền, kháng cáo và các yêu cầu xét duyệt bên ngoài. Những ví dụ bao gồm:

- Sử dụng PHI để thanh toán cho các yêu cầu thanh toán đã được các bác sĩ và bệnh viện gửi cho chúng tôi.
- Chuyển PHI cho bên thứ ba để tạo điều kiện quản lý Tài khoản Chi tiêu Linh hoạt, Tài khoản Tiết kiệm Sức khỏe, Tài khoản Bồi hoàn Sức khỏe hoặc chương trình phúc lợi nha khoa, nếu quý vị có.
- PHI bổ sung của người phụ thuộc có thể được chia sẻ với người đăng ký khi quản lý hợp đồng thành viên gia đình (ví dụ: tình trạng hiện tại của các khoản đồng thanh toán và số tiền khấu trừ cho người phụ thuộc)

CHO HOẠT ĐỘNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE

KS Plan Administrators, LLC có thể sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị cho các mục đích hoạt động. Ví dụ: PHI của quý vị có thể được tiết lộ cho các nhân viên trong KS Plan Administrators, LLC, chẳng hạn như nhân viên quản lý y tế, nhân viên quản lý rủi ro hoặc nhân viên cải thiện chất lượng, và những người khác để:

- Đánh giá chất lượng chăm sóc và kết quả trong các trường hợp của quý vị và các trường hợp tương tự
- Tìm hiểu cách cải thiện các dịch vụ và cơ sở của chúng tôi thông qua các cuộc khảo sát nội bộ và bên ngoài
- Xác định cách để cải thiện không ngừng chất lượng và hiệu quả của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà các hội viên của chúng tôi nhận được
- Đánh giá hiệu suất nhân viên của chúng tôi, chẳng hạn, để xem xét tài liệu cuộc gọi của đại diện dịch vụ hội viên của chúng tôi

Ngoài ra, PHI của quý vị có thể được sử dụng cho các mục đích sau, mỗi mục đích trong số này đều được coi là hoạt động chăm sóc sức khỏe:

- Chia sẻ dữ liệu được sử dụng để ghi danh, rút tên ghi danh và lập hóa đơn phí bảo hiểm, cũng như dữ liệu gia hạn tóm tắt với Nhà tài trợ Chương trình của quý vị (hãng sở của quý vị và/hoặc đại diện của họ, nếu quý vị ghi danh thông qua hãng sở)
- Thông tin khác ngoài những gì được liệt kê ở trên chỉ có thể được chia sẻ sau khi KS Plan Administrators, LLC nhận được chứng nhận thích hợp rằng PHI sẽ không được hãng sở của quý vị sử dụng cho các quyết định tuyển dụng hoặc các mục đích khác không nằm trong dự định.

- Nếu quý vị có bác sĩ chăm sóc chính quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị, chúng tôi có thể cung cấp tên của họ cho Nhà tài trợ Chương trình của quý vị để cho phép Nhà tài trợ đánh giá tác động của những thay đổi đối với mạng lưới có sẵn cho quý vị.
- Cung cấp thông tin liên lạc cho chuyên gia khảo sát bên ngoài được chính phủ Liên bang lựa chọn để tiến hành khảo sát mức độ hài lòng thường lệ với những người thụ hưởng KelseyCare Advantage Platinum của chúng tôi.
- Đánh giá và cải thiện chất lượng, chẳng hạn như bình duyệt và xác thực các nhà cung cấp liên kết của chúng tôi.
- Hoạt động kiểm định do các tổ chức độc lập như Ủy ban Quốc gia về Đảm bảo Chất lượng (National Committee for Quality Assurance) thực hiện.
- Đo lường hiệu suất và đánh giá kết quả, phân tích các xác nhận có lợi cho sức khỏe và nghiên cứu các dịch vụ y tế.
- Y tế dự phòng, phát hiện sớm, quản lý bệnh, quản lý ca bệnh và điều phối các chương trình chăm sóc, bao gồm cả việc gửi lời nhắc dịch vụ y tế dự phòng.
- Thẩm định bảo hiểm, định phí bảo hiểm và xác định số tiền chia sẻ chi phí, cũng như quản lý các chính sách tái bảo hiểm.
- Quản lý rủi ro, kiểm toán và phát hiện các hành vi trái pháp luật.
- Chuyển giao các chính sách hoặc hợp đồng từ và cho các công ty bảo hiểm, chương trình sức khỏe hoặc quản trị viên của bên thứ ba khác.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho bất kỳ hoạt động bán, chuyển nhượng, sáp nhập hoặc hợp nhất tiềm năng nào của tất cả hoặc một phần của "pháp nhân được bảo hiểm" như KS Plan Administrators, LLC, với một pháp nhân được bảo hiểm khác và quá trình thẩm định liên quan đến hoạt động đó.
- Các hoạt động hành chính chung khác, bao gồm quản lý dữ liệu và hệ thống thông tin, dịch vụ khách hàng và thu phí bảo hiểm.

CHO MỤC ĐÍCH ĐIỀU TRỊ

KS Plan Administrators, LLC có thể tiết lộ PHI của quý vị cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe (bác sĩ, nha sĩ, nhà thuốc, bệnh viện và những người chăm sóc khác), những người yêu cầu thông tin liên quan đến việc điều trị của quý vị. Ví dụ: để đảm bảo an toàn cho quý vị, chúng tôi có thể cung cấp danh sách các loại thuốc quý vị đã nhận được thông qua bảo hiểm của KS Plan Administrators, LLC cho các bác sĩ phòng cấp cứu đang điều trị cho quý vị với nỗ lực giảm thiểu khả năng xảy ra các tương tác có hại của thuốc. Thông tin này sẽ chỉ được cung cấp cho các bác sĩ phòng cấp cứu khi có sự đồng ý của quý vị, trừ khi quý vị không có khả năng đồng ý. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ PHI của quý vị cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe liên quan đến các sáng kiến y tế dự phòng, chương trình phát hiện sớm và chương trình quản lý bệnh. Ví dụ: KS Plan Administrators, LLC có thể tiết lộ thông tin cho các bác sĩ liên quan đến việc chăm sóc của quý vị, bao gồm danh sách các loại thuốc quý vị đã mua thông qua bảo hiểm của KS Plan Administrators, LLC (điều này sẽ cảnh báo các bác sĩ đang điều trị cho quý vị về những loại thuốc được các bác sĩ khác kê cho quý vị và sẽ giúp giảm thiểu các tương tác có hại của thuốc). KS Plan Administrators, LLC cũng có thể tiết lộ thông tin cho bác sĩ chăm

sóc chính của quý vị để đề xuất một chương trình quản lý bệnh hoặc chăm sóc sức khỏe có thể giúp cải thiện sức khỏe của quý vị.

Đôi khi, KS Plan Administrators, LLC có thể ký hợp đồng với các tổ chức khác để cung cấp dịch vụ thay mặt cho chúng tôi. Khi các dịch vụ này được thực hiện, PHI được truy cập hoặc tiết lộ. Trong những trường hợp này, KS Plan Administrators, LLC sẽ ký kết một thỏa thuận nêu rõ các yêu cầu liên quan đến việc bảo vệ, sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị.

Các ví dụ về "đối tác kinh doanh" nói trên bao gồm các công ty quản lý y tế hành vi và các đơn vị quản lý phúc lợi dược phẩm.

CÁC MỤC ĐÍCH SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ (PHI) ĐƯỢC PHÉP HOẶC BẮT BUỘC KHÁC

Các mục đích sử dụng và tiết lộ PHI được phép hoặc bắt buộc khác mà không cần sự cho phép của quý vị bao gồm những trường hợp sau:

- **Cha mẹ với tư cách là Người Đại diện Cá nhân của Trẻ vị thành niên** – Trong hầu hết các trường hợp, PHI của con vị thành niên của quý vị có thể được tiết lộ cho quý vị. Tuy nhiên, theo yêu cầu của pháp luật, chúng tôi phải từ chối quyền tiếp cận của cha mẹ với PHI của trẻ vị thành niên liên quan đến chẩn đoán hoặc điều trị một số bệnh như bệnh lây truyền qua đường tình dục, dịch vụ kế hoạch hóa gia đình, v.v.
- **Bảo hiểm Bồi thường cho Người lao động** – PHI của quý vị có thể được sử dụng hoặc tiết lộ để tuân thủ các luật và quy định liên quan đến Bảo hiểm Bồi thường cho Người lao động.
- **Hoạt động Y tế Công cộng** – PHI của quý vị có thể được sử dụng hoặc tiết lộ cho các hoạt động y tế công cộng như hỗ trợ các cơ quan y tế công cộng hoặc các cơ quan pháp luật khác trong việc phòng ngừa bệnh tật, chấn thương hoặc khuyết tật, theo dõi các vấn đề về thuốc kê toa hoặc thiết bị y tế hoặc phục vụ các hoạt động giám sát sức khỏe khác.
- **Nghiên cứu** – KS Plan Administrators, LLC có thể sử dụng PHI của quý vị cho mục đích nghiên cứu khi Ủy ban Cải tiến Chất lượng (Quality Improvement Committee) của chúng tôi đánh giá đề xuất nghiên cứu và phê duyệt nghiên cứu dựa trên các giao thức đã thiết lập để đảm bảo tính riêng tư của PHI của quý vị.
- **Thủ tục Tố tụng** – PHI của quý vị có thể được tiết lộ trong quá trình tiến hành bất kỳ thủ tục tố tụng nào, theo lệnh của tòa án hoặc tòa án hành chính và, trong một số trường hợp, theo trát đòi hầu tòa, yêu cầu tìm hiểu hoặc quy trình pháp lý khác.
- **Nếu Quý Vị Đã Ghi Danh Vào Chương Trình Group Health** – Nếu quý vị đã ghi danh tại KS Plan Administrators, LLC thông qua nơi làm việc của mình hoặc thông qua hợp đồng bảo hiểm của một thành viên gia đình, thì quý vị đã ghi danh vào một "Chương Trình Group Health". Nếu chủ lao động của quý vị đã thiết lập các thủ tục để bảo vệ PHI của quý vị theo yêu cầu của luật liên bang và Chương trình Group Health lựa chọn nhận PHI từ KS Plan Administrators, LLC, chúng tôi có thể tiết lộ thông tin này cho chủ lao động bảo trợ của quý vị và/hoặc người đại diện của họ. Hãy nói chuyện với chủ sử dụng bảo trợ của quý vị để biết thêm chi tiết.

- **Giám sát Sức khỏe** – PHI của quý vị có thể được tiết lộ cho cơ quan chính phủ được ủy quyền giám sát hệ thống chăm sóc sức khỏe hoặc các chương trình của chính phủ hoặc các nhà thầu liên quan,[e.g., the U.S. Department of Health and Human Services (HHS), a state insurance department or the US Department of Labor] đối với các hoạt động được pháp luật cho phép, chẳng hạn như kiểm toán, kiểm tra, điều tra, thanh tra và hoạt động cấp phép. Mặc dù chúng tôi không lường trước được các trường hợp sau đây sẽ thường xuyên xảy ra, nhưng việc sử dụng và tiết lộ tiềm ẩn này có thể xảy ra mà không cần sự cho phép bằng văn bản của quý vị:
- **Theo Yêu cầu của Pháp luật** – KS Plan Administrators, LLC có thể sử dụng và tiết lộ thông tin về quý vị theo yêu cầu của pháp luật. Ví dụ, KS Plan Administrators, LLC có thể tiết lộ thông tin cho các mục đích sau:
    - Khai báo thông tin liên quan đến nạn nhân bị ngược đãi, bỏ rơi hoặc bạo lực gia đình;
    - Hỗ trợ các quan chức thực thi pháp luật thực hiện nhiệm vụ của họ.
- **Các Chức năng của Chính phủ** – PHI của quý vị có thể được tiết lộ để ngăn chặn mối đe dọa nghiêm trọng đối với sức khỏe hoặc sự an toàn của quý vị hoặc của bất kỳ người nào theo luật hiện hành. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị cho các quan chức liên bang có thẩm quyền vì mục đích an ninh quốc gia. Ngoài ra, trong một số điều kiện nhất định, chúng tôi có thể tiết lộ PHI của quý vị nếu quý vị đã, hoặc đang là thành viên của Lực Lượng Vũ Trang, cho những hoạt động mà cơ quan quân sự cho là cần thiết.
- **Tù nhân** – Nếu quý vị là tù nhân, PHI của quý vị có thể được tiết lộ cho một trại cải huấn hoặc một quan chức thực thi pháp luật có quyền giám hộ hợp pháp, nếu việc cung cấp thông tin đó là cần thiết để cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc sức khỏe, bảo vệ sức khỏe và sự an toàn của quý vị và của những người khác, hoặc duy trì sự an toàn và an ninh của trại cải huấn.
- **Người qua đời** – PHI có thể được tiết lộ cho giám đốc nhà tang lễ hoặc nhân viên điều tra để giúp họ thực hiện các nhiệm vụ hợp pháp của mình.
- **Hiến Tặng Nội Tạng/Mô** – PHI của quý vị có thể được sử dụng hoặc tiết lộ cho các tổ chức thu mua nội tạng để tạo điều kiện cho các mục đích hiến/cấy ghép nội tạng, mắt hoặc mô chỉ khi có sự cho phép trước của quý vị.

CÁC MỤC ĐÍCH SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ CẦN SỰ CHO PHÉP TRƯỚC CỦA QUÝ VỊ

Các mục đích sử dụng và tiết lộ PHI khác với những mục được liệt kê ở trên trong Phần II sẽ chỉ được thực hiện khi có văn bản cho phép của quý vị, ngoại trừ được pháp luật cho phép hoặc yêu cầu. Quý vị có thể rút lại sự cho phép này, bất kỳ lúc nào bằng văn bản, ngoại trừ trường hợp chúng tôi đã thực hiện một hành động dựa trên một sự cho phép trước đó.

Nếu có văn bản cho phép từ phía quý vị, PHI của quý vị có thể được tiết lộ cho đại diện cá nhân của quý vị, một người (người lớn hoặc trẻ vị thành niên) mà KS Plan Administrators, LLC công nhận là có thẩm quyền thay mặt cho một cá nhân khác trong việc đưa ra quyết định liên quan đến chăm sóc sức khỏe. Nhiều hội viên yêu cầu chúng tôi tiết lộ PHI của họ cho bên thứ ba vì những lý do không được mô tả trong thông báo này. Ví dụ, các hội viên cao tuổi thường yêu cầu chúng

tôi cung cấp hồ sơ của họ cho các thành viên gia đình hoặc người chăm sóc. Để cho phép chúng tôi tiết lộ bất kỳ PHI nào của quý vị cho một cá nhân hoặc tổ chức vì những lý do khác với những lý do được mô tả trong thông báo này, vui lòng gọi đến số điện thoại miễn phí trên thẻ ID của quý vị và quý vị sẽ được cung cấp mẫu ủy quyền thích hợp. Quý vị nên gửi biểu mẫu sau khi điền đầy đủ thông tin đến Bộ phận Dịch Vụ Hội Viên (Member Services Department) của chúng tôi. Quý vị có thể rút lại ủy quyền bất kỳ lúc nào bằng cách gửi thư đến Bộ phận Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi tại 11511 Shadow Creek Parkway, Pearland, TX 77584.

Điều quan trọng quý vị cần lưu ý là sau khi quý vị cho phép chúng tôi tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị, PHI mà chúng tôi tiết lộ sẽ nằm ngoài phạm vi kiểm soát của KS Plan Administrators, LLC. KS Plan Administrators, LLC không thể bảo vệ PHI đó khỏi bị (những) người mà quý vị đã cho phép chúng tôi tiết lộ, tiết lộ tiếp cho người khác. Cuối cùng, KS Plan Administrators, LLC sẽ không sử dụng PHI của quý vị để cung cấp cho quý vị các dịch vụ hoặc sản phẩm không liên quan đến bảo hiểm chăm sóc sức khỏe hoặc tình trạng sức khỏe của quý vị mà không có sự cho phép của quý vị.

QUYỀN CỦA QUÝ VỊ LIÊN QUAN ĐẾN PHI CỦA QUÝ VỊ

Sau đây là các quyền của quý vị liên quan đến PHI của quý vị.

QUYỀN TIẾP CẬN VÀ NHẬN BẢN SAO PHI CỦA QUÝ VỊ

Quý vị có quyền tiếp cận hoặc nhận bản sao PHI của mình. Chúng tôi có thể yêu cầu quý vị yêu cầu quyền tiếp cận hoặc nhận bản sao hồ sơ của quý vị bằng văn bản và cung cấp cho chúng tôi thông tin cụ thể mà chúng tôi cần để đáp ứng yêu cầu của quý vị. Chúng tôi có quyền tính một khoản phí hợp lý cho chi phí sao chụp và gửi các bản sao thông tin đó qua đường bưu điện. Chúng tôi sẽ cố gắng cung cấp cho quý vị PHI yêu cầu trong vòng mười lăm (15) ngày làm việc kể từ khi nhận được yêu cầu bằng văn bản đầy đủ và các khoản phí liên quan. Nếu chúng tôi sử dụng hệ thống hồ sơ sức khỏe điện tử có khả năng đáp ứng yêu cầu, luật Texas yêu cầu chúng tôi cung cấp các hồ sơ được yêu cầu không muộn hơn ngày thứ mười lăm (15) kể từ khi nhận được yêu cầu bằng văn bản của quý vị và chúng tôi phải cung cấp những hồ sơ đó cho quý vị dưới dạng điện tử trừ khi quý vị đồng ý chấp nhận hồ sơ dưới dạng khác. Có những trường hợp nhất định mà chúng tôi không được phép đáp ứng yêu cầu quyền tiếp cận hoặc nhận PHI của quý vị.

Quý vị không được kiểm tra hoặc sao chép:

- Thông tin được tổng hợp với dự đoán hợp lý về, hoặc sử dụng trong một hành động hoặc thủ tục tố tụng dân sự, hình sự hoặc hành chính;
- Các ghi chú trị liệu tâm lý có thể được gửi cho KS Plan Administrators, LLC ngẫu nhiên đối với khiếu nại hoặc kháng cáo của hội viên. (KS Plan Administrators, LLC không bao giờ yêu cầu những ghi chú bảo mật này);
- PHI tuân theo bộ tiêu chuẩn Phòng Thí nghiệm Lâm sàng Cải tiến Hành động/Sửa đổi (Clinical Laboratory Improvements Amendments) năm 1988;
- Thông tin do KS Plan Administrators, LLC tạo ra hoặc có được trong quá trình nghiên cứu bao gồm cả điều trị. Quyền tiếp cận các hồ sơ này có thể tạm thời bị ngừng trong thời gian tiến hành nghiên cứu;

- PHI được lấy từ một người nào đó không phải là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe với lời hứa giữ bảo mật và quyền tiếp cận theo yêu cầu có khả năng tiết lộ nguồn thông tin một cách hợp lý.

QUYỀN SỬA ĐỔI HOẶC ĐIỀU CHỈNH PHI CỦA QUÝ VỊ

Nếu quý vị tin rằng thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị không chính xác hoặc không đầy đủ, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi sửa đổi PHI của quý vị. Tất cả các yêu cầu sửa đổi phải bằng văn bản. Trong một số trường hợp nhất định, chúng tôi có thể từ chối yêu cầu của quý vị. Ví dụ, chúng tôi có thể từ chối yêu cầu nếu chúng tôi không tạo thông tin, như trường hợp thường xảy ra đối với thông tin y tế được tạo bởi nhà cung cấp và được lưu trữ trong hồ sơ của chúng tôi, hoặc nếu chúng tôi tin rằng thông tin hiện tại là chính xác. Tất cả các quyết định từ chối sẽ được gửi bằng văn bản trong vòng sáu mươi (60) ngày kể từ ngày yêu cầu ban đầu. Quý vị có thể phản hồi bằng cách gửi một văn bản tuyên bố không đồng ý đến KS Plan Administrators, LLC và chúng tôi có quyền bỏ tuyên bố đó.

Nếu quý vị tin rằng ai đó đã nhận được PHI chưa được sửa đổi từ chúng tôi, quý vị nên thông báo cho chúng tôi tại thời điểm yêu cầu nếu quý vị muốn người đó được thông báo về bất kỳ sửa đổi nào mà sau đó chúng tôi có thể đồng ý thực hiện.

QUYỀN YÊU CẦU THÔNG TINIC BẢO MẬT

KS Plan Administrators, LLC công nhận rằng các hội viên có quyền nhận thông tin liên quan đến PHI của họ theo cách thức và tại địa điểm mà cá nhân cảm thấy an toàn trước việc sử dụng hoặc tiết lộ trái phép. Để hỗ trợ cam kết này, KS Plan Administrators, LLC cho phép các cá nhân yêu cầu nhận PHI bằng các phương tiện thay thế hoặc tại các địa điểm thay thế. Chúng tôi sẽ xem xét và cố gắng đáp ứng tất cả các yêu cầu hợp lý và chúng tôi phải đồng ý với một yêu cầu, nếu quý vị cho chúng tôi biết quý vị sẽ gặp nguy hiểm nếu chúng tôi không đồng ý. Tất cả các yêu cầu đều phải lập bằng văn bản.

QUYỀN YÊU CẦU SỔ THEO DÕI TIẾT LỘ PHI

Quý vị có quyền yêu cầu sổ theo dõi những trường hợp mà chúng tôi đã tiết lộ PHI của quý vị trong sáu (6) năm trước ngày quý vị yêu cầu, cụ thể chúng tôi đã chia sẻ nó với ai và tại sao. Tất cả các yêu cầu phải được lập bằng văn bản. KS Plan Administrators, LLC sẽ yêu cầu quý vị cung cấp cho chúng tôi thông tin cụ thể mà chúng tôi cần để đáp ứng yêu cầu của quý vị. Chúng tôi sẽ cung cấp miễn phí một sổ theo dõi như vậy cứ mười hai (12) tháng một lần, nhưng chúng tôi có thể tính quý vị một khoản phí hợp lý cho bất kỳ sổ theo dõi bổ sung nào mà quý vị yêu cầu trong khoảng thời gian mười hai tháng đó. Chúng tôi sẽ ghi chép tất cả các lần tiết lộ ngoại trừ những trường hợp sau:

- Tiết lộ cho các hoạt động điều trị, thanh toán hoặc chăm sóc sức khỏe;
- Tiết lộ cho những người khác liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe của quý vị;
- Tiết lộ được sự cho phép của quý vị hoặc đại diện cá nhân được chỉ định của quý vị;
- Một số tiết lộ khác, chẳng hạn như tiết lộ vì mục đích an ninh quốc gia;
- Thông tin được tiết lộ cho các trại cải huấn, cơ quan thực thi pháp luật hoặc cơ quan giám sát sức khỏe;

- Thông tin được tiết lộ hoặc sử dụng trong phạm vi tập dữ liệu hạn chế cho các mục đích nghiên cứu, y tế công cộng hoặc hoạt động chăm sóc sức khỏe.

QUYỀN YÊU CẦU GIỚI HẠN CÁC MỤC ĐÍCH SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ PHI CỦA QUÝ VỊ

Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi đưa ra các hạn chế đối với cách chúng tôi sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị cho các hoạt động điều trị, thanh toán hoặc chăm sóc sức khỏe, hoặc như mô tả trong phần của thông báo này có tựa đề "Mục Đích Sử Dụng và Tiết Lộ PHI Được Phép hoặc Bắt Buộc Khác." Tuy nhiên, theo yêu cầu của pháp luật, chúng tôi không được đồng ý với những hạn chế bắt buộc này và chúng tôi có thể từ chối yêu cầu hạn chế của quý vị nếu điều đó ảnh hưởng đến việc chăm sóc quý vị. Nếu chúng tôi đồng ý với một hạn chế, chúng tôi không thể sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị vi phạm hạn chế đó, trừ khi nó liên quan đến trường hợp khẩn cấp. Chúng tôi có thể yêu cầu quý vị yêu cầu các giới hạn này bằng văn bản.

QUYỀN ĐƯỢC NHẬN THÔNG BÁOIC THỰC HÀNH BẢO MẬT CỦAIC KS Plan Administrators, LLC

Quý vị có quyền nhận được bản sao Thông báo Thực hành Bảo mật theo yêu cầu bất kỳ lúc nào, ngay cả khi quý vị đã đồng ý nhận thông báo dưới dạng điện tử. Quý vị có thể được hưởng các quyền bổ sung theo luật tiểu bang.

LÀM THẾ NÀO ĐỂ CÓ ĐƯỢC THÔNG TIN VỀ THÔICNG BÁO NÀY HOẶC KHIẾU NẠI VỀ CÁC THỰICC HÀNH BẢO MẬT CỦA CHÚNG TÔI

Để yêu cầu một bản sao Thông báo Thực hành Bảo mật này bất kỳ lúc nào hoặc có thêm thông tin về thông báo này, quý vị có thể liên hệ:

KS Plan Administrators, LLC
Member Services Department
11511 Shadow Creek Parkway
Pearland, TX 77584
1-866-535-8343 hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại www.kelseycareadvantage.com.

Nếu quý vị cho rằng quyền riêng tư của mình đã bị xâm phạm, quý vị có thể gửi đơn khiếu nại lên:

Director of Compliance,
KS Plan Administrators, LLC
11511 Shadow Creek Parkway
Pearland, TX 77584
hoặc liên hệ với văn phòng này theo số 1-866-535-8343.

Quý vị cũng có thể thông báo cho Thư ký Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh (Department of Health and Human Services, HHS).

Gửi khiếu nại của quý vị đến:
Medical Privacy, Complaint Division, Office for Civil Rights (OCR)
United States Department of Health and Human Services,
200 Independence Avenue, S.W.Room 509F HHH Building
Washington D.C., 20201

Quý vị cũng có thể liên hệ với Đường dây nóng của OCR theo số (800) 368-1019 hoặc gửi thông tin đến địa chỉ Internet của họ www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

KS Plan Administrators, LLC sẽ không có hành động trả đũa quý vị khi quý vị gửi đơn khiếu nại về các thực hành bảo mật của chúng tôi lên OCR hoặc KS Plan Administrators, LLC.

THAY ĐỔI ĐỐI VỚI THÔNG BÁO NÀY

Chúng tôi có thể thực hiện thay đổi đối với thông báo này và các thực hành bảo mật của chúng tôi bất kỳ lúc nào, miễn là thay đổi đó phù hợp với chính sách bảo mật hiện tại của chúng tôi hoặc luật tiểu bang hoặc liên bang. Nếu chúng tôi thực hiện một thay đổi quan trọng đối với chính sách của mình, chúng tôi sẽ nhanh chóng cung cấp cho quý vị thông báo mới qua thư và đăng tải trên trang web của chúng tôi.

NGÀY HIỆU LỰC CỦA THÔNG BÁO NÀY

Ngày hiệu lực của thông báo này là ngày 1 tháng 4 năm 2007. Các hội viên không nói tiếng Anh cũng có thể gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên của KS Plan Administrators, LLC theo số 1-866-535-8343 để được giải đáp các thắc mắc.

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

Là hội viên của KelseyCare Advantage Platinum, quý vị có quyền nhận một số loại thông tin từ chúng tôi. (Như đã giải thích ở trên trong Phần 1.1, quý vị có quyền nhận thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị. Điều này bao gồm nhận thông tin bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và ở dạng bản in khổ lớn hoặc các định dạng thay thế khác.)

Nếu quý vị muốn có bất kỳ loại thông tin nào sau đây, vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này):

- **Thông tin về chương trình của chúng tôi**. Bao gồm, ví dụ, thông tin về tình trạng tài chính của chương trình. Nó cũng bao gồm thông tin về số lượng kháng cáo của các hội viên và kết quả Xếp Hạng Sao của chương trình, bao gồm mức độ đánh giá của các hội viên tham gia chương trình và kết quả so sánh với các chương trình sức khỏe Medicare khác.

- **Thông tin về các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi bao gồm cả các hiệu thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.**
  - Ví dụ, quý vị có quyền nhận thông tin từ chúng tôi về trình độ chuyên môn của các nhà cung cấp và các hiệu thuốc trong mạng lưới của chúng tôi và cách chúng tôi thanh toán cho các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi.
  - Để biết danh sách các nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình, hãy xem *Danh Mục Nhà Cung Cấp*.
  - Để biết danh sách các hiệu thuốc trong mạng lưới của chương trình, hãy xem *Danh Mục Nhà Thuốc.*
  - Để biết thêm thông tin chi tiết về các nhà cung cấp hoặc hiệu thuốc của chúng tôi, quý vị có thể gọi cho Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này) hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại địa chỉ www.kelseycareadvantage.com.
- **Thông tin về bảo hiểm của quý vị và các quy tắc quý vị phải tuân theo khi sử dụng bảo hiểm của mình.**
  - Trong Chương 3 và 4 của tập sách này, chúng tôi giải thích những dịch vụ y tế nào được bao trả cho quý vị, bất kỳ hạn chế nào đối với bảo hiểm của quý vị và những quy tắc nào quý vị phải tuân theo để nhận được các dịch vụ y tế được bao trả.
  - Để biết chi tiết về bảo hiểm thuốc kê toa Part D của quý vị, hãy xem Chương 5 và 6 của tập sách này cùng với *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh mục)* của chương trình. Các chương này, cùng với *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh mục)*, cho quý vị biết những loại thuốc nào được bao trả và giải thích các quy tắc quý vị phải tuân theo và các hạn chế đối với phạm vi bảo hiểm của quý vị đối với một số loại thuốc nhất định.
  - Nếu quý vị có thắc mắc về các quy tắc hoặc hạn chế, vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này).
- **Thông tin về lý do tại sao một mục nào đó không được bao trả và quý vị có thể làm gì khi đó.**
  - Nếu một dịch vụ y tế hoặc thuốc Part D không được bao trả, hoặc nếu bảo hiểm của quý vị bị hạn chế theo một cách nào đó, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi giải thích bằng văn bản. Quý vị có quyền nhận được giải thích ngay cả khi quý vị đã nhận được dịch vụ y tế hoặc thuốc từ nhà cung cấp hoặc hiệu thuốc ngoài mạng lưới.
  - Nếu quý vị không hài lòng hoặc nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc chăm sóc y tế hoặc loại thuốc Part D được bao trả cho quý vị, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định bằng cách kháng cáo. Để biết chi tiết về những việc phải làm nếu có mục nào đó không được bao trả cho quý vị theo cách mà quý vị nghĩ là nhẽ ra phải được bao trả, hãy xem Chương 9 của tập sách này. Chương này cung cấp cho quý vị thông tin chi tiết về cách kháng cáo nếu quý vị muốn chúng tôi thay đổi quyết định của mình. (Chương 9 cũng hướng dẫn cách khiếu nại chất lượng dịch vụ chăm sóc, thời gian chờ đợi và các vấn đề khác.)

- Nếu quý vị muốn yêu cầu chương trình của chúng tôi thanh toán phần nghĩa vụ của chúng tôi đối với hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc kê toa Part D, hãy xem Chương 7 của tập sách này.

Phần 1.5 Chúng tôi phải ủng hộ quyền đưa ra quyết định về dịch vụ chăm sóc của quý vị

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

Quý vị có quyền nhận được thông tin đầy đủ từ các bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác khi quý vị đi thăm khám. Các nhà cung cấp của quý vị phải giải thích tình trạng y tế của quý vị và các lựa chọn điều trị của quý vị *theo cách mà quý vị có thể hiểu được*.

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

- **Được biết rõ tất cả các lựa chọn của quý vị.** Điều này có nghĩa là quý vị có quyền được thông báo về tất cả các lựa chọn điều trị được đề xuất cho tình trạng của quý vị, bất kể chúng có giá bao nhiêu hoặc chúng có được chương trình của chúng tôi bao trả hay không. Nó cũng bao gồm việc được thông báo về các chương trình mà chương trình của chúng tôi cung cấp để giúp các hội viên quản lý thuốc của mình và sử dụng thuốc một cách an toàn.
- **Được biết rõ về những rủi ro.** Quý vị có quyền được thông báo về bất kỳ rủi ro nào liên quan đến việc chăm sóc của quý vị. Quý vị phải được thông báo trước nếu bất kỳ dịch vụ chăm sóc hoặc điều trị y tế nào được đề xuất thuộc phạm vi thử nghiệm nghiên cứu. Quý vị luôn có quyền lựa chọn từ chối bất kỳ phương pháp điều trị thử nghiệm nào.
- **Quyền "từ chối.**" Quý vị có quyền từ chối bất kỳ phương pháp điều trị nào được đề nghị. Điều này bao gồm quyền rời khỏi bệnh viện hoặc cơ sở y tế khác, ngay cả khi bác sĩ của quý vị khuyên quý vị ở lại. Quý vị cũng có quyền ngừng dùng thuốc. Tất nhiên, nếu quý vị từ chối điều trị hoặc ngừng dùng thuốc, quý vị hoàn toàn chịu trách nhiệm về những gì xảy ra với cơ thể mình.
- **Được giải thích trong trường hợp quý vị bị từ chối bảo hiểm chăm sóc.** Quý vị có quyền nhận được lời giải thích từ chúng tôi nếu một nhà cung cấp từ chối dịch vụ chăm sóc mà quý vị tin rằng quý vị phải được nhận. Để nhận được lời giải thích này, quý vị cần yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bao trả. Chương 9 của tập sách này hướng dẫn cách yêu cầu chương trình đưa ra quyết định bao trả.

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

Đôi khi mọi người không thể đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho bản thân do tai nạn hoặc bệnh tật nghiêm trọng. Quý vị có quyền nói những gì quý vị muốn xảy ra nếu quý vị ở trong tình huống này. Điều này có nghĩa là, *nếu quý vị muốn*, quý vị có thể:

- Điền vào một biểu mẫu bằng văn bản để **ủy quyền hợp pháp cho người nào đó đưa ra quyết định y tế cho quý vị** nếu quý vị không thể đưa ra quyết định cho chính mình.
- **Cung cấp cho bác sĩ của quý vị văn bản hướng dẫn** về cách quý vị muốn được chăm sóc y tế nếu quý vị không thể đưa ra quyết định cho chính mình.

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

Nếu quý vị muốn sử dụng một "chỉ dẫn trước" để đưa ra chỉ dẫn của mình, quý vị cần thực hiện những bước sau:

- **Lấy biểu mẫu.** Nếu quý vị muốn có một chỉ dẫn trước, quý vị có thể lấy biểu mẫu từ luật sư của mình, từ nhân viên xã hội hoặc từ một số cửa hàng cung cấp đồ dùng văn phòng. Đôi khi quý vị có thể nhận các mẫu chỉ dẫn trước từ các tổ chức cung cấp cho mọi người thông tin về Medicare.
- **Điền vào và ký tên.** Bất kể quý vị nhận được biểu mẫu này ở đâu, hãy nhớ rằng đó là một tài liệu pháp lý. Quý vị nên cân nhắc nhờ luật sư giúp quý vị điền đơn.
- **Đưa bản sao cho những người thích hợp.** Quý vị nên đưa một bản sao biểu mẫu cho bác sĩ của mình và cho người mà quý vị nêu tên trên biểu mẫu để đưa ra quyết định cho quý vị nếu quý vị không thể. Quý vị cũng có thể đưa bản sao cho bạn bè thân thiết hoặc các thành viên trong gia đình. Hãy nhớ giữ một bản sao ở nhà.

Nếu quý vị biết trước rằng quý vị sẽ nhập viện, và quý vị đã ký một chỉ dẫn trước, **hãy mang theo một bản sao khi đến bệnh viện**.

- Nếu quý vị nhập viện, họ sẽ hỏi quý vị xem quý vị đã ký vào mẫu chỉ dẫn trước chưa và xem quý vị có mang theo biểu mẫu đó hay không.
- Nếu quý vị chưa ký vào mẫu chỉ dẫn trước, bệnh viện có sẵn các mẫu và sẽ hỏi quý vị có muốn ký không.

Hãy nhớ, việc có muốn điền vào một chỉ dẫn trước hay không chính là lựa chọn của quý vị (bao gồm cả việc quý vị có muốn ký một chỉ dẫn nếu quý vị đang ở bệnh viện hay không). Theo luật, không ai có thể từ chối chăm sóc quý vị hoặc phân biệt đối xử với quý vị dựa trên việc quý vị có ký một chỉ dẫn trước hay không.

Điều gì sẽ xảy ra nếu chỉ dẫn của quý vị không được tuân theo?

Nếu quý vị đã ký một chỉ dẫn trước, và quý vị tin rằng bác sĩ hoặc bệnh viện đã không tuân theo các chỉ dẫn trong đó, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại lên

Bộ Dịch vụ Y tế Tiểu bang Texas (Texas Department of State Health Services)
Health Care Quality Section Health Facility Compliance
P.O. Box 149347, MC-1913
Austin, TX 78714-9347 888-963-7111
dshs.texas.gov/consumerprotection

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

Nếu quý vị có bất kỳ vấn đề hoặc thắc mắc nào về các dịch vụ hoặc dịch vụ chăm sóc được bao trả cho quý vị, Chương 9 của tập sách này sẽ cho quý vị biết quý vị có thể làm gì. Chương này cung cấp các chi tiết về cách xử lý tất cả các loại vấn đề và khiếu nại. Những gì quý vị cần làm để theo dõi một vấn đề hoặc thắc mắc sẽ tùy thuộc vào tình huống cụ thể. Quý vị có thể cần yêu cầu chương trình của chúng tôi đưa ra quyết định bao trả cho quý vị, kháng cáo lên chúng tôi để thay đổi quyết định bao trả hoặc khiếu nại. Dù quý vị làm gì - yêu cầu quyết định bao trả, kháng cáo hay khiếu nại – **chúng tôi đều sẽ đối xử công bằng với quý vị**.

Quý vị có quyền nhận được một bản tóm tắt thông tin về các kháng cáo và khiếu nại mà các hội viên khác đã đệ trình liên quan đến chương trình của chúng tôi trong quá khứ. Để có thông tin này, vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này).

Phần 1.7 Quý vị có thể làm gì nếu quý vị tin rằng quý vị đang bị đối xử bất công hoặc các quyền của quý vị không được tôn trọng?

Nếu đó là trường hợp phân biệt đối xử, hãy gọi cho Văn Phòng Dân Quyền

Nếu quý vị tin rằng quý vị bị đối xử bất công hoặc các quyền của quý vị không được tôn trọng do chủng tộc, khuyết tật, tôn giáo, giới tính, sức khỏe, dân tộc, tín ngưỡng, tuổi tác hoặc nguồn gốc quốc gia, quý vị hãy gọi cho **Văn Phòng Dân Quyền** thuộc Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh theo số 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697, hoặc gọi cho Văn Phòng Dân Quyền tại địa phương của quý vị.

Nó liên quan đến một trường hợp khác?

Nếu quý vị tin rằng quý vị bị đối xử bất công hoặc các quyền của quý vị không được tôn trọng, *và* đó *không phải là* trường hợp phân biệt đối xử, quý vị có thể xin hỗ trợ giải quyết vấn đề quý vị đang gặp phải:

- Quý vị có thể **gọi cho Dịch Vụ Hội Viên** (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này).

- Quý vị có thể **gọi cho Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Để biết chi tiết về tổ chức này và cách liên hệ với tổ chức, hãy xem Chương 2, Phần 3.
- Hoặc, **quý vị có thể gọi cho Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24/7. Người dùng TTY nên gọi 1-877-486-2048.

Phần 1.8 Cách nhận thêm thông tin về các quyền của quý vị

Có một số nơi mà quý vị có thể biết thêm thông tin về các quyền của mình:

- Quý vị có thể **gọi cho Dịch Vụ Hội Viên** (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này).
- Quý vị có thể **gọi SHIP**. Để biết chi tiết về tổ chức này và cách liên hệ với tổ chức, hãy xem Chương 2, Phần 3.
- Quý vị có thể liên hệ với **Medicare**.
  - Quý vị có thể truy cập trang web của Medicare để đọc hoặc tải xuống ấn phẩm "Medicare Rights & Protections." (Ấn phẩm có tại: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
  - Hoặc, quý vị có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24/7. Người dùng TTY nên gọi 1-877-486-2048.

PHẦN 2 Quý vị có một số trách nhiệm với tư cách là hội viên của chương trình

Phần 2.1 Trách nhiệm của quý vị là gì?

Những điều quý vị cần làm với tư cách là hội viên của chương trình được liệt kê dưới đây. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này). Chúng tôi luôn sẵn sàng giúp đỡ.

- **Làm quen với các dịch vụ được bao trả cho quý vị và các quy tắc quý vị phải tuân theo để nhận được các dịch vụ được bao trả này.** Sử dụng tập sách Evidence of Coverage này để tìm hiểu những gì được bao trả cho quý vị và các quy tắc quý vị cần tuân theo để nhận được các dịch vụ được bao trả của mình.
  - Chương 3 và 4 cung cấp thông tin chi tiết về các dịch vụ y tế của quý vị, bao gồm những gì được bao trả, những gì không được bao trả, các quy tắc phải tuân theo và những gì quý vị phải trả.
  - Chương 5 và 6 cung cấp thông tin chi tiết về bảo hiểm của quý vị đối với thuốc kê toa Part D.

- **Nếu quý vị có bất kỳ bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm thuốc kê toa nào khác ngoài chương trình của chúng tôi, quý vị phải cho chúng tôi biết.** Vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên để cho chúng tôi biết (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này).
  - Chúng tôi bắt buộc phải tuân theo các quy tắc do Medicare đặt ra để đảm bảo rằng quý vị đang sử dụng kết hợp tất cả các bảo hiểm của mình khi quý vị nhận được các dịch vụ được bao trả từ chương trình của chúng tôi. Điều này được gọi là "**phối hợp các phúc lợi**" vì nó liên quan đến việc phối hợp các phúc lợi sức khỏe và thuốc mà quý vị nhận được từ chương trình của chúng tôi với bất kỳ phúc lợi sức khỏe và thuốc nào khác được cung cấp cho quý vị. Chúng tôi sẽ giúp quý vị phối hợp các phúc lợi của mình. (Để biết thêm thông tin về việc phối hợp các phúc lợi, hãy xem Chương 1, Phần 10.)
- **Kể cho bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác biết rằng quý vị đã ghi danh vào chương trình của chúng tôi.** Xuất trình thẻ hội viên chương trình của quý vị bất cứ khi nào quý vị nhận dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc kê toa Part D.
- **Tạo điều kiện cho bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp khác giúp đỡ quý vị bằng cách cung cấp cho họ thông tin, đặt câu hỏi và theo dõi quá trình chăm sóc của quý vị.**
  - Để giúp bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc tốt nhất, hãy tìm hiểu càng nhiều càng tốt về các vấn đề sức khỏe của quý vị và cung cấp cho họ thông tin cần thiết về quý vị và sức khỏe của quý vị. Tuân theo các kế hoạch điều trị và các chỉ dẫn mà quý vị và bác sĩ của quý vị đã thống nhất.
  - Đảm bảo rằng bác sĩ của quý vị biết tất cả các loại thuốc quý vị đang dùng, bao gồm cả thuốc không kê đơn, vitamin và thực phẩm chức năng.
  - Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, hãy hỏi. Các bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác sẽ giải thích mọi thứ thật dễ hiểu cho quý vị. Nếu quý vị đặt một câu hỏi và quý vị không hiểu câu trả lời mà quý vị nhận được, hãy hỏi lại.
- **Hãy quan tâm.** Chúng tôi mong muốn tất cả các hội viên của chúng tôi tôn trọng quyền của những bệnh nhân khác. Chúng tôi cũng mong muốn quý vị hành động theo cách giúp cho văn phòng bác sĩ, bệnh viện và các văn phòng khác hoạt động trơn tru.
- **Thanh toán những gì cần trả.** Là một hội viên của chương trình, quý vị chịu trách nhiệm cho các khoản thanh toán này:
  - Để đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị phải có Medicare Part A và Medicare Part B. Một số hội viên của chương trình phải trả phí bảo hiểm cho Medicare Part A. Hầu hết các hội viên của chương trình phải trả phí bảo hiểm cho Medicare Part B để tiếp tục là hội viên của chương trình.
  - Đối với hầu hết các dịch vụ y tế hoặc thuốc của quý vị được chương trình bao trả, quý vị phải thanh toán phần chi phí của mình khi quý vị nhận được dịch vụ hoặc thuốc. Đây sẽ là một khoản đồng thanh toán (một số tiền cố định) hoặc đồng bảo hiểm (một

tỷ lệ phần trăm của tổng chi phí). Chương 4 cho biết quý vị phải thanh toán những gì cho các dịch vụ y tế của mình. Chương 6 cho biết quý vị phải thanh toán những gì cho các loại thuốc kê toa Part D của mình.

  - Nếu quý vị nhận được bất kỳ dịch vụ y tế hoặc thuốc nào không được chương trình của chúng tôi bao trả hoặc bảo hiểm khác mà quý vị có thể có, quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí.
  - Nếu quý vị không đồng ý với quyết định từ chối bảo hiểm của chúng tôi cho một dịch vụ hoặc một loại thuốc, quý vị có thể kháng cáo. Vui lòng xem Chương 9 của tập sách này để biết thông tin về cách kháng cáo.

- Nếu quý vị buộc phải trả tiền phạt ghi danh muộn, quý vị phải trả tiền phạt để duy trì bảo hiểm thuốc kê toa của quý vị.
- Nếu quý vị buộc phải trả thêm số tiền cho Part D dựa trên thu nhập hàng năm của quý vị, quý vị phải trả trực tiếp số tiền bổ sung này cho chính phủ để vẫn là hội viên của chương trình.

- **Hãy cho chúng tôi biết khi quý vị chuyển đi nơi khác.** Nếu quý vị định chuyển nơi ở, vui lòng báo ngay cho chúng tôi biết. Gọi cho Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này).
  - **Nếu quý vị chuyển *ra ngoài* khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi, quý vị không thể tiếp tục là hội viên của chương trình của chúng tôi.** (Chương 1 trình bày về khu vực dịch vụ của chúng tôi.) Chúng tôi có thể giúp quý vị xác định xem quý vị có đang dọn ra ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi hay không. Nếu quý vị rời khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi, quý vị sẽ có một Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt để có thể tham gia bất kỳ chương trình Medicare nào có ở khu vực mới của quý vị. Chúng tôi có thể cho quý vị biết nếu chúng tôi có một chương trình trong khu vực mới của quý vị.
  - **Nếu quý vị dọn nhà *trong phạm vi* khu vực dịch vụ của chúng tôi, chúng tôi vẫn cần biết** để có thể cập nhật hồ sơ hội viên của quý vị và biết cách liên hệ với quý vị.
  - Nếu quý vị chuyển đi, vui lòng thông báo cho Sở An Sinh Xã Hội (Social Security) (hoặc Hội đồng Hưu trí Đường sắt (Railroad Retirement Board)). Quý vị có thể tìm thấy số điện thoại và thông tin liên hệ của các tổ chức này trong Chương 2.

- **Gọi cho Dịch Vụ Hội Viên để được trợ giúp nếu quý vị có câu hỏi hoặc thắc mắc.** Chúng tôi cũng hoan nghênh mọi đề xuất từ phía quý vị để cải tiến chương trình của chúng tôi.
  - Số điện thoại và giờ gọi cho Dịch Vụ Hội Viên được in trên bìa sau của tập sách này.
  - Để biết thêm thông tin về cách liên hệ với chúng tôi, bao gồm cả địa chỉ gửi thư của chúng tôi, vui lòng xem Chương 2.

CHƯƠNG 9

Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)

Chương 9. Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)

PHẦN 1 Giới thiệu 202
Phần 1.1 Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc thắc mắc 202
Phần 1.2 Các điều khoản pháp lý thì sao? 202

PHẦN 2 Quý vị có thể nhận trợ giúp từ các tổ chức chính phủ không liên kết với chúng tôi 203
Phần 2.1 Nơi nhận thêm thông tin và hỗ trợ cá nhân 203

PHẦN 3 Để giải quyết vấn đề của quý vị, quý vị nên sử dụng quy trình nào? 203
Phần 3.1 Quý vị có nên sử dụng quy trình cho các quyết định bao trả và kháng cáo không? Hay quý vị nên sử dụng quy trình khiếu nại? 203

QUYẾT ĐỊNH BAO TRẢ VÀ KHÁNG CÁO 204

PHẦN 4 Hướng dẫn về những nội dung cơ bản của các quyết định bao trả và kháng cáo 204
Phần 4.1 Yêu cầu các quyết định bao trả và kháng cáo: bức tranh lớn 204
Phần 4.2 Cách nhận trợ giúp khi quý vị yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng cáo 206
Phần 4.3 Phần nào của chương này cung cấp thông tin chi tiết cho tình huống của quý vị? 207

PHẦN 5 Dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng cáo 207
Phần 5.1 Phần này cho biết phải làm gì nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận được bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc nếu quý vị muốn chúng tôi hoàn trả quý vị phần nghĩa vụ của chúng tôi đối với chi phí chăm sóc cho quý vị 207
Phần 5.2 Từng bước: Làm thế nào để yêu cầu một quyết định bao trả (cách yêu cầu chương trình của chúng tôi cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm chăm sóc y tế mà quý vị muốn) 209
Phần 5.3 Từng bước: Cách thực hiện Kháng Cáo Cấp 1 (cách yêu cầu xem xét quyết định bao trả chăm sóc y tế do chương trình của chúng tôi đưa ra) 213
Phần 5.4 Từng bước: Cách thực hiện Kháng Cáo Cấp 2 217
Phần 5.5 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán cho quý vị phần nghĩa vụ của chúng tôi đối với một hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho dịch vụ chăm sóc y tế? 219

PHẦN 6 Thuốc theo toa Part D của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng cáo 220

Phần 6.1 Phần này cho quý vị biết phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề với việc mua thuốc Part D hoặc quý vị muốn chúng tôi hoàn trả tiền thuốc Part D cho quý vị 220

Phần 6.2 Ngoại lệ là gì? 222

Phần 6.3 Những điều quan trọng cần biết về việc yêu cầu ngoại lệ 224

Phần 6.4 Từng bước: Cách yêu cầu quyết định bao trả, bao gồm cả một trường hợp ngoại lệ 225

Phần 6.5 Từng bước: Cách thực hiện Kháng Cáo Cấp 1 (cách yêu cầu xem xét lại quyết định bao trả do chương trình của chúng tôi đưa ra) 229

Phần 6.6 Từng bước: Cách thực hiện Kháng Cáo Cấp 2 232

PHẦN 7 Cách yêu cầu chúng tôi chi trả thời gian nằm viện nội trú dài hơn, nếu quý vị cho rằng bác sĩ cho quý vị ra viện quá sớm 234

Phần 7.1 Trong thời gian nằm viện điều trị nội trú, quý vị sẽ nhận được văn bản thông báo từ Medicare nêu rõ các quyền của quý vị 235

Phần 7.2 Từng bước: Cách thực hiện Kháng Cáo Cấp 1 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị 236

Phần 7.3 Từng bước: Cách thực hiện Kháng Cáo Cấp 2 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị 239

Phần 7.4 Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn để Kháng Cáo Cấp 1 thì sao? 240

PHẦN 8 Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả một số dịch vụ y tế nếu quý vị cho rằng bảo hiểm của mình kết thúc quá sớm 243

Phần 8.1 *Phần này chỉ đề cập đến ba dịch vụ:* Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn và các dịch vụ của Cơ sở Phục hồi chức năng Ngoại trú Toàn diện (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 243

Phần 8.2 Chúng tôi sẽ cho quý vị biết trước thời điểm kết thúc bảo hiểm của quý vị 244

Phần 8.3 Từng bước: Cách thực hiện Kháng Cáo Cấp 1 để yêu cầu chương trình của chúng tôi bao trả chi phí chăm sóc cho quý vị trong thời gian dài hơn 244

Phần 8.4 Từng bước: Cách thực hiện Kháng Cáo Cấp 2 để yêu cầu chương trình của chúng tôi bao trả chi phí chăm sóc cho quý vị trong thời gian dài hơn 247

Phần 8.5 Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn để Kháng Cáo Cấp 1 thì sao? 248

PHẦN 9 Thực hiện kháng cáo của quý vị lên Cấp 3 và hơn thế nữa 251

Phần 9.1 Kháng Cáo Cấp độ 3, 4 và 5 đối với Yêu cầu Dịch vụ Y tế 251

Phần 9.2 Kháng Cáo Cấp 3, 4 và 5 đối với Yêu cầu Thuốc Part D 253

KHIẾU NẠI 254

PHẦN 10 Cách khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi, dịch vụ khách hàng hoặc các vấn đề khác 254

Phần 10.1 Quy trình khiếu nại xử lý những loại vấn đề nào? 254
Phần 10.2 Tên gọi trước đây của "khiếu nại" là "phàn nàn"..... 256
Phần 10.3 Từng bước: Khiếu nại..... 257
Phần 10.4 Quý vị cũng có thể khiếu nại về chất lượng chăm sóc lên Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng 258
Phần 10.5 Quý vị cũng có thể cho Medicare biết về khiếu nại của quý vị 258

PHẦN 1 Giới thiệu

Phần 1.1 Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc thắc mắc

Chương này giải thích hai loại quy trình để xử lý các vấn đề và thắc mắc:

- Đối với một số loại vấn đề, quý vị cần sử dụng **quy trình cho các quyết định bao trả và kháng cáo**.
- Đối với các loại vấn đề khác, quý vị cần sử dụng **quy trình khiếu nại**.

Cả hai quy trình này đều đã được Medicare chấp thuận. Để đảm bảo tính công bằng và xử lý nhanh chóng các vấn đề của quý vị, mỗi quy trình có một bộ quy tắc, thủ tục và thời hạn mà chúng tôi và quý vị phải tuân theo.

Quý vị sử dụng quy trình nào? Điều đó phụ thuộc vào loại vấn đề quý vị đang gặp phải. Hướng dẫn trong Phần 3 sẽ giúp quý vị xác định quy trình phù hợp để sử dụng.

Phần 1.2 Các điều khoản pháp lý thì sao?

Có các thuật ngữ pháp lý chuyên ngành cho một số quy tắc, thủ tục và các loại thời hạn được giải thích trong chương này. Nhiều trong số những thuật ngữ này không quen thuộc với hầu hết mọi người và có thể khó hiểu.

Để hiểu mọi thứ một cách đơn giản, chương này giải thích các quy tắc và thủ tục pháp lý bằng cách sử dụng các từ đơn giản hơn thay cho các thuật ngữ pháp lý nhất định. Ví dụ, chương này nói chung là "khiếu nại" thay vì "phàn nàn", "quyết định bao trả" thay vì "quyết định của tổ chức" hoặc "quyết định bao trả" hoặc "xác định rủi ro" và "Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập" thay vì "Pháp Nhân Xét Duyệt Độc Lập". Chương này cũng sử dụng ít chữ viết tắt nhất có thể.

Tuy nhiên, nó có thể hữu ích - và đôi khi khá quan trọng - để quý vị biết các điều khoản pháp lý chính xác cho tình huống quý vị đang gặp phải. Biết sử dụng điều khoản phù hợp sẽ giúp quý vị giao tiếp rõ ràng và chính xác hơn khi quý vị đang giải quyết vấn đề của mình và nhận được trợ giúp hoặc thông tin phù hợp cho tình huống của quý vị. Để giúp quý vị biết nên sử dụng các điều khoản nào, chúng tôi sẽ đưa kèm các điều khoản pháp lý khi chúng tôi cung cấp thông tin chi tiết để xử lý các loại tình huống cụ thể.

PHẦN 2 Quý vị có thể nhận trợ giúp từ các tổ chức chính phủ không liên kết với chúng tôi

Phần 2.1 Nơi nhận thêm thông tin và hỗ trợ cá nhân

Đôi khi quý vị có thể bối rối khi bắt đầu hoặc theo dõi quá trình xử lý một vấn đề. Điều này đặc biệt có thể xảy ra khi quý vị cảm thấy không khỏe hoặc có năng lượng hạn chế. Hoặc đôi khi, quý vị có thể không có kiến thức cần thiết để thực hiện bước tiếp theo.

Nhận trợ giúp từ một tổ chức chính phủ độc lập

Chúng tôi luôn sẵn sàng trợ giúp quý vị. Nhưng trong một số trường hợp, quý vị cũng có thể cần sự giúp đỡ hoặc hướng dẫn từ một ai đó không liên kết với chúng tôi. Quý vị luôn có thể liên hệ với **Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP)** của quý vị. Chương trình này của chính phủ có các tư vấn viên được đào tạo ở mọi tiểu bang. Chương trình không liên kết với chúng tôi hoặc với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình sức khỏe nào. Các tư vấn viên của chương trình này có thể giúp quý vị hiểu xem nên sử dụng quy trình nào để xử lý vấn đề quý vị đang gặp phải. Họ cũng có thể trả lời câu hỏi của quý vị, cung cấp cho quý vị thêm thông tin và hướng dẫn những việc cần làm.

Các dịch vụ của tư vấn viên SHIP là miễn phí. Quý vị sẽ tìm thấy các số điện thoại trong Chương 2, Phần 3 của tập sách này.

Quý vị cũng có thể nhận trợ giúp và thông tin từ Medicare

Để biết thêm thông tin và được trợ giúp xử lý vấn đề, quý vị cũng có thể liên hệ với Medicare. Dưới đây là hai cách để nhận thông tin trực tiếp từ Medicare:

- Quý vị có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24/7. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048.
- Quý vị có thể truy cập trang web của Medicare (www.medicare.gov).

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

Phần 3.1 Quý vị có nên sử dụng quy trình cho các quyết định bao trả và kháng cáo không? Hay quý vị nên sử dụng quy trình khiếu nại?

Nếu quý vị có vấn đề hoặc thắc mắc, quý vị chỉ cần đọc các phần của chương này áp dụng cho tình huống của quý vị. Hướng dẫn sau đây sẽ hữu ích.

Để tìm ra phần nào của chương này giúp giải quyết vấn đề hoặc thắc mắc cụ thể của quý vị, **HÃY BẮT ĐẦU TẠI ĐÂY**

Có phải vấn đề hoặc thắc mắc của quý vị liên quan đến phúc lợi hoặc bảo hiểm của quý vị không?

(Điều này bao gồm các vấn đề về một dịch vụ chăm sóc y tế cụ thể hoặc thuốc kê toa có được bao trả hay không, cách thức bao trả và các vấn đề liên quan đến việc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc kê toa.)

Có. Vấn đề của tôi liên quan đến phúc lợi hoặc bảo hiểm.

Hãy chuyển sang phần tiếp theo của chương này, **Phần 4, "Hướng dẫn những nội dung cơ bản của các quyết định bao trả và kháng cáo."**

Không Vấn đề của tôi không liên quan đến phúc lợi hoặc bảo hiểm.

Chuyển tiếp đến **Phần 10** ở cuối chương này: **"Làm thế nào để khiếu nại chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi, dịch vụ khách hàng hoặc các vấn đề khác."**

QUYẾT ĐỊNH BAO TRẢ VÀ KHÁNG CÁO

PHẦN 4 Hướng dẫn về những nội dung cơ bản của các quyết định bao trả và kháng cáo

Phần 4.1 Yêu cầu các quyết định bao trả và kháng cáo: bức tranh lớn

Quy trình cho các quyết định bao trả và kháng cáo giải quyết các vấn đề liên quan đến phúc lợi và bảo hiểm của quý vị cho các dịch vụ y tế và thuốc kê toa, bao gồm cả các vấn đề liên quan đến thanh toán. Đây là quy trình quý vị sử dụng cho các vấn đề như liệu thứ gì đó có được bao trả hay không và cách thức bao trả.

Yêu cầu các quyết định bao trả

Quyết định bao trả là quyết định mà chúng tôi đưa ra về phúc lợi và phạm vi bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền chúng tôi sẽ trả cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc của quý vị. Ví dụ: bác sĩ trong mạng lưới chương trình của quý vị đưa ra quyết định bao trả (có lợi) cho quý vị bất cứ khi nào quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc y tế từ họ hoặc nếu bác sĩ trong mạng lưới của quý vị giới

thiệu quý vị đến một chuyên gia y tế. Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị cũng có thể liên hệ với chúng tôi và yêu cầu quyết định bao trả nếu bác sĩ của quý vị không chắc liệu chúng tôi có bao trả cho một dịch vụ y tế cụ thể hay không hoặc từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cho rằng mình cần. Nói cách khác, nếu quý vị muốn biết liệu chúng tôi có bao trả cho một dịch vụ y tế trước khi quý vị nhận được hay không, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bao trả cho quý vị. Trong một số trường hợp hạn chế, yêu cầu quyết định bao trả sẽ bị bác, điều đó có nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu. Ví dụ về trường hợp một yêu cầu sẽ bị bác bao gồm các lý do như yêu cầu không hoàn chỉnh, ai đó thay mặt quý vị đưa ra yêu cầu nhưng không được phép làm như vậy một cách hợp pháp hoặc quý vị rút lại yêu cầu của mình. Nếu chúng tôi bác yêu cầu quyết định bao trả, chúng tôi sẽ gửi thông báo giải thích lý do tại sao yêu cầu bị bác và cách yêu cầu xem xét lại quyết định bác.

Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định bao trả cho quý vị bất cứ khi nào chúng tôi quyết định những gì được bao trả cho quý vị và số tiền chúng tôi phải chi trả. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể quyết định một dịch vụ hoặc thuốc không được bao trả hoặc không còn được Medicare bao trả cho quý vị. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bao trả này, quý vị có thể kháng cáo.

Kháng cáo

Nếu chúng tôi đưa ra quyết định bao trả và quý vị không hài lòng với quyết định này, quý vị có thể "kháng cáo" quyết định đó. Kháng cáo là cách chính thức để yêu cầu chúng tôi xem xét và thay đổi quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra.

Khi quý vị kháng cáo một quyết định lần đầu tiên, thì đó được gọi là Kháng Cáo Cấp 1. Trong kháng cáo này, chúng tôi xem xét quyết định bao trả mà chúng tôi đã đưa ra để kiểm tra xem liệu chúng tôi có tuân thủ đúng tất cả các quy tắc hay không. Kháng cáo của quý vị được xử lý bởi những người xét duyệt khác với những người đã đưa ra quyết định bất lợi ban đầu. Khi chúng tôi hoàn thành việc xem xét, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị quyết định của chúng tôi. Trong một số trường hợp nhất định mà chúng ta sẽ thảo luận sau đây, quý vị có thể yêu cầu một quyết định cấp tốc hoặc "quyết định bao trả nhanh" hoặc kháng cáo nhanh một quyết định bao trả. Trong một số trường hợp giới hạn, yêu cầu kháng cáo sẽ bị bác, có nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu. Ví dụ về trường hợp một yêu cầu sẽ bị bác bao gồm các lý do như yêu cầu không hoàn chỉnh, ai đó thay mặt quý vị đưa ra yêu cầu nhưng không được phép làm như vậy một cách hợp pháp hoặc quý vị rút lại yêu cầu của mình. Nếu chúng tôi bác yêu cầu kháng cáo, chúng tôi sẽ gửi thông báo giải thích lý do tại sao yêu cầu bị bác và cách yêu cầu xem xét lại quyết định bác.

Nếu chúng tôi từ chối tất cả hoặc một phần Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị, quý vị có thể tiếp tục Kháng Cáo Cấp 2. Kháng Cáo Cấp 2 sẽ được một Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập không liên kết với chúng tôi xem xét. (Trong một số tình huống, trường hợp của quý vị sẽ tự động được gửi đến Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập để Kháng Cáo Cấp 2. Trong các tình huống khác, quý vị cần phải yêu cầu Kháng Cáo Cấp 2.) Nếu quý vị không hài lòng với quyết định tại Kháng Cáo Cấp 2, quý vị có thể tiếp tục các cấp kháng cáo bổ sung.

Phần 4.2 Cách nhận trợ giúp khi quý vị yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng cáo

Quý vị có cần giúp đỡ không? Dưới đây là các nguồn lực mà quý vị có thể sử dụng nếu quý vị quyết định yêu cầu bất kỳ loại quyết định bao trả nào hoặc khiếu nại một quyết định:

- Quý vị **có thể gọi cho chúng tôi theo số của Dịch Vụ Hội Viên** (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này).
- Quý vị **có thể nhận được sự trợ giúp miễn phí** từ Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang của quý vị (xem Phần 2 của chương này).
- **Bác sĩ của quý vị có thể đưa ra yêu cầu cho quý vị.**
  - Đối với dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc kê toa Part B, bác sĩ của quý vị có thể thay mặt quý vị yêu cầu quyết định bao trả hoặc Kháng Cáo Cấp 1. Nếu kháng cáo của quý vị bị từ chối ở Cấp 1, nó sẽ tự động được chuyển tiếp đến Cấp 2. Để yêu cầu bất kỳ kháng cáo nào sau Cấp 2, bác sĩ của quý vị phải được chỉ định làm người đại diện cho quý vị.
  - Đối với thuốc kê toa Part D, bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thể yêu cầu quyết định bao trả hoặc Kháng Cáo Cấp 1 hoặc Cấp 2 thay mặt quý vị. Để yêu cầu bất kỳ kháng cáo nào sau Cấp 2, bác sĩ của quý vị hoặc người kê đơn khác phải được chỉ định làm người đại diện cho quý vị.
- **Quý vị có thể yêu cầu ai đó thay mặt quý vị.** Nếu quý vị muốn, quý vị có thể chỉ định một người khác làm "người đại diện" cho quý vị để yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng cáo.
  - Có thể có ai đó đã được ủy quyền hợp pháp để làm người đại diện của quý vị theo luật Tiểu bang.
  - Nếu quý vị muốn một người bạn, người thân, bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác, hoặc người khác làm người đại diện cho quý vị, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này) và yêu cầu mẫu "Chỉ định Người đại diện (Appointment of Representative)". (Mẫu này cũng có sẵn trên trang web của Medicare tại www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang web của chúng tôi tại www.kelseycareadvantage.com). Biểu mẫu cho phép người được ủy quyền thay mặt quý vị. Trên biểu mẫu phải có chữ ký của quý vị và người mà quý vị muốn đại diện cho mình. Quý vị phải cung cấp cho chúng tôi một bản sao biểu mẫu đã ký.
- **Quý vị cũng có quyền thuê một luật sư để thay mặt cho quý vị.** Quý vị có thể liên hệ với luật sư của riêng mình, hoặc lấy tên luật sư từ đoàn luật sư địa phương hoặc dịch vụ giới thiệu khác. Cũng có những nhóm sẽ cung cấp cho quý vị các dịch vụ pháp lý miễn phí nếu quý vị đủ điều kiện. Tuy nhiên, **quý vị không bắt buộc phải thuê luật sư** để yêu cầu bất kỳ loại quyết định bao trả nào hoặc khiếu nại quyết định.

Phần 4.3 Phần nào của chương này cung cấp thông tin chi tiết cho tình huống của quý vị?

Có bốn loại tình huống liên quan đến các quyết định bao trả và kháng cáo. Vì mỗi tình huống có các quy tắc và thời hạn khác nhau, chúng tôi sẽ cung cấp thông tin chi tiết cho từng tình huống trong mỗi phần riêng biệt:

- **Phần 5** của chương này: "Dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng cáo"
- **Phần 6** của chương này: "Thuốc theo toa Part D của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng cáo"
- **Phần 7** của chương này: "Làm thế nào để yêu cầu chúng tôi bao trả thời gian nằm viện nội trú lâu hơn nếu quý vị cho rằng bác sĩ cho quý vị ra viện quá sớm"
- **Phần 8** của chương này: "Làm thế nào để yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả cho một số dịch vụ y tế nhất định nếu quý vị cho rằng bảo hiểm của mình kết thúc quá sớm" (*Chỉ áp dụng cho các dịch vụ này*: chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn và các dịch vụ của Cơ sở Phục hồi chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF))

Nếu quý vị không chắc mình nên sử dụng phần nào, vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này). Quý vị cũng có thể nhận trợ giúp hoặc thông tin từ các tổ chức chính phủ như SHIP (Chương 2, Phần 3, của tập sách này có số điện thoại của chương trình này).

PHẦN 5 Dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng cáo

Quý vị đã đọc Phần 4 của chương này (*Hướng dẫn về "những nội dung cơ bản" của quyết định bao trả và kháng cáo*) chưa? Nếu chưa, quý vị nên đọc trước khi bắt đầu phần này.

Phần 5.1 Phần này cho biết phải làm gì nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận được bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc nếu quý vị muốn chúng tôi hoàn trả quý vị phần nghĩa vụ của chúng tôi đối với chi phí chăm sóc cho quý vị

Phần này nói về các phúc lợi của quý vị đối với dịch vụ chăm sóc y tế. Những phúc lợi này được mô tả trong Chương 4 của tập sách này: *Sơ Đồ Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải trả)*. Để đơn giản hóa mọi thứ, chúng tôi thường đề cập đến "bảo hiểm chăm sóc y tế" hoặc "chăm sóc y tế" trong phần còn lại của phần này, thay vì lặp lại "chăm sóc hoặc điều trị hoặc dịch vụ y tế" mỗi lần. Thuật ngữ "chăm sóc y tế" bao gồm các vật phẩm và dịch vụ y tế

cũng như các loại thuốc kê toa của Medicare Part B. Trong một số trường hợp, có các quy tắc khác nhau áp dụng cho yêu cầu thuốc kê toa Part B. Trong những trường hợp đó, chúng tôi sẽ giải thích các quy tắc cho thuốc kê toa Part B khác với các quy tắc cho các vật phẩm và dịch vụ y tế như thế nào.

Phần này cho biết quý vị có thể làm gì nếu xảy ra bất kỳ trường hợp nào trong năm trường hợp sau:

1. Quý vị không nhận được một dịch vụ chăm sóc y tế nhất định mà quý vị muốn, và quý vị tin rằng dịch vụ chăm sóc này được chương trình của chúng tôi bao trả.

2. Chương trình của chúng tôi không chấp thuận dịch vụ chăm sóc y tế mà bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế khác muốn cung cấp cho quý vị và quý vị tin rằng dịch vụ chăm sóc này được chương trình bao trả.

3. Quý vị đã nhận được dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị tin rằng phải được chương trình bao trả, nhưng chúng tôi đã nói rằng chúng tôi không thanh toán cho dịch vụ chăm sóc này.

4. Quý vị đã nhận và thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị tin rằng phải được chương trình bao trả và quý vị muốn yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn trả cho quý vị chi phí chăm sóc này.

5. Quý vị đang được thông báo rằng bảo hiểm cho một số dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận mà chúng tôi đã chấp thuận trước đó sẽ bị giảm hoặc ngừng và quý vị tin rằng việc giảm hoặc ngừng dịch vụ chăm sóc này có thể gây hại cho sức khỏe của quý vị.

   LƯU Ý: **Nếu bảo hiểm bị dừng cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc các dịch vụ của Cơ sở Phục hồi chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF)**, quý vị cần đọc phần riêng của chương này vì có các quy tắc đặc biệt áp dụng cho các loại hình chăm sóc này. Đây là những gì cần đọc trong những tình huống đó:

   - Chương 9, Phần 7: *Làm thế nào để yêu cầu chúng tôi bao trả thời gian nằm viện nội trú lâu hơn nếu quý vị cho rằng bác sĩ cho quý vị ra viện quá sớm.*
   - Chương 9, Phần 8: *Làm thế nào để yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả một số dịch vụ y tế nhất định nếu quý vị cho rằng bảo hiểm của mình kết thúc quá sớm.* Phần này chỉ nói về ba dịch vụ: chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn và các dịch vụ CORF.

   Đối với *tất cả* các tình huống khác liên quan đến việc được thông báo rằng dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đang nhận sẽ bị dừng, hãy sử dụng phần này (Phần 5) để xem hướng dẫn những việc cần làm.

Quý vị đang ở trong tình huống nào trong số những tình huống này?

Nếu quý vị đang ở trong tình huống này:	Đây là những gì quý vị có thể làm:
Tìm hiểu xem chúng tôi có bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn hay không.	Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bao trả cho quý vị. Chuyển đến phần tiếp theo của chương này, **Phần 5.2**.
Nếu chúng tôi đã nói với quý vị rằng chúng tôi sẽ không bao trả hoặc thanh toán cho một dịch vụ y tế theo cách mà quý vị muốn được bao trả hoặc thanh toán.	Quý vị có thể **kháng cáo**. (Điều này có nghĩa là quý vị đang yêu cầu chúng tôi xem xét lại.) Chuyển tới **Phần 5.3** của chương này.
Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận và thanh toán.	Quý vị có thể gửi hóa đơn cho chúng tôi. Chuyển tới **Phần 5.5** của chương này.

Phần 5.2 Từng bước: Làm thế nào để yêu cầu một quyết định bao trả (cách yêu cầu chương trình của chúng tôi cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm chăm sóc y tế mà quý vị muốn)

Điều khoản pháp lý
Khi một quyết định bao trả liên quan đến dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, nó được gọi là **"quyết định của tổ chức."**

<u>Bước 1:</u> Quý vị yêu cầu chương trình của chúng tôi đưa ra quyết định bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đang yêu cầu. Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị cần phải có phản hồi nhanh, quý vị nên yêu cầu chúng tôi đưa ra **"quyết định bao trả nhanh."**

Điều khoản pháp lý
"Quyết định bao trả nhanh" được gọi là **"quyết định cấp tốc."**

Cách yêu cầu bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn

- Bắt đầu bằng cách gọi điện, viết thư hoặc gửi fax cho chương trình của chúng tôi để đưa ra yêu cầu của quý vị để chúng tôi cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn. Quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người đại diện của quý vị có thể làm điều này.

- Để biết chi tiết về cách liên hệ với chúng tôi, hãy chuyển đến Chương 2, Phần 1 và tìm phần được gọi là, *Cách liên hệ với chúng tôi khi quý vị yêu cầu một quyết định bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị*.

Nói chung, chúng tôi sử dụng các thời hạn tiêu chuẩn để thông báo quyết định của chúng tôi cho quý vị

Khi chúng tôi thông báo quyết định của chúng tôi cho quý vị, chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn "tiêu chuẩn" trừ khi chúng tôi đã đồng ý sử dụng thời hạn "nhanh". **Một quyết định bao trả tiêu chuẩn có nghĩa là chúng tôi sẽ phản hồi quý vị trong vòng 14 ngày** kể từ khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị **về một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế**. Nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến **thuốc kê toa của Medicare Part B, chúng tôi sẽ phản hồi quý vị trong vòng 72 giờ** kể từ khi nhận được yêu cầu của quý vị.

- **Tuy nhiên,** đối với yêu cầu **vật phẩm hoặc dịch vụ y tế chúng tôi có thể cần thêm tối đa 14 ngày** nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thông tin (chẳng hạn như hồ sơ y tế từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới) mà có thể có lợi cho quý vị. Nếu chúng tôi quyết định cần thêm ngày để đưa ra quyết định, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể kéo dài thêm thời gian ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc kê toa của Medicare Part B.
- Nếu quý vị tin rằng chúng tôi *không cần* kéo dài thêm ngày, thì quý vị có thể gửi "khiếu nại nhanh" về quyết định kéo dài thêm ngày của chúng tôi. Khi quý vị gửi đơn khiếu nại nhanh, chúng tôi sẽ phản hồi quý vị trong vòng 24 giờ. (Quy trình khiếu nại khác với quy trình cho các quyết định bao trả và kháng cáo. Để biết thêm thông tin về quy trình khiếu nại, kể cả khiếu nại nhanh, hãy xem Phần 10 của chương này.)

Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị cần phải giải quyết nhanh, hãy yêu cầu chúng tôi đưa ra một "quyết định bao trả nhanh"

- **Một quyết định bao trả nhanh có nghĩa là chúng tôi sẽ phản hồi quý vị trong vòng 72 giờ nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế. Nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc kê toa của Medicare Part B, chúng tôi sẽ phản hồi trong vòng 24 giờ.**
    - **Tuy nhiên,** đối với yêu cầu **vật phẩm hoặc dịch vụ y tế chúng tôi có thể cần thêm tối đa 14 ngày** nếu chúng tôi nhận thấy rằng một số thông tin có thể có lợi cho quý vị bị thiếu (chẳng hạn như hồ sơ y tế từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới), hoặc nếu quý vị cần thời gian để nhận thông tin và gửi cho chúng tôi xem xét. Nếu chúng tôi quyết định kéo dài thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể kéo dài thêm thời gian ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc kê toa của Medicare Part B.
    - Nếu quý vị tin rằng chúng tôi *không cần* kéo dài thêm ngày, thì quý vị có thể gửi "khiếu nại nhanh" về quyết định kéo dài thêm ngày của chúng tôi. (Để biết thêm thông tin về quy trình khiếu nại, kể cả khiếu nại nhanh, hãy xem

Phần 10 của chương này.) Chúng tôi sẽ gọi cho quý vị ngay sau khi chúng tôi đưa ra quyết định.

- **Để nhận quyết định bao trả nhanh, quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu:**
  - Quý vị có thể nhận được quyết định bao trả nhanh *chỉ* khi quý vị yêu cầu bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe *mà quý vị chưa nhận được*. (Quý vị không thể yêu cầu quyết định bao trả nhanh nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến việc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận được.)
  - Quý vị có thể nhận được quyết định bao trả nhanh *chỉ* khi việc sử dụng các thời hạn tiêu chuẩn có thể *gây tổn hai nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị hoặc làm tổn hại khả năng hoạt động của quý vị.*
- **Nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết rằng tình hình sức khỏe của quý vị cần phải có một "quyết định bao trả nhanh," chúng tôi sẽ tự động đồng ý đưa ra một quyết định bao trả nhanh.**
- Nếu quý vị tự mình yêu cầu một quyết định bao trả nhanh, mà không cần sự hỗ trợ từ bác sĩ của quý vị, chúng tôi sẽ quyết định xem tình hình sức khỏe của quý vị có cần chúng tôi phải đưa ra một quyết định bao trả nhanh hay không.
  - Nếu chúng tôi quyết định rằng tình trạng y tế của quý vị không đáp ứng các yêu cầu để nhận được quyết định bao trả nhanh, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thư thông báo (và thay vào đó, chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn).
  - Thư này sẽ cho quý vị biết rằng nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu quyết định bao trả nhanh, thì chúng tôi sẽ tự động đưa ra một quyết định bao trả nhanh.
  - Thư cũng sẽ hướng dẫn quý vị cách nộp đơn "khiếu nại nhanh" về quyết định của chúng tôi khi đưa ra quyết định bao trả tiêu chuẩn thay vì quyết định bao trả nhanh theo yêu cầu của quý vị. (Để biết thêm thông tin về quy trình khiếu nại, kể cả khiếu nại nhanh, hãy xem Phần 10 của chương này.)

Bước 2: Chúng tôi xem xét yêu cầu của quý vị về bảo hiểm chăm sóc y tế và phản hồi quý vị.

Thời hạn cho một "quyết định bao trả nhanh"

- Nói chung, đối với trường hợp quyết định bao trả nhanh đối với yêu cầu vật phẩm hoặc dịch vụ y tế, chúng tôi sẽ phản hồi quý vị **trong vòng 72 giờ**. Nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc kê toa của Medicare Part B, chúng tôi sẽ phản hồi **trong vòng 24 giờ.**
  - Như đã giải thích ở trên, chúng tôi có thể cần thêm tối đa 14 ngày trong một số trường hợp nhất định. Nếu chúng tôi quyết định cần thêm ngày để đưa ra quyết định bao trả, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể kéo dài thêm thời gian ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc kê toa của Medicare Part B.

- Nếu quý vị tin rằng chúng tôi *không cần* kéo dài thêm ngày, thì quý vị có thể gửi "khiếu nại nhanh" về quyết định kéo dài thêm ngày của chúng tôi. Khi quý vị gửi đơn khiếu nại nhanh, chúng tôi sẽ phản hồi quý vị trong vòng 24 giờ. (Để biết thêm thông tin về quy trình khiếu nại, kể cả khiếu nại nhanh, hãy xem Phần 10 của chương này.)
- Nếu chúng tôi không phản hồi quý vị trong vòng 72 giờ (hoặc nếu có một khoảng thời gian kéo dài thêm, vào cuối khoảng thời gian đó), hoặc 24 giờ nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc kê toa Part B, quý vị có quyền kháng cáo. Phần 5.3 dưới đây hướng dẫn cách kháng cáo.

- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu,** chúng tôi sẽ gửi cho quý vị văn bản giải thích chi tiết lý do tại sao chúng tôi từ chối.

Thời hạn cho một "quyết định bao trả tiêu chuẩn"

- Nói chung, đối với một quyết định bao trả tiêu chuẩn cho một yêu cầu vật phẩm hoặc dịch vụ y tế, chúng tôi sẽ phản hồi quý vị **trong vòng 14 ngày kể từ khi nhận được yêu cầu.** Nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc kê toa của Medicare Part B, chúng tôi sẽ phản hồi quý vị trong vòng 72 giờ kể từ khi nhận được yêu cầu của quý vị.
  - Đối với yêu cầu vật phẩm hoặc dịch vụ y tế, chúng tôi có thể cần thêm tối đa 14 ngày ("một khoảng thời gian kéo dài thêm") trong một số trường hợp nhất định. Nếu chúng tôi quyết định cần thêm ngày để đưa ra quyết định bao trả, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể kéo dài thêm thời gian ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc kê toa của Medicare Part B.
  - Nếu quý vị tin rằng chúng tôi *không cần* kéo dài thêm ngày, thì quý vị có thể gửi "khiếu nại nhanh" về quyết định kéo dài thêm ngày của chúng tôi. Khi quý vị gửi đơn khiếu nại nhanh, chúng tôi sẽ phản hồi quý vị trong vòng 24 giờ. (Để biết thêm thông tin về quy trình khiếu nại, kể cả khiếu nại nhanh, hãy xem Phần 10 của chương này.)
  - Nếu chúng tôi không phản hồi quý vị trong vòng 14 ngày (hoặc nếu có một khoảng thời gian kéo dài thêm, vào cuối khoảng thời gian đó), hoặc 72 giờ nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc kê toa Part B, quý vị có quyền kháng cáo. Phần 5.3 dưới đây hướng dẫn cách kháng cáo.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi từ chối.

<u>Bước 3:</u> Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu bảo hiểm chăm sóc y tế của quý vị, quý vị có thể quyết định xem có muốn kháng cáo hay không.

- Nếu chúng tôi từ chối, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi xem xét lại - và có thể thay đổi - quyết định này bằng cách kháng cáo. Kháng cáo có nghĩa là cố gắng một lần nữa để nhận được bảo hiểm chăm sóc y tế mà quý vị mong muốn.
- Nếu quý vị quyết định kháng cáo, điều đó có nghĩa là quý vị sẽ được chuyển đến Cấp 1 của quy trình kháng cáo (xem Phần 5.3 bên dưới).

Phần 5.3 Từng bước: Cách thực hiện Kháng Cáo Cấp 1 (cách yêu cầu xem xét quyết định bao trả chăm sóc y tế do chương trình của chúng tôi đưa ra)

Điều khoản pháp lý
Kháng cáo lên chương trình về quyết định bao trả chăm sóc y tế được gọi là **"xem xét lại"** chương trình.

<u>Bước 1:</u> Quý vị liên hệ với chúng tôi và thực hiện kháng cáo của quý vị. Nếu sức khỏe của quý vị cần phải có phản hồi nhanh, quý vị phải yêu cầu **"kháng cáo nhanh."**

Cần làm gì

- **Để bắt đầu kháng cáo, quý vị, bác sĩ hoặc người đại diện của quý vị, phải liên hệ với chúng tôi.** Để biết chi tiết về cách liên hệ với chúng tôi vì bất kỳ mục đích nào liên quan đến kháng cáo của quý vị, hãy chuyển đến Chương 2, Phần 1 và tìm phần có tên là, *Cách liên hệ với chúng tôi khi quý vị kháng cáo về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị.*
- **Nếu quý vị yêu cầu một kháng cáo tiêu chuẩn, hãy đưa ra kháng cáo tiêu chuẩn của quý vị bằng văn bản bằng cách gửi yêu cầu.** Quý vị cũng có thể yêu cầu kháng cáo bằng cách gọi cho chúng tôi theo số điện thoại được nêu trong Chương 2, Phần 1 (*Cách liên hệ với chúng tôi khi quý vị kháng cáo về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị*).
    - Nếu quý vị kháng cáo quyết định của chúng tôi đối với quý vị thông qua một người khác không phải là bác sĩ của quý vị, thì đơn kháng cáo của quý vị phải bao gồm một biểu mẫu Chỉ định Người đại diện cho phép người này đại diện cho quý vị. Để nhận biểu mẫu này, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này) và yêu cầu mẫu "Chỉ định Người đại diện". Mẫu cũng có sẵn trên trang web của Medicare tại <u>www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf</u> hoặc trên trang web của chúng tôi tại (www.kelseycareadvantage.com). Mặc

dù chúng tôi có thể nhận yêu cầu kháng cáo không cần theo mẫu, nhưng chúng tôi không thể bắt đầu hoặc hoàn tất quy trình xem xét cho đến khi chúng tôi nhận được bản kháng cáo theo đúng mẫu quy định. Nếu chúng tôi không nhận được kháng cáo theo đúng mẫu trong vòng 44 ngày kể từ khi nhận được yêu cầu kháng cáo của quý vị (thời hạn để chúng tôi đưa ra quyết định về kháng cáo của quý vị), yêu cầu kháng cáo của quý vị sẽ bị bác. Trong trường hợp này, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản thông báo giải thích rõ quyền của quý vị được yêu cầu Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập xem xét lại quyết định của chúng tôi về việc bác đơn kháng cáo của quý vị.

- **Nếu quý vị yêu cầu kháng cáo nhanh, hãy kháng cáo bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi** theo số điện thoại được nêu ở Chương 2, Phần 1 (*Cách liên hệ với chúng tôi khi quý vị kháng cáo về dịch vụ chăm sóc y tế của mình*).
- **Quý vị phải đưa ra yêu cầu kháng cáo trong vòng 60 ngày** kể từ ngày trên văn bản thông báo mà chúng tôi đã gửi để phản hồi quý vị về yêu cầu quyết định bao trả của quý vị. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này và có lý do chính đáng, hãy giải thích lý do tại sao quý vị gửi kháng cáo muộn hơn thời hạn quy định. Chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để kháng cáo. Ví dụ về lý do chính đáng cho việc bỏ lỡ thời hạn có thể bao gồm trường hợp quý vị bị bệnh nghiêm trọng khiến quý vị không thể liên hệ với chúng tôi hoặc trường hợp chúng tôi cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ về thời hạn yêu cầu kháng cáo.
- **Quý vị có thể yêu cầu một bản sao thông tin liên quan đến quyết định y tế của quý vị và bổ sung thêm thông tin khác để lý giải cho kháng cáo của quý vị.**
  - Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp bản sao thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị. Chúng tôi được phép tính phí sao chép và gửi thông tin này cho quý vị.
  - Nếu quý vị muốn, quý vị và bác sĩ của quý vị có thể cung cấp cho chúng tôi thông tin bổ sung để lý giải cho kháng cáo của quý vị.

Nếu sức khỏe của quý vị cấp bách, hãy yêu cầu "kháng cáo nhanh" (quý vị có thể yêu cầu bằng cách gọi điện cho chúng tôi)

Điều khoản pháp lý
"Kháng cáo nhanh" còn được gọi là **"xem xét lại cấp tốc."**

- Nếu quý vị kháng cáo một quyết định mà chúng tôi đưa ra về bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị chưa nhận được, quý vị và/hoặc bác sĩ của quý vị cần quyết định xem quý vị có cần "kháng cáo nhanh" hay không.
- Các yêu cầu và thủ tục xin "kháng cáo nhanh" cũng giống như các yêu cầu xin "quyết định bao trả nhanh". Để yêu cầu kháng cáo nhanh, hãy làm theo hướng dẫn để yêu cầu quyết định bao trả nhanh. (Những hướng dẫn này được đưa ra trước đó trong phần này.)

- Nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết rằng sức khỏe của quý vị cần "kháng cáo nhanh", chúng tôi sẽ giải quyết kháng cáo nhanh cho quý vị.

Bước 2: Chúng tôi xem xét kháng cáo của quý vị và phản hồi quý vị.

- Khi chương trình của chúng tôi xem xét kháng cáo của quý vị, chúng tôi sẽ xem xét cẩn thận tất cả thông tin về yêu cầu bảo hiểm chăm sóc y tế của quý vị. Chúng tôi sẽ kiểm tra xem chúng tôi có tuân thủ tất cả các quy tắc khi chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị hay không.
- Chúng tôi sẽ thu thập thêm thông tin nếu chúng tôi cần. Chúng tôi có thể liên hệ với quý vị hoặc bác sĩ của quý vị để biết thêm thông tin.

Thời hạn cho một "kháng cáo nhanh"

- Khi chúng tôi sử dụng thời hạn nhanh, chúng tôi phải phản hồi quý vị **trong vòng 72 giờ kể từ khi chúng tôi nhận được kháng cáo**. Chúng tôi sẽ phản hồi quý vị sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị cần chúng tôi làm vậy.
  - Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, chúng tôi **có thể cần thêm tối đa 14 ngày** nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế. Nếu chúng tôi quyết định cần thêm ngày để đưa ra quyết định, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể kéo dài thêm thời gian ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc kê toa của Medicare Part B.
  - Nếu chúng tôi không phản hồi quý vị trong vòng 72 giờ (hoặc vào cuối khoảng thời gian kéo dài thêm, nếu chúng tôi cần thêm ngày), chúng tôi sẽ tự động gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo, ở cấp này, kháng cáo sẽ được một Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập xem xét. Ở phần sau của phần này, chúng tôi sẽ cho quý vị biết về tổ chức này và giải thích những gì xảy ra ở Cấp 2 của quy trình kháng cáo.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu,** chúng tôi sẽ cho phép hoặc cung cấp phạm vi bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ kể từ khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu,** chúng tôi sẽ tự động gửi kháng cáo của quý vị đến Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập để thực hiện Kháng Cáo Cấp 2.

Thời hạn cho một "kháng cáo tiêu chuẩn"

- Nếu chúng tôi sử dụng thời hạn tiêu chuẩn, chúng tôi sẽ phản hồi quý vị về yêu cầu vật phẩm hoặc dịch vụ y tế **trong vòng 30 ngày** kể từ khi nhận được kháng cáo của quý vị, nếu kháng cáo của quý vị liên quan đến bảo hiểm cho các dịch vụ mà quý vị chưa nhận được. Nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc kê toa của Medicare Part B mà quý vị chưa nhận được, chúng tôi sẽ phản hồi quý vị trong vòng 7 ngày kể

từ khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị. Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị cần chúng tôi làm vậy.

- Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, chúng tôi **có thể cần thêm tối đa 14 ngày** nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế. Nếu chúng tôi quyết định cần thêm ngày để đưa ra quyết định, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể kéo dài thêm thời gian ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc kê toa của Medicare Part B.
- Nếu quý vị tin rằng chúng tôi *không cần* kéo dài thêm ngày, thì quý vị có thể gửi "khiếu nại nhanh" về quyết định kéo dài thêm ngày của chúng tôi. Khi quý vị gửi đơn khiếu nại nhanh, chúng tôi sẽ phản hồi quý vị trong vòng 24 giờ. (Để biết thêm thông tin về quy trình khiếu nại, kể cả khiếu nại nhanh, hãy xem Phần 10 của chương này.)
- Nếu chúng tôi không phản hồi quý vị trước thời hạn áp dụng ở trên (hoặc vào cuối khoảng thời gian kéo dài thêm nếu chúng tôi cần thêm ngày đối với yêu cầu vật phẩm hoặc dịch vụ y tế của quý vị), chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo, ở cấp này, kháng cáo sẽ được một Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập xem xét. Ở phần sau của phần này, chúng tôi sẽ nói về tổ chức đánh giá này và giải thích những gì xảy ra ở Cấp 2 của quy trình kháng cáo.

- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu,** chúng tôi sẽ cho phép hoặc cung cấp phạm vi bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 30 ngày nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế, hoặc **trong vòng 7 ngày** nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc kê toa của Medicare Part B.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu,** chúng tôi sẽ tự động gửi kháng cáo của quý vị đến Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập để thực hiện Kháng Cáo Cấp 2.

<u>Bước 3:</u> Nếu chương trình của chúng tôi từ chối một phần hoặc toàn bộ kháng cáo của quý vị, trường hợp của quý vị sẽ *tự động* được chuyển đến cấp tiếp theo của quy trình kháng cáo.

- Để đảm bảo rằng chúng tôi đã tuân thủ tất cả các quy tắc khi chúng tôi từ chối kháng cáo của quý vị, **chúng tôi sẽ gửi kháng cáo của quý vị đến "Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập".** Khi chúng tôi thực hiện điều này, điều đó có nghĩa là kháng cáo của quý vị sẽ chuyển sang cấp tiếp theo của quy trình kháng cáo, đó là Cấp 2.

Phần 5.4 Từng bước: Cách thực hiện Kháng Cáo Cấp 2

Nếu chúng tôi từ chối Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị, trường hợp của quý vị sẽ *tự động* được chuyển sang cấp tiếp theo của quy trình kháng cáo. Trong thời gian Kháng Cáo Cấp 2, **Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập** sẽ xem xét quyết định của chúng tôi đối với kháng cáo đầu tiên của quý vị. Tổ chức này sẽ quyết định xem quyết định mà chúng tôi đã đưa ra có cần phải thay đổi hay không.

Điều khoản pháp lý
Tên trước đây của "Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập" là **"Pháp Nhân Xét Duyệt Độc Lập."** Nó đôi khi được gọi là **"IRE."**

Bước 1: Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập xem xét đơn kháng cáo của quý vị.

- **Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập là một tổ chức độc lập do Medicare thuê**. Tổ chức này không liên kết với chúng tôi và không phải là một cơ quan chính phủ. Tổ chức này là một công ty được Medicare chọn để đảm nhận công việc là Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập. Medicare sẽ giám sát công việc của tổ chức này.
- Chúng tôi sẽ gửi thông tin về kháng cáo của quý vị cho tổ chức này. Thông tin này được gọi là "hồ sơ vụ việc" của quý vị. **Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp một bản sao hồ sơ vụ việc của quý vị**. Chúng tôi được phép tính phí sao chép và gửi thông tin này cho quý vị.
- Quý vị có quyền cung cấp thông tin bổ sung cho Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập để lý giải cho kháng cáo của quý vị.
- Những người xét duyệt tại Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến đơn kháng cáo của quý vị.

Nếu quý vị đã "kháng cáo nhanh" ở Cấp 1, thì quý vị cũng sẽ "kháng cáo nhanh" ở Cấp 2

- Nếu quý vị đã gửi kháng cáo nhanh đến chương trình của chúng tôi ở Cấp 1, quý vị sẽ tự động được kháng cáo nhanh ở Cấp 2. Tổ chức đánh giá phải phản hồi Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** kể từ khi nhận được kháng cáo của quý vị.
- Tuy nhiên, nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế và Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **thì có thể mất thêm tối đa 14 ngày**. Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập không thể kéo dài thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc kê toa của Medicare Part B.

Nếu quý vị đã "kháng cáo tiêu chuẩn" ở Cấp 1, thì quý vị cũng sẽ "kháng cáo tiêu chuẩn" ở Cấp 2

- Nếu quý vị đã gửi kháng cáo tiêu chuẩn lên chương trình của chúng tôi ở Cấp 1, quý vị sẽ tự động được kháng cáo tiêu chuẩn ở Cấp 2. Nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế, tổ chức đánh giá sẽ phản hồi Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 30 ngày** kể từ khi nhận được kháng cáo của quý vị. Nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc kê toa của Medicare Part B, tổ chức đánh giá phải phản hồi Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị trong vòng 7 ngày kể từ khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.
- Tuy nhiên, nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế và Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **thì có thể mất thêm tối đa 14 ngày**. Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập không thể kéo dài thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc kê toa của Medicare Part B.

Bước 2: Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập sẽ phản hồi quý vị.

Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập sẽ thông báo quyết định bằng văn bản cho quý vị và giải thích lý do.

- **Nếu tổ chức đánh giá đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu vật phẩm hoặc dịch vụ y tế,** chúng tôi sẽ cho phép bảo hiểm chăm sóc y tế trong vòng 72 giờ hoặc cung cấp dịch vụ trong vòng 14 ngày kể từ khi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá đối với các yêu cầu tiêu chuẩn hoặc trong vòng 72 giờ kể từ khi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá đối với các yêu cầu cấp tốc.
- **Nếu tổ chức đánh giá đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu thuốc kê toa của Medicare Part B**, chúng tôi sẽ cho phép hoặc cung cấp thuốc kê toa Part B trong vòng **72 giờ** kể từ khi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá đối với **các yêu cầu tiêu chuẩn** hoặc trong vòng **24 giờ** kể từ khi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá đối với **các yêu cầu cấp tốc**.
- **Nếu tổ chức này từ chối một phần hoặc toàn bộ kháng cáo của quý vị**, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với chúng tôi rằng yêu cầu của quý vị (hoặc một phần yêu cầu của quý vị) về bảo hiểm chăm sóc y tế không được chấp thuận. (Điều này được gọi là "giữ nguyên quyết định". Nó còn được gọi là "từ chối kháng cáo của quý vị.")
  - Nếu Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập "giữ nguyên quyết định", quý vị có quyền Kháng Cáo Cấp 3. Tuy nhiên, để thực hiện một kháng cáo khác ở Cấp 3, giá trị đô la của bảo hiểm chăm sóc y tế mà quý vị yêu cầu phải đáp ứng số tiền tối thiểu. Nếu giá trị đô la của bảo hiểm mà quý vị yêu cầu quá thấp, quý vị không thể thực hiện một kháng cáo khác, điều đó có nghĩa là quyết định ở Cấp 2 là quyết định cuối cùng. Văn bản thông báo mà quý vị nhận được từ Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập sẽ thể hiện giá trị đô la xem có thể tiếp tục quy trình kháng cáo hay không.

<u>Bước 3:</u> Nếu trường hợp của quý vị đáp ứng các yêu cầu, quý vị có thể quyết định xem có muốn tiếp tục kháng cáo hay không.

- Có ba cấp bổ sung trong quy trình kháng cáo sau Cấp 2 (tổng cộng có năm cấp kháng cáo).
- Nếu Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị bị từ chối và quý vị đáp ứng các yêu cầu để tiếp tục quy trình kháng cáo, quý vị phải quyết định xem có muốn tiếp tục Cấp 3 và thực hiện kháng cáo thứ ba hay không. Chi tiết về cách thức thực hiện có trong văn bản thông báo mà quý vị nhận được sau Kháng Cáo Cấp 2.
- Kháng Cáo Cấp 3 sẽ do một Thẩm phán Luật Hành chính hoặc trọng tài giải quyết. Phần 9 trong chương này cho biết thêm về các Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng cáo.

Phần 5.5 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán cho quý vị phần nghĩa vụ của chúng tôi đối với một hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho dịch vụ chăm sóc y tế?

Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế, hãy bắt đầu bằng cách đọc Chương 7 của tập sách này: *Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần nghĩa vụ của chúng tôi đối với một hóa đơn mà quý vị nhận được cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả*. Chương 7 mô tả các tình huống mà quý vị có thể cần yêu cầu bồi hoàn hoặc thanh toán hóa đơn mà quý vị đã nhận được từ nhà cung cấp. Chương này cũng cho biết cách gửi cho chúng tôi các giấy tờ yêu cầu chúng tôi thanh toán.

Yêu cầu bồi hoàn là yêu cầu quyết định bao trả từ chúng tôi

Nếu quý vị gửi cho chúng tôi giấy tờ yêu cầu bồi hoàn, quý vị đang yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bao trả (để biết thêm thông tin về quyết định bao trả, hãy xem Phần 4.1 của chương này). Để đưa ra quyết định bao trả này, chúng tôi sẽ kiểm tra xem liệu dịch vụ chăm sóc y tế quý vị đã trả có phải là dịch vụ được bao trả hay không (xem Chương 4: *Sơ Đồ Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải trả)*). Chúng tôi cũng sẽ kiểm tra xem quý vị có tuân thủ tất cả các quy tắc sử dụng bảo hiểm chăm sóc y tế hay không (các quy tắc này được đưa ra trong Chương 3 của tập sách này: *Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các dịch vụ y tế của quý vị*).

Chúng tôi sẽ đồng ý hoặc từ chối yêu cầu của quý vị

- Nếu dịch vụ chăm sóc y tế quý vị đã trả được bao trả và quý vị tuân thủ tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị khoản thanh toán cho phần nghĩa vụ của chúng tôi đối với chi phí chăm sóc y tế của quý vị trong vòng 60 ngày kể từ khi nhận được yêu cầu của quý vị. Hoặc, nếu quý vị chưa thanh toán cho các dịch vụ, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp. (Khi chúng tôi thanh toán, quy trình cũng giống như khi *đồng ý* với yêu cầu quyết định bao trả của quý vị.)
- Nếu dịch vụ chăm sóc y tế *không* được bao trả, hoặc quý vị *không* tuân theo tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ không thanh toán. Thay vào đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thư

thông báo rằng chúng tôi không trả tiền cho các dịch vụ và lý do cụ thể tại sao. (Khi chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị, quy trình cũng giống như khi *từ chối* yêu cầu quyết định bao trả của quý vị.)

Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị yêu cầu thanh toán và chúng tôi nói rằng chúng tôi sẽ không thanh toán?

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định từ chối của chúng tôi, **quý vị có thể kháng cáo**. Nếu quý vị kháng cáo, điều đó có nghĩa là quý vị đang yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định bao trả mà chúng tôi đã đưa ra khi chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị.

Để thực hiện kháng cáo này, hãy làm theo quy trình kháng cáo mà chúng tôi mô tả ở Phần 5.3. Đi tới phần này để xem hướng dẫn từng bước. Khi quý vị làm theo các hướng dẫn này, vui lòng lưu ý:

- Nếu quý vị kháng cáo để được bồi hoàn, chúng tôi phải phản hồi quý vị trong vòng 60 ngày kể từ khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị. (Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả chi phí dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận và tự thanh toán, quý vị không được phép yêu cầu kháng cáo nhanh.)
- Nếu Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập hủy bỏ quyết định từ chối thanh toán của chúng tôi, chúng tôi phải gửi khoản thanh toán mà quý vị đã yêu cầu cho quý vị hoặc cho nhà cung cấp trong vòng 30 ngày. Nếu câu trả lời cho kháng cáo của quý vị là đồng ý ở bất kỳ giai đoạn nào của quy trình kháng cáo sau Cấp 2, chúng tôi phải gửi khoản thanh toán mà quý vị đã yêu cầu cho quý vị hoặc cho nhà cung cấp trong vòng 60 ngày.

PHẦN 6 Thuốc theo toa Part D của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng cáo

Quý vị đã đọc Phần 4 của chương này (*Hướng dẫn về "những nội dung cơ bản" của quyết định bao trả và kháng cáo*) chưa? Nếu chưa, quý vị nên đọc trước khi bắt đầu phần này.

Phần 6.1 Phần này cho quý vị biết phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề với việc mua thuốc Part D hoặc quý vị muốn chúng tôi hoàn trả tiền thuốc Part D cho quý vị

Phúc Lợi của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình của chúng tôi bao gồm bảo hiểm cho nhiều loại thuốc kê toa. Vui lòng tham khảo *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh mục)* của chương trình của chúng tôi. Để được bao trả, thuốc phải được sử dụng theo chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. ("Chỉ định được chấp nhận về mặt y tế" là việc sử dụng thuốc đã được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm phê duyệt hoặc được dẫn giải trong một số sách tham

khảo nhất định. Xem Chương 5, Phần 3 để biết thêm thông tin về một chỉ định được chấp nhận về mặt y tế.)

- **Phần này chỉ nói về các loại thuốc Part D của quý vị.** Để đơn giản hóa mọi thứ, chúng tôi thường nói "thuốc" trong phần còn lại của phần này, thay vì lặp lại "thuốc kê toa cho bệnh nhân ngoại trú được bao trả" hoặc "thuốc Part D" mỗi lần.
- Để biết thông tin chi tiết về những gì thuộc thuốc Part D, *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh mục)*, các quy tắc và giới hạn bảo hiểm, và thông tin chi phí, hãy xem Chương 5 (*Sử dụng bảo hiểm của chương trình của chúng tôi cho thuốc kê toa Part D của quý vị*) và Chương 6 (*Những gì quý vị phải trả cho thuốc kê toa Part D*).

Quyết định bảo hiểm Part D và kháng cáo

Như đã thảo luận trong Phần 4 của chương này, quyết định bao trả là quyết định mà chúng tôi đưa ra liên quan đến phúc lợi và bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền chúng tôi sẽ chi trả cho thuốc của quý vị.

Điều khoản pháp lý
Quyết định bao trả ban đầu về các loại thuốc Part D của quý vị được gọi là **"quyết định bao trả."**

Dưới đây là các ví dụ về các quyết định bao trả mà quý vị yêu cầu chúng tôi đưa ra đối với các loại thuốc Part D của quý vị:

- Quý vị yêu cầu chúng tôi thực hiện một ngoại lệ, bao gồm:
  - Yêu cầu chúng tôi bao trả một loại thuốc Part D không có trong *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh mục)*
  - Yêu cầu chúng tôi bỏ giới hạn đối với bảo hiểm của chương trình cho một loại thuốc (chẳng hạn như giới hạn về số lượng thuốc mà quý vị có thể nhận được)
  - Yêu cầu trả số tiền chia sẻ chi phí thấp hơn cho loại thuốc được bao trả ở bậc chia sẻ chi phí cao hơn
- Quý vị hỏi chúng tôi xem một loại thuốc có được bao trả cho quý vị hay không và quý vị có đáp ứng bất kỳ quy tắc bao trả hiện hành nào hay không. (Ví dụ: khi thuốc của quý vị nằm trong *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh mục)* nhưng chúng tôi yêu cầu quý vị phải được chúng tôi chấp thuận trước khi chúng tôi bao trả cho quý vị.)
  - *Xin lưu ý:* Nếu hiệu thuốc của quý vị cho quý vị biết rằng đơn thuốc của quý vị không được điền như quy định, nhà thuốc sẽ cung cấp cho quý vị một văn bản thông báo giải thích cách liên hệ với chúng tôi để yêu cầu quyết định bao trả.

- Quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán cho một loại thuốc kê toa quý vị đã mua. Đây là một yêu cầu quyết định bao trả liên quan đến thanh toán.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bao trả mà chúng tôi đưa ra, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Phần này hướng dẫn quý vị cách yêu cầu quyết định bao trả và cách yêu cầu kháng cáo. Sử dụng biểu đồ dưới đây để giúp quý vị xác định phần nào có thông tin cho tình huống của quý vị:

Quý vị đang ở trong tình huống nào trong số những tình huống này?

Nếu quý vị đang ở trong tình huống này:	Đây là những gì quý vị có thể làm:
Nếu quý vị cần một loại thuốc không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi hoặc cần chúng tôi bỏ quy định hoặc hạn chế đối với một loại thuốc mà chúng tôi bao trả.	Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện một ngoại lệ. (Đây là một loại quyết định bao trả.) Bắt đầu với **Phần 6.2** của chương này.
Nếu quý vị muốn chúng tôi bao trả cho một loại thuốc trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi và quý vị tin rằng quý vị đáp ứng bất kỳ quy tắc hoặc hạn chế nào của chương trình (chẳng hạn như nhận được sự chấp thuận trước) cho loại thuốc quý vị cần.	Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi quyết định bao trả. Chuyển tới **Phần 6.4** của chương này.
Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho một loại thuốc quý vị đã nhận và thanh toán.	Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị. (Đây là một loại quyết định bao trả.) Chuyển tới **Phần 6.4** của chương này.
Nếu 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 được bao trả hoặc thanh toán.	Quý vị có thể kháng cáo. (Điều này có nghĩa là quý vị đang yêu cầu chúng tôi xem xét lại.) Chuyển tới **Phần 6.5** của chương này.

Phần 6.2 Ngoại lệ là gì?

Nếu một loại thuốc không được bao trả theo cách quý vị muốn được bao trả, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra một "ngoại lệ". Một ngoại lệ là một loại quyết định bao trả. Tương tự như các loại quyết định bao trả khác, nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị về một trường hợp ngoại lệ, 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 người kê toa khác sẽ giải thích lý do y tế tại sao quý vị cần ngoại lệ được chấp thuận. Sau đó chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu của quý vị.

Dưới đây là ba ví dụ về các trường hợp ngoại lệ mà quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê đơn khác có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện:

1. **Bao trả cho một loại thuốc Part D cho quý vị mà không thuộc *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh mục) của chúng tôi.*** (Chúng tôi gọi tắt là "Danh Sách Thuốc".)

Điều khoản pháp lý
Yêu cầu bao trả cho một loại thuốc không thuộc Danh Sách Thuốc đôi khi được gọi là yêu cầu một **"ngoại lệ danh mục."**

   - Nếu chúng tôi đồng ý đưa ra một ngoại lệ và bao trả một loại thuốc không thuộc Danh Sách Thuốc, quý vị cần phải trả số tiền chia sẻ chi phí áp dụng cho các loại thuốc ở Bậc 5 (Bậc Chuyên khoa). Quý vị không thể yêu cầu một ngoại lệ đối với số tiền đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm mà chúng tôi yêu cầu quý vị thanh toán cho thuốc.

2. **Bỏ một giới hạn đối với bảo hiểm của chúng tôi cho một loại thuốc được bao trả**. Có những quy định hoặc hạn chế bổ sung áp dụng cho một số loại thuốc trong *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh mục)* của chúng tôi (để biết thêm thông tin, hãy chuyển đến Chương 5 và tìm Phần 4).

Điều khoản pháp lý
Yêu cầu bỏ một giới hạn đối với bảo hiểm cho một loại thuốc đôi khi được gọi là yêu cầu một **"ngoại lệ danh mục."**

   - Các quy tắc và giới hạn bổ sung về bảo hiểm đối với một số loại thuốc bao gồm:
     - *Được yêu cầu sử dụng phiên bản thuốc thế phẩm (generic)* của thuốc thay vì thuốc biệt dược.
     - *Nhận được sự chấp thuận của chương trình trước* khi chúng tôi đồng ý bao trả thuốc cho quý vị. (Điều này đôi khi được gọi là "cho phép trước".)
     - *Được yêu cầu thử một loại thuốc khác* trước khi chúng tôi đồng ý bao trả cho loại thuốc quý vị yêu cầu. (Đây đôi khi được gọi là "liệu pháp từng bước".)
     - *Giới hạn số lượng*. Đối với một số loại thuốc, có những hạn chế về số lượng thuốc quý vị có thể có.
   - Nếu chúng tôi đồng ý đưa ra một ngoại lệ và bỏ một hạn chế cho quý vị, quý vị có thể yêu cầu một ngoại lệ đối với số tiền đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm mà chúng tôi yêu cầu quý vị thanh toán cho thuốc.

3. **Thay đổi phạm vi bảo hiểm của một loại thuốc sang bậc chia sẻ chi phí thấp hơn.** Mỗi loại thuốc trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi đều thuộc một trong 5 bậc chia sẻ chi phí. Nói chung, số bậc chia sẻ chi phí càng thấp, thì phần chia sẻ chi phí của quý vị cho thuốc đó sẽ càng ít hơn.

Điều khoản pháp lý
Yêu cầu trả một mức giá thấp hơn cho một loại thuốc không được ưu tiên được bao trả đôi khi được gọi là yêu cầu **"ngoại lệ theo bậc."**

- Nếu danh sách thuốc của chúng tôi chứa (các) loại thuốc thay thế để điều trị tình trạng bệnh của quý vị nằm trong bậc chia sẻ chi phí thấp hơn thuốc của quý vị, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bao trả thuốc của quý vị theo mức chia sẻ chi phí áp dụng cho (các) loại thuốc thay thế. Điều này sẽ làm giảm phần nghĩa vụ của quý vị đối với chi phí thuốc.
    - Nếu loại thuốc quý vị đang dùng là thuốc biệt dược, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bao trả thuốc của quý vị với số tiền chia sẻ chi phí áp dụng cho bậc thấp nhất gồm các thuốc thay thế biệt dược để điều trị tình trạng của quý vị.
    - Nếu loại thuốc quý vị đang dùng là thuốc thế phẩm (generic), quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bao trả thuốc của quý vị với số tiền chia sẻ chi phí áp dụng cho bậc thấp nhất gồm các loại thuốc thay thế biệt dược hoặc thuốc thế phẩm để điều trị tình trạng của quý vị.
- Quý vị không thể yêu cầu chúng tôi thay đổi bậc chia sẻ chi phí cho bất kỳ loại thuốc nào trong Bậc 5 (Bậc Chuyên khoa).
- Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu của quý vị về một ngoại lệ theo bậc và có nhiều hơn một bậc chia sẻ chi phí thấp hơn với các loại thuốc thay thế mà quý vị không thể dùng, quý vị thường sẽ phải trả số tiền thấp nhất.

Phần 6.3 Những điều quan trọng cần biết về việc yêu cầu ngoại lệ

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

Bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác phải cung cấp cho chúng tôi một văn bản giải thích lý do y tế để yêu cầu một ngoại lệ. Để có quyết định nhanh hơn, hãy cung cấp thông tin y tế này từ bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác khi quý vị yêu cầu ngoại lệ.

Thông thường, Danh Sách Thuốc của chúng tôi bao gồm nhiều loại thuốc để điều trị một tình trạng cụ thể. Những khả năng khác nhau này được gọi là thuốc "thay thế". Nếu một loại thuốc thay thế có hiệu quả tương đương với loại thuốc quý vị đang yêu cầu và không gây thêm tác dụng phụ hoặc các vấn đề sức khỏe khác, chúng tôi thường sẽ *không* chấp thuận yêu cầu của quý

vị về một trường hợp ngoại lệ. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi cho một ngoại lệ theo bậc, chúng tôi thường sẽ *không* chấp thuận yêu cầu của quý vị cho một ngoại lệ trừ khi tất cả các loại thuốc thay thế trong (các) bậc chia sẻ chi phí thấp hơn không hiệu quả với quý vị hoặc có khả năng gây ra phản ứng bất lợi hoặc tác hại khác.

Chúng tôi có thể đồng ý hoặc từ chối yêu cầu của quý vị

- Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu của quý vị về một ngoại lệ, chấp thuận của chúng tôi thường có hiệu lực cho đến cuối năm chương trình. Điều này áp dụng miễn là bác sĩ của quý vị tiếp tục kê đơn thuốc cho quý vị và loại thuốc đó tiếp tục an toàn và hiệu quả để điều trị tình trạng của quý vị.
- Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị về một ngoại lệ, quý vị có thể yêu cầu xem xét lại quyết định của chúng tôi bằng cách kháng cáo. Phần 6.5 hướng dẫn cách kháng cáo khi chúng tôi từ chối.

Phần tiếp theo hướng dẫn quý vị cách yêu cầu quyết định bao trả, bao gồm cả một trường hợp ngoại lệ.

Phần 6.4 Từng bước: Cách yêu cầu quyết định bao trả, bao gồm cả một trường hợp ngoại lệ

<u>Bước 1:</u> Quý vị yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bao trả về (các) loại thuốc hoặc khoản thanh toán mà quý vị cần. Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị cần phải có phản hồi nhanh, quý vị phải yêu cầu chúng tôi đưa ra "quyết định bao trả nhanh." Quý vị không thể yêu cầu quyết định bao trả nhanh nếu quý vị yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho một loại thuốc quý vị đã mua.

Cần làm gì

- **Yêu cầu loại quyết định bao trả quý vị muốn.** Bắt đầu bằng cách gọi điện, viết thư hoặc gửi fax cho chúng tôi để thực hiện yêu cầu của quý vị. Quý vị, người đại diện của quý vị, hoặc bác sĩ của quý vị (hoặc người kê đơn khác) có thể làm điều này. Quý vị cũng có thể truy cập quy trình quyết định bao trả thông qua trang web của chúng tôi. Để biết chi tiết, hãy chuyển đến Chương 2, Phần 1 và tìm phần được gọi là, *Cách liên hệ với chúng tôi khi quý vị yêu cầu một quyết định bao trả về thuốc kê toa Part D của mình*. Hoặc nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả tiền thuốc, hãy chuyển đến phần được gọi là, *Nơi gửi yêu cầu chúng tôi thanh toán phần nghĩa vụ của mình đối với chi phí chăm sóc y tế hoặc một loại thuốc quý vị đã nhận được.*
- **Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc một người nào đó thay mặt quý vị** có thể yêu cầu quyết định bao trả. Phần 4 của chương này cho quý vị biết cách lập văn bản ủy quyền cho người khác làm người đại diện cho quý vị. Quý vị cũng có thể yêu cầu một luật sư đại diện cho quý vị.
- **Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho một loại thuốc,** hãy bắt đầu bằng cách đọc Chương 7 của tập sách này: *Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần nghĩa vụ của*

chúng tôi đối với một hóa đơn mà quý vị nhận được cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả. Chương 7 mô tả các tình huống mà quý vị có thể cần yêu cầu hoàn trả. Chương này cũng hướng dẫn quý vị cách gửi cho chúng tôi giấy tờ yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần nghĩa vụ của chúng tôi đối với chi phí thuốc mà quý vị đã thanh toán.

- **Nếu quý vị yêu cầu một ngoại lệ, hãy cung cấp "văn bản lý giải kèm theo".** Bác sĩ của quý vị hoặc người kê đơn khác phải cung cấp cho chúng tôi lý do y tế đối với trường hợp ngoại lệ thuốc mà quý vị đang yêu cầu. (Chúng tôi gọi đây là "văn bản lý giải kèm theo.") Bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thể fax hoặc gửi văn bản lý giải này qua đường bưu điện cho chúng tôi. Hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê đơn khác có thể cho chúng tôi biết qua điện thoại và theo dõi bằng cách gửi fax hoặc gửi văn bản qua thư nếu cần thiết. Xem Phần 6.2 và 6.3 để biết thêm thông tin về các yêu cầu ngoại lệ.
- **Chúng tôi phải chấp nhận mọi văn bản yêu cầu,** bao gồm cả yêu cầu được gửi trên Biểu mẫu Yêu cầu Xác định Mức độ Bảo hiểm Mẫu CMS hoặc trên biểu mẫu của chương trình của chúng tôi, có sẵn trên trang web của chúng tôi.
- **Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người nào đó thay mặt quý vị** có thể gửi yêu cầu xác định bảo hiểm điện tử bảo mật có sẵn trên trang web của chúng tôi.

Điều khoản pháp lý
"Quyết định bao trả nhanh" được gọi là một **"quyết định bao trả cấp tốc."**

Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị cần phải giải quyết nhanh, hãy yêu cầu chúng tôi đưa ra một "quyết định bao trả nhanh"

- Khi chúng tôi thông báo quyết định của chúng tôi cho quý vị, chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn "tiêu chuẩn" trừ khi chúng tôi đã đồng ý sử dụng thời hạn "nhanh". Quyết định bao trả tiêu chuẩn có nghĩa là chúng tôi sẽ phản hồi quý vị trong vòng 72 giờ kể từ khi nhận được văn bản từ bác sĩ của quý vị. Quyết định bao trả nhanh có nghĩa là chúng tôi sẽ phản hồi trong vòng 24 giờ kể từ khi nhận được văn bản từ bác sĩ của quý vị.
- **Để nhận quyết định bao trả nhanh, quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu:**
  - Quý vị có thể nhận một quyết định bao trả nhanh *chỉ* trong trường hợp quý vị yêu cầu *một loại thuốc quý vị chưa nhận được*. (Quý vị không thể yêu cầu quyết định bao trả nhanh nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho một loại thuốc quý vị đã mua.)
    - Quý vị có thể nhận được quyết định bao trả nhanh *chỉ* khi việc sử dụng các thời hạn tiêu chuẩn có thể *gây tổn hai nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị hoặc làm tổn hại khả năng hoạt động của quý vị.*

- **Nếu bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác cho chúng tôi biết rằng sức khỏe của quý vị cần "quyết định bao trả nhanh", chúng tôi sẽ tự động đồng ý đưa ra quyết định bao trả nhanh cho quý vị.**
- Nếu quý vị tự mình yêu cầu quyết định bao trả nhanh (không có sự hỗ trợ của bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác), chúng tôi sẽ quyết định xem sức khỏe của quý vị có cần chúng tôi phải đưa ra quyết định bao trả nhanh cho quý vị hay không.
  - Nếu chúng tôi quyết định rằng tình trạng y tế của quý vị không đáp ứng các yêu cầu để nhận được quyết định bao trả nhanh, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thư thông báo (và thay vào đó, chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn).
  - Thư này sẽ cho quý vị biết rằng nếu bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác yêu cầu quyết định bao trả nhanh, chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định bao trả nhanh.
  - Thư cũng sẽ hướng dẫn quý vị cách nộp đơn khiếu nại về quyết định của chúng tôi khi đưa ra quyết định bao trả tiêu chuẩn thay vì quyết định bao trả nhanh theo yêu cầu của quý vị. Thư hướng dẫn cách nộp đơn "khiếu nại nhanh", có nghĩa là quý vị sẽ nhận được phản hồi của chúng tôi cho khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ kể từ khi nhận được khiếu nại. (Quy trình khiếu nại khác với quy trình cho các quyết định bao trả và kháng cáo. Để biết thêm thông tin về quy trình khiếu nại, hãy xem Phần 10 của chương này.)

Bước 2: Chúng tôi xem xét yêu cầu của quý vị và phản hồi quý vị.

Thời hạn cho một "quyết định bao trả nhanh"

- Nếu chúng tôi sử dụng thời hạn nhanh, chúng tôi sẽ phản hồi quý vị **trong vòng 24 giờ**.
  - Nói chung, điều này có nghĩa là trong vòng 24 giờ kể từ khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu một ngoại lệ, chúng tôi sẽ phản hồi quý vị trong vòng 24 giờ kể từ khi nhận được văn bản từ bác sĩ lý giải cho yêu cầu của quý vị. Chúng tôi sẽ phản hồi quý vị sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị cần chúng tôi làm vậy.
  - Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo, ở cấp này, kháng cáo sẽ được Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập xem xét. Ở phần sau của phần này, chúng tôi sẽ nói về tổ chức đánh giá này và giải thích những gì xảy ra ở Kháng Cáo Cấp 2.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu,** chúng tôi sẽ cung cấp phạm vi bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 24 giờ kể từ khi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc văn bản từ bác sĩ lý giải cho yêu cầu của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích rõ lý do từ chối và hướng dẫn quý vị cách kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Thời hạn cho một "quyết định bao trả tiêu chuẩn" về một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được

- Nếu chúng tôi sử dụng thời hạn tiêu chuẩn, chúng tôi phải phản hồi quý vị **trong vòng 72 giờ.**
  - Nói chung, điều này có nghĩa là trong vòng 72 giờ kể từ khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu một ngoại lệ, chúng tôi sẽ phản hồi quý vị trong vòng 72 giờ kể từ khi nhận được văn bản từ bác sĩ lý giải cho yêu cầu của quý vị. Chúng tôi sẽ phản hồi quý vị sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị cần chúng tôi làm vậy.
  - Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo, ở cấp này, kháng cáo sẽ được Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập xem xét. Ở phần sau của phần này, chúng tôi sẽ nói về tổ chức đánh giá này và giải thích những gì xảy ra ở Kháng Cáo Cấp 2.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu -**
  - Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu bảo hiểm của quý vị, chúng tôi phải **cung cấp phạm vi bảo hiểm** chúng tôi đã đồng ý cung cấp **trong vòng 72 giờ** kể từ khi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc văn bản từ bác sĩ lý giải cho yêu cầu của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích rõ lý do từ chối và hướng dẫn quý vị cách kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Thời hạn cho "quyết định bao trả tiêu chuẩn" liên quan đến thanh toán cho một loại thuốc quý vị đã mua

- Chúng tôi phải phản hồi quý vị **trong vòng 14 ngày** kể từ khi nhận được yêu cầu của quý vị.
  - Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo, ở cấp này, kháng cáo sẽ được Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập xem xét. Ở phần sau của phần này, chúng tôi sẽ nói về tổ chức đánh giá này và giải thích những gì xảy ra ở Kháng Cáo Cấp 2.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi cũng sẽ cần thanh toán cho quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích rõ lý do từ chối và hướng dẫn quý vị cách kháng cáo quyết định của chúng tôi.

<u>Bước 3:</u> Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu bảo hiểm của quý vị, quý vị sẽ quyết định xem quý vị có muốn kháng cáo hay không.

- Nếu chúng tôi từ chối, quý vị có quyền yêu cầu kháng cáo. Yêu cầu kháng cáo có nghĩa là yêu cầu chúng tôi xem xét lại - và có thể thay đổi - quyết định mà chúng tôi đã đưa ra.

Phần 6.5 Từng bước: Cách thực hiện Kháng Cáo Cấp 1 (cách yêu cầu xem xét lại quyết định bao trả do chương trình của chúng tôi đưa ra)

Điều khoản pháp lý
Kháng cáo lên chương trình về quyết định bao trả thuốc Part D được gọi là **"xem xét lại"** chương trình.

<u>Bước 1:</u> Quý vị liên hệ với chúng tôi và thực hiện Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị. Nếu sức khỏe của quý vị cần phải có phản hồi nhanh, quý vị phải yêu cầu **"kháng cáo nhanh."**

Cần làm gì

- **Để bắt đầu kháng cáo, quý vị (hoặc người đại diện của quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê đơn khác) phải liên hệ với chúng tôi.**
  - Để biết chi tiết về cách liên hệ với chúng tôi qua điện thoại, fax, hoặc thư, hoặc trên trang web của chúng tôi, cho bất kỳ mục đích nào liên quan đến kháng cáo của quý vị, hãy chuyển đến Chương 2, Phần 1 và tìm phần được gọi là, *Cách liên hệ với chúng tôi khi quý vị kháng cáo về thuốc kê toa Part D của mình.*
- **Nếu quý vị yêu cầu một kháng cáo tiêu chuẩn, hãy kháng cáo bằng cách gửi văn bản yêu cầu.** Quý vị cũng có thể yêu cầu kháng cáo bằng cách gọi cho chúng tôi theo số điện thoại được nêu trong Chương 2, Phần 1 (*Cách liên hệ với chúng tôi khi quý vị kháng cáo về thuốc kê toa Part D của mình*).
- **Nếu quý vị yêu cầu kháng cáo nhanh, hãy kháng cáo bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi theo số điện thoại được nêu ở Chương 2, Phần 1** *(Cách liên hệ với chúng tôi khi quý vị kháng cáo về thuốc kê toa Part D của mình)*.
- **Chúng tôi phải chấp nhận mọi văn bản yêu cầu,** bao gồm cả yêu cầu được gửi trên Biểu mẫu Yêu cầu Xác định Mức độ Bảo hiểm Mẫu CMS, có sẵn trên trang web của chúng tôi.
- **Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người nào đó thay mặt quý vị** có thể gửi yêu cầu kháng cáo điện tử bảo mật có sẵn trên trang web của chúng tôi.
- **Quý vị phải đưa ra yêu cầu kháng cáo trong vòng 60 ngày** kể từ ngày trên văn bản thông báo mà chúng tôi đã gửi để phản hồi quý vị về yêu cầu quyết định bao trả của quý

vị. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này và có lý do chính đáng, chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để kháng cáo. Ví dụ về lý do chính đáng cho việc bỏ lỡ thời hạn có thể bao gồm trường hợp quý vị bị bệnh nghiêm trọng khiến quý vị không thể liên hệ với chúng tôi hoặc trường hợp chúng tôi cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ về thời hạn yêu cầu kháng cáo.

- **Quý vị có thể yêu cầu một bản sao thông tin trong đơn kháng cáo của mình và bổ sung thêm thông tin.**
  - Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp bản sao thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị. Chúng tôi được phép tính phí sao chép và gửi thông tin này cho quý vị.
  - Nếu quý vị muốn, quý vị và bác sĩ của quý vị hoặc người kê đơn khác có thể cung cấp cho chúng tôi thông tin bổ sung để lý giải cho kháng cáo của quý vị.

Nếu sức khỏe của quý vị cấp bách, hãy yêu cầu "kháng cáo nhanh"

Điều khoản pháp lý
"Kháng cáo nhanh" còn được gọi là **"xem xét lại cấp tốc."**

- Nếu quý vị kháng cáo quyết định mà chúng tôi đưa ra về loại thuốc mà quý vị chưa nhận được, quý vị và bác sĩ của quý vị hoặc người kê đơn khác cần quyết định xem quý vị có cần "kháng cáo nhanh" hay không.
- Các yêu cầu xin "kháng cáo nhanh" cũng giống như các yêu cầu xin "quyết định bao trả nhanh" trong Phần 6.4 của chương này.

Bước 2: Chúng tôi xem xét kháng cáo của quý vị và phản hồi quý vị.

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

Thời hạn cho một "kháng cáo nhanh"

- Nếu chúng tôi sử dụng thời hạn nhanh, chúng tôi phải phản hồi quý vị **trong vòng 72 giờ kể từ khi nhận được kháng cáo của quý vị**. Chúng tôi sẽ phản hồi quý vị sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị cần chúng tôi làm vậy.
  - Nếu chúng tôi không phản hồi quý vị trong vòng 72 giờ, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo, ở cấp đó, kháng cáo sẽ được Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập xem xét. Ở phần sau của phần này, chúng tôi sẽ nói về tổ chức đánh giá này và giải thích những gì xảy ra ở Cấp 2 của quy trình kháng cáo.

- **Nếu câu trả lời của quý vị là đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu,** chúng tôi phải cung cấp phạm vi bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ kể từ khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích rõ lý do từ chối và hướng dẫn quý vị cách kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Thời hạn cho một "kháng cáo tiêu chuẩn"

- Nếu chúng tôi sử dụng thời hạn tiêu chuẩn, chúng tôi phải phản hồi quý vị **trong vòng 7 ngày** kể từ khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị về loại thuốc mà quý vị chưa 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 yêu cầu chúng tôi phải làm vậy. Nếu quý vị tin rằng sức khỏe của quý vị cấp bách, quý vị nên yêu cầu "kháng cáo nhanh".
  - Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định cho quý vị trong vòng 7 ngày, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo, ở cấp này, yêu cầu sẽ được Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập xem xét. Ở phần sau của phần này, chúng tôi sẽ nói về tổ chức đánh giá này và giải thích những gì xảy ra ở Cấp 2 của quy trình kháng cáo.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu -**
  - Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu bảo hiểm, chúng tôi phải **cung cấp phạm vi bảo hiểm** mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp nhanh nhất có thể, nhưng **không muộn hơn 7 ngày** kể từ khi nhận được kháng cáo của quý vị.
  - Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu hoàn tiền thuốc mà quý vị đã mua, chúng tôi sẽ **hoàn tiền cho quý vị trong vòng 30 ngày** kể từ khi nhận được yêu cầu kháng cáo của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích rõ lý do từ chối và hướng dẫn quý vị cách kháng cáo quyết định của chúng tôi.
- Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn tiền thuốc mà quý vị đã mua, chúng tôi sẽ phản hồi quý vị **trong vòng 14 ngày** kể từ khi nhận được yêu cầu của quý vị.
  - Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định trong vòng 14 ngày, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo, khi đó Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập (Independent Review Organization) sẽ xem xét kháng cáo. Ở phần sau của phần này, chúng tôi sẽ nói về tổ chức đánh giá này và giải thích những gì xảy ra ở Kháng Cáo Cấp 2.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi cũng sẽ cần thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.

- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích rõ lý do từ chối. Ngoài ra, chúng tôi cũng sẽ hướng dẫn quý vị cách kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Bước 3: Nếu chúng tôi từ chối kháng cáo của quý vị, quý vị có thể quyết định xem có muốn tiếp tục quy trình kháng cáo hay không và thực hiện một kháng cáo *khác*.

- Nếu chúng tôi từ chối kháng cáo của quý vị, quý vị có thể chọn chấp nhận quyết định này hoặc tiếp tục bằng một kháng cáo khác.
- Nếu quý vị quyết định thực hiện một kháng cáo khác, điều đó có nghĩa là kháng cáo của quý vị sẽ được chuyển đến Cấp 2 của quy trình kháng cáo (xem bên dưới).

Phần 6.6 Từng bước: Cách thực hiện Kháng Cáo Cấp 2

Nếu chúng tôi từ chối kháng cáo của quý vị, quý vị có thể chọn chấp nhận quyết định này hoặc tiếp tục bằng một kháng cáo khác. Nếu quý vị quyết định tiếp tục Kháng Cáo Cấp 2 **Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập** sẽ xem xét quyết định mà chúng tôi đã đưa ra khi từ chối kháng cáo đầu tiên của quý vị. Tổ chức này sẽ quyết định xem quyết định mà chúng tôi đã đưa ra có cần phải thay đổi hay không.

Điều khoản pháp lý
Tên trước đây của "Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập" là **"Pháp Nhân Xét Duyệt Độc Lập."** Nó đôi khi được gọi là **"IRE."**

Bước 1: Để thực hiện Kháng Cáo Cấp 2, quý vị (hoặc người đại diện của quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê đơn khác) phải liên hệ với Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập và yêu cầu đánh giá trường hợp của quý vị.

- Nếu chúng tôi từ chối Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản thông báo, bao gồm **hướng dẫn cách thực hiện Kháng Cáo Cấp 2** lên Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập. Hướng dẫn sẽ nêu rõ ai có thể thực hiện Kháng Cáo Cấp 2, thời hạn cần tuân thủ và cách liên hệ với tổ chức đánh giá.
- Khi quý vị gửi kháng cáo lên Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập, chúng tôi sẽ gửi những thông tin mà chúng tôi có liên quan đến kháng cáo của quý vị cho tổ chức này. Thông tin này được gọi là "hồ sơ vụ việc" của quý vị. **Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp một bản sao hồ sơ vụ việc của quý vị**. Chúng tôi được phép tính phí sao chép và gửi thông tin này cho quý vị.
- Quý vị có quyền cung cấp thông tin bổ sung cho Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập để lý giải cho kháng cáo của quý vị.

Bước 2: Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập sẽ xem xét kháng cáo của quý vị và phản hồi quý vị.

- **Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập là một tổ chức độc lập do Medicare thuê**. Tổ chức này không liên kết với chúng tôi và không phải là một cơ quan chính phủ. Tổ chức này là một công ty được Medicare chọn để đánh giá các quyết định của chúng tôi về các phúc lợi Part D của quý vị.
- Những người xét duyệt tại Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến đơn kháng cáo của quý vị. Tổ chức sẽ gửi cho quý vị văn bản thông báo quyết định và giải thích lý do.

Thời hạn "kháng cáo nhanh" ở Cấp 2

- Nếu tình hình sức khỏe của quý vị cấp bách, hãy yêu cầu Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập cho phép "kháng cáo nhanh".
- Nếu tổ chức đánh giá đồng ý cho phép quý vị "kháng cáo nhanh", tổ chức đánh giá sẽ phản hồi Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** kể từ khi nhận được yêu cầu kháng cáo của quý vị.
- **Nếu Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu,** chúng tôi sẽ cung cấp bảo hiểm thuốc đã được tổ chức đánh giá phê duyệt **trong vòng 24 giờ** kể từ khi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá.

Thời hạn "kháng cáo tiêu chuẩn" ở Cấp 2

- Nếu quý vị gửi kháng cáo tiêu chuẩn ở Cấp 2, tổ chức đánh giá sẽ phản hồi Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày** kể từ khi nhận được kháng cáo của quý vị, nếu kháng cáo liên quan đến loại thuốc mà quý vị chưa nhận được. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn tiền thuốc mà quý vị đã mua, tổ chức đánh giá sẽ phản hồi kháng cáo cấp 2 của quý vị **trong vòng 14 ngày** kể từ khi nhận được yêu cầu của quý vị.
- **Nếu Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu -**
  - Nếu Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập chấp thuận yêu cầu bảo hiểm, chúng tôi sẽ **cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được tổ chức đánh giá phê duyệt **trong vòng 72 giờ** kể từ khi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá.
  - Nếu Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập chấp thuận yêu cầu hoàn tiền thuốc mà quý vị đã mua, chúng tôi sẽ **hoàn tiền cho quý vị trong vòng 30 ngày** kể từ khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá.

Điều gì sẽ xảy ra nếu tổ chức đánh giá từ chối kháng cáo của quý vị?

Nếu tổ chức này từ chối kháng cáo của quý vị, điều đó có nghĩa là tổ chức đồng ý với quyết định của chúng tôi là không chấp thuận yêu cầu của quý vị. (Điều này được gọi là "giữ nguyên quyết định". Nó còn được gọi là "từ chối kháng cáo của quý vị.")

Nếu Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập "giữ nguyên quyết định", quý vị có quyền Kháng Cáo Cấp 3. Tuy nhiên, để thực hiện một kháng cáo khác ở Cấp 3, giá trị đô la của bảo hiểm thuốc mà quý vị yêu cầu phải đáp ứng số tiền tối thiểu. Nếu giá trị đô la của bảo hiểm thuốc mà quý vị yêu cầu quá thấp, quý vị không thể thực hiện một kháng cáo khác và quyết định ở Cấp 2 là quyết định cuối cùng. Thông báo quý vị nhận được từ Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập sẽ thể hiện giá trị đô la đang tranh chấp để tiếp tục quy trình kháng cáo.

Bước 3: Nếu giá trị đô la của bảo hiểm quý vị yêu cầu đáp ứng yêu cầu về số tiền tối thiểu, quý vị có thể quyết định xem có muốn kháng cáo tiếp hay không.

- Có ba cấp bổ sung trong quy trình kháng cáo sau Cấp 2 (tổng cộng có năm cấp kháng cáo).
- Nếu Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị bị từ chối và quý vị đáp ứng các yêu cầu để tiếp tục quy trình kháng cáo, quý vị phải quyết định xem có muốn tiếp tục Cấp 3 và thực hiện kháng cáo thứ ba hay không. Nếu quý vị quyết định kháng cáo lần ba, hướng dẫn chi tiết về cách thức thực hiện sẽ có trong văn bản thông báo mà quý vị nhận được sau lần kháng cáo thứ hai.
- Kháng Cáo Cấp 3 sẽ do một Thẩm phán Luật Hành chính hoặc trọng tài giải quyết. Phần 9 trong chương này cho biết thêm về các Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng cáo.

PHẦN 7 Cách yêu cầu chúng tôi chi trả thời gian nằm viện nội trú dài hơn, nếu quý vị cho rằng bác sĩ cho quý vị ra viện quá sớm

Khi quý vị nhập viện, quý vị có quyền nhận được tất cả các dịch vụ bệnh viện được bao trả, cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh hoặc chấn thương của quý vị. Để biết thêm thông tin về phạm vi bảo hiểm của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện của quý vị, bao gồm mọi giới hạn đối với bảo hiểm này, hãy xem Chương 4 của tập sách này: *Sơ Đồ Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải trả)*.

Trong thời gian quý vị nằm viện được bao trả, bác sĩ và nhân viên bệnh viện sẽ làm việc với quý vị để chuẩn bị cho ngày quý vị xuất viện. Họ cũng sẽ giúp bố trí chăm sóc cho quý vị nếu cần sau khi xuất viện.

- Ngày quý vị xuất viện được gọi là "**ngày xuất viện**."
- Khi ngày xuất viện của quý vị được ấn định, bác sĩ hoặc nhân viên bệnh viện sẽ thông báo cho quý vị biết.
- Nếu quý vị cho rằng mình đang được yêu cầu xuất viện quá sớm, quý vị có thể yêu cầu ở lại bệnh viện lâu hơn và yêu cầu của quý vị sẽ được xem xét. Phần này cho quý vị biết cách yêu cầu.

Phần 7.1 Trong thời gian nằm viện điều trị nội trú, quý vị sẽ nhận được văn bản thông báo từ Medicare nêu rõ các quyền của quý vị

Trong thời gian nằm viện được đài thọ, quý vị sẽ nhận được một văn bản thông báo gọi là *Thông Báo Quan Trọng từ Medicare về Các Quyền của Quý Vị.* Mọi người tham gia Medicare đều nhận được một bản sao thông báo này mỗi khi nhập viện. Một người nào đó tại bệnh viện (ví dụ, nhân viên phụ trách hoặc y tá) sẽ đưa bản sao thông báo này cho quý vị trong vòng hai ngày kể từ khi quý vị nhập viện. Nếu quý vị không nhận được thông báo, hãy hỏi nhân viên bệnh viện. Nếu quý vị cần trợ giúp, vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên (Member Services) (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này). Quý vị cũng có thể gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY nên gọi 1-877-486-2048.

1. **Đọc kỹ thông báo này và đặt câu hỏi nếu quý vị chưa hiểu rõ.** Thông báo cho quý vị biết các quyền lời của quý vị với tư cách là bệnh nhân của bệnh viện, bao gồm:
   - Quyền nhận được các dịch vụ thuộc phạm vi bảo hiểm Medicare trong và sau thời gian nằm viện, theo chỉ định của bác sĩ. Quyền này bao gồm quyền được biết những dịch vụ này là gì, ai là người chi trả tiền và nơi có thể nhận được các dịch vụ đó.
   - Quyền của quý vị được tham gia vào bất kỳ quyết định nào về thời gian nằm viện của quý vị, và quyền của quý vị được biết ai là người chi trả tiền.
   - Nơi tiếp nhận báo cáo bất kỳ phản ánh nào của quý vị về chất lượng dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện.
   - Quyền kháng cáo quyết định xuất viện của quý vị nếu quý vị cho rằng mình được xuất viện quá sớm.

Điều khoản pháp lý
Văn bản thông báo từ Medicare cho quý vị biết rõ cách **"yêu cầu đánh giá tức thì."** Yêu cầu đánh giá tức thì là một cách chính thức, hợp pháp để yêu cầu hoãn ngày xuất viện của quý vị để chúng tôi bao trả chi phí chăm sóc tại bệnh viện của quý vị trong một thời gian dài hơn. (Phần 7.2 dưới đây cho quý vị biết cách yêu cầu đánh giá tức thì.)

2. **Quý vị phải ký vào văn bản thông báo để thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông báo và hiểu rõ các quyền của mình.**
   - Quý vị hoặc người thay mặt quý vị phải ký vào thông báo này. (Phần 4 của chương này cho quý vị biết cách lập văn bản ủy quyền cho người khác làm người đại diện cho quý vị.)
   - Việc ký vào thông báo này *chỉ* thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông tin về các quyền của mình. Thông báo không thể hiện ngày xuất viện của quý vị (bác sĩ hoặc nhân viên bệnh viện sẽ cho quý vị biết ngày xuất viện của quý vị). Ký **thông báo này *không* có nghĩa** là quý vị đồng ý với ngày xuất viện.

3. **Lưu giữ bản sao** thông báo này để quý vị biết thông tin về cách kháng cáo (hoặc báo cáo một vấn đề về chất lượng chăm sóc) khi cần.
   - Nếu quý vị ký thông báo hơn hai ngày trước ngày quý vị xuất viện, quý vị sẽ nhận được một bản sao khác trước lịch xuất viện dự kiến.
   - Để xem trước bản sao của thông báo này, quý vị có thể gọi cho Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này) hoặc 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), 24/7. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048. Quý vị cũng có thể xem thông báo trực tuyến tại www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Phần 7.2 Từng bước: Cách thực hiện Kháng Cáo Cấp 1 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

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

- **Thực hiện theo đúng quy trình.** Từng bước trong hai cấp đầu tiên của quy trình kháng cáo được giải thích cụ thể bên dưới.
- **Đáp ứng thời hạn.** Thời hạn rất quan trọng. Hãy chắc chắn rằng quý vị hiểu rõ và tuân thủ đúng thời hạn áp dụng cho những việc quý vị phải làm.
- **Hãy nhờ trợ giúp nếu quý vị cần**. Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp bất cứ lúc nào, vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này). Hoặc gọi cho Chương trình Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (State Health Insurance Assistance Program) của quý vị, một tổ chức chính phủ cung cấp hỗ trợ phù hợp với từng cá nhân (xem Phần 2 của chương này).

Trong quá trình Kháng Cáo Cấp 1, Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ đánh giá kháng cáo của quý vị. Tổ chức sẽ kiểm tra xem ngày xuất viện dự kiến của quý vị có phù hợp về mặt y tế hay không.

Bước 1: Liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng phụ trách tiểu bang của quý vị và yêu cầu "đánh giá nhanh" việc xuất viện của quý vị. Quý vị phải hành động thật nhanh.

Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng là gì?

- Tổ chức này 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 không thuộc chương trình của chúng tôi. Tổ chức này được Medicare trả lương để kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare. Điều này bao gồm việc đánh giá ngày xuất viện của những người tham gia Medicare.

Quý vị có thể liên hệ với tổ chức này bằng cách nào?

- Văn bản thông báo mà quý vị nhận được (*Thông Báo Quan Trọng từ Medicare về Các Quyền của Quý Vị*) sẽ hướng dẫn quý vị cách liên hệ với tổ chức này. (Hoặc tìm tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng phụ trách tiểu bang của quý vị ở Chương 2, Phần 4, của tập sách này.)

Hãy hành động thật nhanh:

- Để kháng cáo, quý vị phải liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng *trước khi* xuất viện và **không muộn hơn 12 giờ đêm của ngày xuất viện**. ("Ngày xuất viện dự kiến" của quý vị là ngày đã được ấn định để quý vị xuất viện.)
  - Nếu quý vị đáp ứng thời hạn này, quý vị được phép ở lại bệnh viện *sau* ngày xuất viện *mà không phải trả tiền*, trong thời gian chờ quyết định liên quan đến kháng cáo của quý vị từ Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng.
  - Nếu quý vị *không* đáp ứng thời hạn này và quý vị quyết định ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện dự kiến, *quý vị có thể phải chi trả tất cả các chi phí* chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau ngày xuất viện dự kiến.
- Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng và quý vị vẫn muốn kháng nghi, quý vị phải kháng cáo trực tiếp lên chương trình của chúng tôi. Để biết chi tiết về cách kháng cáo này, hãy xem Phần 7.4.

Yêu cầu "đánh giá nhanh":

- Quý vị phải yêu cầu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng **"đánh giá nhanh"** việc xuất viện của quý vị. Yêu cầu "đánh giá nhanh" có nghĩa là quý vị yêu cầu tổ chức sử dụng các thời hạn "nhanh" cho kháng cáo thay vì sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.

Điều khoản pháp lý
"Đánh giá nhanh" còn được gọi là **"đánh giá tức thì"** hoặc **"đánh giá cấp tốc."**

<u>Bước 2:</u> Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng tiến hành đánh giá độc lập trường hợp của quý vị.

Điều gì xảy ra trong quá trình đánh giá này?

- Các chuyên gia y tế tại Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (chúng tôi gọi tắt là "người xét duyệt") sẽ hỏi quý vị (hoặc người đại diện của quý vị) lý do tại sao quý vị cho rằng cần tiếp tục bao trả cho các dịch vụ. Quý vị không phải chuẩn bị bất cứ thứ gì bằng văn bản, nhưng quý vị có thể làm như vậy nếu quý vị muốn.
- Những người xét duyệt cũng sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xem xét thông tin mà bệnh viện và chúng tôi đã cung cấp.

- Vào buổi trưa của ngày sau khi những người xét duyệt thông báo kế hoạch của chúng tôi về kháng cáo của quý vị, quý vị cũng sẽ nhận được một văn bản thông báo thể hiện ngày xuất viện dự kiến của quý vị và giải thích chi tiết lý do tại sao bác sĩ của quý vị, bệnh viện và chúng tôi cho rằng ngày xuất viện dự kiến là phù hợp (về mặt y tế) với quý vị.

Điều khoản pháp lý
Văn bản giải thích này được gọi là "**Thông báo Chi tiết về Xuất viện.**" Quý vị có thể xin mẫu thông báo này bằng cách gọi cho Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này) hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24/7. (Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048.) Hoặc quý vị có thể xem mẫu thông báo trực tuyến tại www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Bước 3: Trong vòng một ngày kể từ khi có đủ thông tin cần thiết, Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ phản hồi kháng cáo của quý vị.

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

- Nếu tổ chức đánh giá *đồng ý* với kháng cáo của quý vị, **chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp các dịch vụ bệnh viện nội trú thuộc phạm vi bảo hiểm của quý vị, trong thời gian các dịch vụ này cần thiết về mặt y khoa.**
- Quý vị sẽ phải tiếp tục thanh toán phần chi phí của mình (chẳng hạn như các khoản khấu trừ hoặc khoản đồng thanh toán, nếu có). Ngoài ra, có thể có những giới hạn đối với các dịch vụ bệnh viện được bao trả cho quý vị. (Xem Chương 4 của tập sách này).

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

- Nếu tổ chức đánh giá *từ chối* kháng cáo của quý vị, thì điều đó có nghĩa là ngày xuất viện dự kiến của quý vị là phù hợp về mặt y tế. Nếu điều này xảy ra, **bảo hiểm của chúng tôi cho các dịch vụ bệnh viện nội trú của quý vị sẽ kết thúc** vào buổi trưa của ngày *sau khi* Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng phản hồi kháng cáo của quý vị.
- Nếu tổ chức đánh giá *từ chối* kháng cáo của quý vị và quý vị quyết định vẫn ở lại bệnh viện, thì **quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí** chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau buổi trưa của ngày sau khi Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng phản hồi kháng cáo của quý vị.

Bước 4: Nếu câu trả lời cho Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị là từ chối, quý vị có thể quyết định xem có muốn thực hiện một kháng cáo khác hay không.

- Nếu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng từ chối kháng cáo của quý vị, *và* quý vị ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện dự kiến, thì quý vị có thể thực hiện một kháng cáo khác. Thực hiện một kháng cáo khác có nghĩa là quý vị chuyển đến "Cấp 2" của quy trình kháng cáo.

Phần 7.3 Từng bước: Cách thực hiện Kháng Cáo Cấp 2 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Nếu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng từ chối kháng cáo của quý vị, *và* quý vị ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện dự kiến, thì quý vị có thể thực hiện Kháng Cáo Cấp 2. Trong quá trình Kháng Cáo Cấp 2, quý vị yêu cầu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng xem xét lại quyết định mà họ đã đưa ra cho lần kháng cáo đầu tiên của quý vị. Nếu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng từ chối Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho thời gian lưu trú sau ngày xuất viện dự kiến.

Dưới đây là các bước cho Cấp 2 của quy trình kháng cáo:

Bước 1: Quý vị liên hệ lại với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng và yêu cầu đánh giá lại.

- Quý vị phải yêu cầu đánh giá này **trong vòng 60 ngày** kể từ ngày Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng *từ chối* Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị. Quý vị chỉ có thể yêu cầu đánh giá này nếu quý vị ở lại bệnh viện sau ngày bảo hiểm chăm sóc của quý vị kết thúc.

Bước 2: Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ đánh giá lần hai tình huống của quý vị.

- Những người xét duyệt tại Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị.

Bước 3: Trong vòng 14 ngày kể từ khi nhận được yêu cầu đánh giá lần hai của quý vị, những người xét duyệt của Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ đưa ra quyết định về kháng cáo của quý vị và cho quý vị biết quyết định của họ.

Nếu tổ chức đánh giá đồng ý:

- **Chúng tôi phải hoàn trả quý vị** phần nghĩa vụ của chúng tôi đối với các chi phí chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị đã nhận được kể từ trưa ngày sau ngày Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng từ chối kháng cáo đầu tiên của quý vị. **Chúng tôi phải tiếp tục bao trả cho dịch vụ chăm sóc bệnh viện nội trú của quý vị, miễn sao điều đó là cần thiết về mặt y khoa**.
- Quý vị phải tiếp tục thanh toán phần chi phí của mình và các giới hạn bảo hiểm có thể được áp dụng.

Nếu tổ chức đánh giá từ chối:

- Điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định mà họ đã đưa ra trong Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị và sẽ không thay đổi quyết định đó. Điều này được gọi là "giữ nguyên quyết định."
- Thông báo quý vị nhận được sẽ thể hiện bằng văn bản những gì quý vị có thể làm nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình đánh giá. Thông báo sẽ cung cấp cho quý vị thông tin chi

tiết về cách chuyển sang cấp kháng cáo tiếp theo, cấp này sẽ do Thẩm phán Luật Hành chính hoặc trọng tài giải quyết.

Bước 4: Nếu câu trả lời là từ chối, quý vị cần quyết định xem có muốn tiếp tục kháng cáo bằng cách chuyển lên Cấp 3 hay không.

- Có ba cấp bổ sung trong quy trình kháng cáo sau Cấp 2 (tổng cộng có năm cấp kháng cáo). Nếu tổ chức đánh giá từ chối Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể chọn chấp nhận quyết định đó hoặc tiếp tục chuyển lên Cấp 3 và thực hiện một kháng cáo khác. Ở Cấp 3, đơn kháng cáo của quý vị sẽ được Thẩm phán Luật Hành chính hoặc trọng tài giải quyết.
- Phần 9 trong chương này cho biết thêm về các Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng cáo.

Phần 7.4 Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn để Kháng Cáo Cấp 1 thì sao?

Thay vào đó, quý vị có thể kháng cáo lên chúng tôi

Như đã giải thích ở trên trong Phần 7.2, quý vị phải nhanh chóng liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng để bắt đầu kháng cáo đầu tiên về việc xuất viện của quý vị. ("Nhanh chóng" có nghĩa là trước khi quý vị xuất viện và không muộn hơn ngày xuất viện dự kiến của quý vị, tùy thời điểm nào đến trước.) Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn liên hệ với tổ chức này, có một cách khác để kháng cáo.

Nếu quý vị sử dụng cách khác để kháng cáo, thì *hai cấp kháng cáo đầu tiên sẽ khác nhau.*

Từng bước: Cách thực hiện Kháng Cáo *Thay Thế* Cấp 1

Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng, quý vị có thể kháng cáo lên chúng tôi, yêu cầu "đánh giá nhanh". Đánh giá nhanh là một kháng cáo sử dụng thời hạn nhanh thay vì thời hạn tiêu chuẩn.

Điều khoản pháp lý
"Đánh giá nhanh" (hoặc "kháng cáo nhanh") còn được gọi là **"kháng cáo cấp tốc."**

Bước 1: Hãy liên hệ với chúng tôi và yêu cầu "đánh giá nhanh".

- Để biết chi tiết về cách liên hệ với chúng tôi, hãy chuyển đến Chương 2, Phần 1 và tìm phần được gọi là, *Cách liên hệ với chúng tôi khi quý vị kháng cáo về dịch vụ chăm sóc y tế của mình*.
- **Hãy chắc chắn yêu cầu "đánh giá nhanh."** Điều này có nghĩa là quý vị yêu cầu chúng tôi phản hồi bằng cách sử dụng thời hạn "nhanh" thay vì thời hạn "tiêu chuẩn".

Bước 2: Chúng tôi thực hiện "đánh giá nhanh" ngày xuất viện dự kiến của quý vị, kiểm tra xem liệu ngày đó có phù hợp về mặt y tế hay không.

- Trong quá trình đánh giá này, chúng tôi sẽ xem xét tất cả thông tin về thời gian nằm viện của quý vị. Chúng tôi sẽ kiểm tra xem liệu ngày xuất viện dự kiến của quý vị có phù hợp về mặt y tế hay không. Chúng tôi sẽ kiểm tra xem quyết định về thời điểm quý vị xuất viện có công bằng và tuân thủ tất cả các quy tắc hay không.
- Trong tình huống này, chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn "nhanh" thay vì thời hạn tiêu chuẩn để phản hồi kết quả đánh giá này.

Bước 3: Chúng tôi đưa ra quyết định trong vòng 72 giờ kể từ khi quý vị yêu cầu "đánh giá nhanh" ("kháng cáo nhanh").

- **Nếu chúng tôi đồng ý với kháng cáo nhanh của quý vị,** điều đó có nghĩa là chúng tôi đã đồng ý với quý vị rằng quý vị vẫn cần phải ở bệnh viện sau ngày xuất viện, và sẽ tiếp tục cung cấp các dịch vụ bệnh viện nội trú được bao trả cho quý vị miễn sao điều đó là cần thiết về mặt y khoa. Điều đó cũng có nghĩa là chúng tôi đã đồng ý hoàn trả cho quý vị phần nghĩa vụ của chúng tôi đối với chi phí chăm sóc mà quý vị đã nhận được kể từ ngày chúng tôi thông báo bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc. (Quý vị phải thanh toán phần chi phí của mình và có thể có các giới hạn bảo hiểm được áp dụng.)
- **Nếu chúng tôi từ chối kháng cáo của quý vị,** thì có nghĩa là ngày xuất viện dự kiến của quý vị là phù hợp về mặt y tế. Bảo hiểm của chúng tôi cho các dịch vụ bệnh viện nội trú của quý vị kết thúc kể từ ngày chúng tôi thông báo bảo hiểm sẽ kết thúc.
  - Nếu quý vị ở lại bệnh viện *sau* ngày xuất viện dự kiến, thì **quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí** chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị đã nhận sau ngày xuất viện dự kiến.

Bước 4: Nếu chúng tôi *từ chối* kháng cáo nhanh của quý vị, trường hợp của quý vị sẽ *tự động* được chuyển đến cấp tiếp theo của quy trình kháng cáo.

- Để đảm bảo rằng chúng tôi đã tuân thủ tất cả các quy tắc khi chúng tôi từ chối kháng cáo nhanh của quý vị, **chúng tôi sẽ gửi kháng cáo của quý vị đến "Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập".** Khi chúng tôi làm việc này, thì có nghĩa là quý vị *tự động* được chuyển sang Cấp 2 của quy trình kháng cáo.

Từng bước: Quy Trình Kháng Cáo *Thay Thế* Cấp 2

Trong quá trình Kháng Cáo Cấp 2, **Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập** xem xét quyết định mà chúng tôi đã đưa ra khi chúng tôi từ chối "kháng cáo nhanh" của quý vị. Tổ chức này sẽ quyết định xem quyết định mà chúng tôi đã đưa ra có cần phải thay đổi hay không.

Điều khoản pháp lý
Tên trước đây của "Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập" là **"Pháp Nhân Xét Duyệt Độc Lập."** Nó đôi khi được gọi là **"IRE."**

<u>Bước 1:</u> Chúng tôi sẽ tự động chuyển tiếp trường hợp của quý vị đến Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập.

- Chúng tôi sẽ gửi thông tin về Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị cho Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập trong vòng 24 giờ kể từ khi chúng tôi thông báo cho quý vị rằng chúng tôi từ chối kháng cáo đầu tiên của quý vị. (Nếu quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn này hoặc thời hạn khác, quý vị có thể khiếu nại. Quy trình khiếu nại khác với quy trình kháng cáo. Phần 10 của chương này hướng dẫn cách khiếu nại.)

<u>Bước 2:</u> Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập thực hiện "đánh giá nhanh" kháng cáo của quý vị. Những người xét duyệt sẽ phản hồi quý vị trong vòng 72 giờ.

- **Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập là một tổ chức độc lập do Medicare thuê**. Tổ chức này không được kết nối với chương trình của chúng tôi và không phải là cơ quan chính phủ. Tổ chức này là một công ty được Medicare chọn để đảm nhận công việc là Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập. Medicare sẽ giám sát công việc của tổ chức này.
- Những người xét duyệt tại Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến kháng cáo xuất viện của quý vị.
- **Nếu tổ chức này *đồng ý* với kháng cáo của quý vị,** thì chúng tôi phải hoàn trả cho quý vị (trả lại cho quý vị) phần nghĩa vụ của chúng tôi đối với chi phí chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị đã nhận được kể từ ngày xuất viện dự kiến. Chúng tôi cũng sẽ tiếp tục bảo hiểm cho các dịch vụ bệnh viện nội trú của quý vị theo chương trình, miễn sao điều đó là cần thiết về mặt y khoa. Quý vị phải tiếp tục thanh toán phần chi phí của mình. Nếu có những giới hạn về bảo hiểm, những giới hạn này có thể giới hạn số tiền chúng tôi hoàn trả hoặc thời gian chúng tôi tiếp tục chi trả cho các dịch vụ của quý vị.
- **Nếu tổ chức này *từ chối* kháng cáo của quý vị,** điều đó có nghĩa là họ đồng ý với chúng tôi rằng ngày xuất viện dự kiến của quý vị là phù hợp về mặt y tế.
  - Thông báo quý vị nhận được từ Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập sẽ cho quý vị biết bằng văn bản những gì quý vị có thể làm nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình đánh giá. Thông báo sẽ cung cấp cho quý vị thông tin chi tiết về cách chuyển sang Kháng Cáo Cấp 3, cấp này sẽ do Thẩm phán Luật Hành chính hoặc trọng tài giải quyết.

<u>Bước 3:</u> Nếu Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập từ chối kháng cáo của quý vị, quý vị có thể quyết định xem có muốn tiếp tục kháng cáo hay không.

- Có ba cấp bổ sung trong quy trình kháng cáo sau Cấp 2 (tổng cộng có năm cấp kháng cáo). Nếu những người xét duyệt từ chối Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể quyết định chấp nhận quyết định của họ hoặc chuyển sang Cấp 3 và thực hiện kháng cáo lần thứ ba.
- Phần 9 trong chương này cho biết thêm về các Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng cáo.

PHẦN 8 Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả một số dịch vụ y tế nếu quý vị cho rằng bảo hiểm của mình kết thúc quá sớm

Phần 8.1 *Phần này chỉ đề cập đến ba dịch vụ:* Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn và các dịch vụ của Cơ sở Phục hồi chức năng Ngoại trú Toàn diện (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)

Phần này *chỉ* đề cập đến các loại chăm sóc sau:

- **Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà** mà quý vị đang nhận được.
- **Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn** mà quý vị đang nhận được với tư cách là một bệnh nhân trong một cơ sở điều dưỡng chuyên môn. (Để tìm hiểu về các yêu cầu để được coi là "cơ sở điều dưỡng chuyên môn", hãy xem Chương 12, *Định nghĩa các từ quan trọng*.)
- **Chăm sóc phục hồi chức năng** mà quý vị đang nhận được với tư cách là bệnh nhân ngoại trú tại một Cơ sở Phục hồi chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF) được Medicare chấp thuận. Thông thường, điều này có nghĩa là quý vị đang được điều trị bệnh hoặc tai nạn, hoặc quý vị đang hồi phục sau một ca phẫu thuật lớn. (Để biết thêm thông tin về loại cơ sở này, hãy xem Chương 12, *Định nghĩa các từ quan trọng*.)

Khi quý vị đang nhận bất kỳ loại hình chăm sóc nào trong số này, quý vị có quyền tiếp tục nhận các dịch vụ được bao trả cho loại hình chăm sóc đó, trong thời gian dịch vụ chăm sóc đó là cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh hoặc chấn thương của quý vị. Để biết thêm thông tin về các dịch vụ được bao trả cho quý vị, bao gồm phần chi phí của quý vị và bất kỳ giới hạn nào đối với bảo hiểm có thể áp dụng, hãy xem Chương 4 của tập sách này: *Sơ Đồ Phúc Lợi Y Tế (những gì được bao trả và những gì quý vị phải trả)*.

Khi chúng tôi quyết định đã đến lúc ngừng chi trả bất kỳ loại nào trong ba loại hình chăm sóc cho quý vị, chúng tôi sẽ thông báo trước cho quý vị. Khi bảo hiểm của quý vị cho dịch vụ chăm sóc đó kết thúc, *chúng tôi sẽ ngừng thanh toán phần nghĩa vụ của chúng tôi đối với chi phí chăm sóc của quý vị.*

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi kết thúc bảo hiểm chăm sóc của quý vị quá sớm, **quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi**. Phần này cho quý vị biết cách yêu cầu kháng cáo.

Phần 8.2 Chúng tôi sẽ cho quý vị biết trước thời điểm kết thúc bảo hiểm của quý vị

1. **Quý vị nhận được thông báo bằng văn bản.** Chậm nhất hai ngày trước khi chương trình của chúng tôi ngừng chi trả dịch vụ chăm sóc cho quý vị, quý vị sẽ nhận được thông báo.
   - Văn bản thông báo thể hiện rõ ngày chúng tôi sẽ ngừng chi trả dịch vụ chăm sóc cho quý vị.
   - Văn bản thông báo cũng cho biết quý vị có thể làm gì nếu quý vị muốn yêu cầu chương trình của chúng tôi thay đổi quyết định về thời điểm kết thúc dịch vụ chăm sóc của quý vị, và tiếp tục bao trả trong một thời gian dài hơn.

Điều khoản pháp lý
Trong nội dung về những gì quý vị có thể làm, văn bản thông báo sẽ hướng dẫn quý vị cách yêu cầu **"kháng cáo nhanh."** Yêu cầu kháng cáo nhanh là một cách chính thức, hợp pháp để yêu cầu thay đổi quyết định bảo hiểm của chúng tôi về thời điểm ngừng bao trả chăm sóc cho quý vị. (Phần 8.3 dưới đây hướng dẫn cách yêu cầu kháng cáo nhanh.) Văn bản thông báo được gọi là **"Thông báo Chấm dứt Bảo hiểm Medicare."**

2. **Quý vị phải ký vào văn bản thông báo để thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông báo đó.**
   - Quý vị hoặc người thay mặt quý vị phải ký vào thông báo này. (Phần 4 hướng dẫn cách lập văn bản ủy quyền cho người khác làm người đại diện của quý vị.)
   - Việc ký tên vào thông báo này *chỉ* thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông tin về thời điểm ngừng bảo hiểm của quý vị. **Ký tên <u>không</u> có nghĩa là quý vị đồng ý** với chương trình rằng đã đến lúc ngừng nhận dịch vụ chăm sóc.

Phần 8.3 Từng bước: Cách thực hiện Kháng Cáo Cấp 1 để yêu cầu chương trình của chúng tôi bao trả chi phí chăm sóc cho quý vị trong thời gian dài hơn

Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi bao trả chi phí chăm sóc cho quý vị trong một thời gian dài hơn, quý vị cần sử dụng quy trình kháng cáo để yêu cầu. Trước khi bắt đầu, hãy hiểu rõ những gì quý vị cần làm và thời hạn là gì.

- **Thực hiện theo đúng quy trình.** Từng bước trong hai cấp đầu tiên của quy trình kháng cáo được giải thích cụ thể bên dưới.

- **Đáp ứng thời hạn.** Thời hạn rất quan trọng. Hãy chắc chắn rằng quý vị hiểu rõ và tuân thủ đúng thời hạn áp dụng cho những việc quý vị phải làm. Cũng có những thời hạn mà chương trình của chúng tôi phải tuân theo. (Nếu quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn của mình, quý vị có thể gửi đơn khiếu nại. Phần 10 của chương này hướng dẫn cách nộp đơn khiếu nại.)
- **Hãy nhờ trợ giúp nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp bất cứ lúc nào, vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này). Hoặc gọi cho Chương trình Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (State Health Insurance Assistance Program) của quý vị, một tổ chức chính phủ cung cấp hỗ trợ phù hợp với từng cá nhân (xem Phần 2 của chương này).

Nếu quý vị yêu cầu Kháng Cáo Cấp 1 đúng hạn, Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ xem xét kháng cáo của quý vị và quyết định xem có thay đổi quyết định do chương trình của chúng tôi đưa ra hay không.

Bước 1: Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị: liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng phụ trách tiểu bang của quý vị và yêu cầu đánh giá. Quý vị phải hành động thật nhanh.

Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng là gì?

- Tổ chức này 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 không thuộc chương trình của chúng tôi. Họ sẽ kiểm tra chất lượng chăm sóc mà những người tham gia Medicare nhận được và đánh giá các quyết định của chương trình về thời điểm ngừng chi trả một số loại chăm sóc y tế.

Quý vị có thể liên hệ với tổ chức này bằng cách nào?

- Văn bản thông báo mà quý vị nhận được sẽ hướng dẫn quý vị cách liên hệ với tổ chức này. (Hoặc tìm tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng phụ trách tiểu bang của quý vị ở Chương 2, Phần 4, của tập sách này.)

Quý vị nên yêu cầu những gì?

- Yêu cầu tổ chức này cho phép "kháng cáo nhanh" (để thực hiện một đánh giá độc lập) xem việc chúng tôi chấm dứt bảo hiểm cho các dịch vụ y tế của quý vị có phù hợp về mặt y tế hay không.

Thời hạn của quý vị để liên hệ với tổ chức này.

- Quý vị phải liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng để bắt đầu kháng cáo vào trưa của ngày trước ngày có hiệu lực trên Thông báo Chấm dứt Bảo hiểm Medicare.
- Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng và quý vị vẫn muốn gửi đơn kháng cáo, quý vị phải kháng cáo trực tiếp lên chúng tôi. Để biết chi tiết về cách kháng cáo này, hãy xem Phần 8.5.

<u>Bước 2:</u> Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng tiến hành đánh giá độc lập trường hợp của quý vị.

Điều gì xảy ra trong quá trình đánh giá này?

- Các chuyên gia y tế tại Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (chúng tôi gọi tắt là "người xét duyệt") sẽ hỏi quý vị (hoặc người đại diện của quý vị) lý do tại sao quý vị cho rằng cần tiếp tục bao trả cho các dịch vụ. Quý vị không phải chuẩn bị bất cứ thứ gì bằng văn bản, nhưng quý vị có thể làm như vậy nếu quý vị muốn.
- Tổ chức đánh giá cũng sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xem xét thông tin mà chương trình của chúng tôi cung cấp.
- Vào cuối ngày, những người xét duyệt sẽ thông báo cho chúng tôi về kháng cáo của quý vị và quý vị cũng sẽ nhận được văn bản thông báo từ chúng tôi giải thích chi tiết lý do chúng tôi chấm dứt bao trả cho các dịch vụ của quý vị.

Điều khoản pháp lý
Thông báo giải thích này được gọi là **"Giải thích Chi tiết về việc Chấm dứt Bảo hiểm."**

<u>Bước 3:</u> Trong vòng một ngày kể từ khi có đủ thông tin cần thiết, những người xét duyệt sẽ cho quý vị biết quyết định của họ.

Điều gì xảy ra nếu những người xét duyệt đồng ý với kháng cáo của quý vị?

- Nếu người xét duyệt *đồng ý* với kháng cáo của quý vị, thì **chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp các dịch vụ được bao trả cho quý vị miễn sao điều đó là cần thiết về mặt y khoa.**
- Quý vị sẽ phải tiếp tục thanh toán phần chi phí của mình (chẳng hạn như các khoản khấu trừ hoặc khoản đồng thanh toán, nếu có). Ngoài ra, có thể có những giới hạn đối với các dịch vụ được bao trả cho quý vị (xem Chương 4 của tập sách này).

Điều gì xảy ra nếu những người xét duyệt từ chối kháng cáo của quý vị?

- Nếu những người xét duyệt *từ chối* kháng cáo của quý vị, thì **bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc vào ngày chúng tôi đã thông báo cho quý vị.** Chúng tôi sẽ ngừng thanh toán phần nghĩa vụ của chúng tôi đối với các chi phí chăm sóc này vào ngày được ghi trên thông báo.
- Nếu quý vị quyết định tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, hoặc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc các dịch vụ của Cơ sở Phục hồi chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF) *sau* ngày bảo hiểm của quý vị kết thúc, thì **quý vị sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí** chăm sóc.

Bước 4: Nếu câu trả lời cho Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị là từ chối, quý vị có thể quyết định xem có muốn thực hiện một kháng cáo khác hay không.

- Kháng cáo đầu tiên mà quý vị đưa ra là "Cấp 1" của quy trình kháng cáo. Nếu những người xét duyệt *từ chối* Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị – và quý vị chọn tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau khi bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị kết thúc - thì quý vị có thể thực hiện một kháng cáo khác.
- Thực hiện một kháng cáo khác có nghĩa là quý vị chuyển đến "Cấp 2" của quy trình kháng cáo.

Phần 8.4 Từng bước: Cách thực hiện Kháng Cáo Cấp 2 để yêu cầu chương trình của chúng tôi bao trả chi phí chăm sóc cho quý vị trong thời gian dài hơn

Nếu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng từ chối kháng cáo của quý vị và quý vị chọn tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau khi bảo hiểm chăm sóc của quý vị kết thúc, thì quý vị có thể thực hiện Kháng Cáo Cấp 2. Trong quá trình Kháng Cáo Cấp 2, quý vị yêu cầu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng xem xét lại quyết định mà họ đã đưa ra cho lần kháng cáo đầu tiên của quý vị. Nếu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng từ chối Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, hoặc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc các dịch vụ của Cơ sở Phục hồi chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF) *sau* ngày chúng tôi thông báo bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc.

Dưới đây là các bước cho Cấp 2 của quy trình kháng cáo:

Bước 1: Quý vị liên hệ lại với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng và yêu cầu đánh giá lại.

- Quý vị phải yêu cầu đánh giá này **trong vòng 60 ngày** sau ngày Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng *từ chối* Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị. Quý vị chỉ có thể yêu cầu đánh giá này nếu quý vị tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau ngày bảo hiểm chăm sóc của quý vị kết thúc.

Bước 2: Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ đánh giá lần hai tình huống của quý vị.

- Những người xét duyệt tại Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị.

Bước 3: Trong vòng 14 ngày kể từ ngày nhận được yêu cầu kháng cáo của quý vị, những người xét duyệt sẽ quyết định về kháng cáo của quý vị và cho quý vị biết quyết định của họ.

Điều gì xảy ra nếu tổ chức đánh giá đồng ý với kháng cáo của quý vị?

- **Chúng tôi phải hoàn trả cho quý vị** phần nghĩa vụ của chúng tôi đối với các chi phí chăm sóc mà quý vị đã nhận được kể từ ngày chúng tôi thông báo bảo hiểm của quý vị sẽ

kết thúc. **Chúng tôi phải tiếp tục bao trả** các dịch vụ chăm sóc miễn sao điều đó là cần thiết về mặt y khoa.

- Quý vị phải tiếp tục thanh toán phần chi phí của mình và có thể có những giới hạn bảo hiểm được áp dụng.

Điều gì xảy ra nếu tổ chức đánh giá từ chối?

- Điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định mà chúng tôi đã đưa ra đối với Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị và sẽ không thay đổi quyết định đó.
- Thông báo quý vị nhận được sẽ thể hiện bằng văn bản những gì quý vị có thể làm nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình đánh giá. Thông báo sẽ cung cấp cho quý vị thông tin chi tiết về cách chuyển sang cấp kháng cáo tiếp theo, cấp này sẽ do Thẩm phán Luật Hành chính hoặc trọng tài giải quyết.

Bước 4: Nếu câu trả lời là từ chối, quý vị sẽ phải quyết định xem có muốn tiếp tục kháng cáo hay không.

- Có ba cấp kháng cáo bổ sung sau Cấp 2, tổng cộng có năm cấp kháng cáo. Nếu những người xét duyệt từ chối Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể chọn chấp nhận quyết định đó hoặc tiếp tục chuyển lên Cấp 3 và thực hiện một kháng cáo khác. Ở Cấp 3, đơn kháng cáo của quý vị sẽ được Thẩm phán Luật Hành chính hoặc trọng tài giải quyết.
- Phần 9 trong chương này cho biết thêm về các Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng cáo.

Phần 8.5 Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn để Kháng Cáo Cấp 1 thì sao?

Thay vào đó, quý vị có thể kháng cáo lên chúng tôi

Như đã giải thích ở trên trong Phần 8.3, quý vị phải nhanh chóng liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng để bắt đầu kháng cáo đầu tiên (tối đa là trong vòng một hoặc hai ngày). Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn liên hệ với tổ chức này, có một cách khác để kháng cáo. Nếu quý vị sử dụng cách khác để kháng cáo, thì *hai cấp kháng cáo đầu tiên sẽ khác nhau.*

Từng bước: Cách thực hiện Kháng Cáo *Thay Thế* Cấp 1

Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng, quý vị có thể kháng cáo lên chúng tôi, yêu cầu "đánh giá nhanh". Đánh giá nhanh là một kháng cáo sử dụng thời hạn nhanh thay vì thời hạn tiêu chuẩn.

Dưới đây là các bước cho Kháng Cáo Thay Thế Cấp 1:

Điều khoản pháp lý
"Đánh giá nhanh" (hoặc "kháng cáo nhanh") còn được gọi là **"kháng cáo cấp tốc."**

Bước 1: Hãy liên hệ với chúng tôi và yêu cầu "đánh giá nhanh".

- Để biết chi tiết về cách liên hệ với chúng tôi, hãy chuyển đến Chương 2, Phần 1 và tìm phần được gọi là, *Cách liên hệ với chúng tôi khi quý vị kháng cáo về dịch vụ chăm sóc y tế của mình*.
- **Hãy chắc chắn yêu cầu "đánh giá nhanh**." Điều này có nghĩa là quý vị yêu cầu chúng tôi phản hồi bằng cách sử dụng thời hạn "nhanh" thay vì thời hạn "tiêu chuẩn".

Bước 2: Chúng tôi thực hiện "đánh giá nhanh" về quyết định mà chúng tôi đã đưa ra về thời điểm kết thúc bảo hiểm cho các dịch vụ của quý vị.

- Trong quá trình đánh giá này, chúng tôi sẽ xem xét lại tất cả thông tin về trường hợp của quý vị. Chúng tôi sẽ kiểm tra xem chúng tôi có tuân thủ tất cả các quy tắc khi chúng tôi ấn định ngày kết thúc bảo hiểm của chương trình cho các dịch vụ mà quý vị đang nhận hay không.
- Chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn "nhanh" thay vì thời hạn tiêu chuẩn để phản hồi lại quý vị kết quả đánh giá này.

Bước 3: Chúng tôi đưa ra quyết định trong vòng 72 giờ kể từ khi quý vị yêu cầu "đánh giá nhanh" ("kháng cáo nhanh").

- **Nếu chúng tôi đồng ý với kháng cáo nhanh của quý vị,** điều đó có nghĩa là chúng tôi đã đồng ý với quý vị rằng quý vị cần các dịch vụ lâu hơn và sẽ tiếp tục cung cấp các dịch vụ được bao trả cho quý vị, miễn sao điều đó là cần thiết về mặt y khoa. Điều đó cũng có nghĩa là chúng tôi đã đồng ý hoàn trả cho quý vị phần nghĩa vụ của chúng tôi đối với chi phí chăm sóc mà quý vị đã nhận được kể từ ngày chúng tôi thông báo bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc. (Quý vị phải thanh toán phần chi phí của mình và có thể có các giới hạn bảo hiểm được áp dụng.)
- **Nếu chúng tôi từ chối kháng cáo nhanh của quý vị,** thì bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc vào ngày mà chúng tôi đã thông báo cho quý vị và chúng tôi sẽ không thanh toán bất kỳ phần chi phí nào sau ngày này.
- Nếu quý vị tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, hoặc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc các dịch vụ của Cơ sở Phục hồi chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF) *sau* ngày mà chúng tôi thông báo bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc, thì **quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí** chăm sóc.

<u>Bước 4:</u> Nếu chúng tôi *từ chối* kháng cáo nhanh của quý vị, trường hợp của quý vị sẽ *tự động* được chuyển đến cấp tiếp theo của quy trình kháng cáo.

- Để đảm bảo rằng chúng tôi đã tuân thủ tất cả các quy tắc khi chúng tôi từ chối kháng cáo nhanh của quý vị, **chúng tôi sẽ gửi kháng cáo của quý vị đến "Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập".** Khi chúng tôi làm việc này, thì có nghĩa là quý vị *tự động* được chuyển sang Cấp 2 của quy trình kháng cáo.

Từng bước: Quy Trình Kháng Cáo *Thay Thế* Cấp 2

Trong quá trình Kháng Cáo Cấp 2, **Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập** sẽ đánh giá quyết định mà chúng tôi đã đưa ra khi chúng tôi từ chối "kháng cáo nhanh" của quý vị. Tổ chức này sẽ quyết định xem quyết định mà chúng tôi đã đưa ra có cần phải thay đổi hay không.

Điều khoản pháp lý
Tên trước đây của "Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập" là **"Pháp Nhân Xét Duyệt Độc Lập."** Nó đôi khi được gọi là **"IRE."**

<u>Bước 1:</u> Chúng tôi sẽ tự động chuyển tiếp trường hợp của quý vị đến Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập.

- Chúng tôi sẽ gửi thông tin về Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị cho Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập trong vòng 24 giờ kể từ khi chúng tôi thông báo cho quý vị rằng chúng tôi từ chối kháng cáo đầu tiên của quý vị. (Nếu quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn này hoặc thời hạn khác, quý vị có thể khiếu nại. Quy trình khiếu nại khác với quy trình kháng cáo. Phần 10 của chương này hướng dẫn cách khiếu nại.)

<u>Bước 2:</u> Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập thực hiện "đánh giá nhanh" kháng cáo của quý vị. Những người xét duyệt sẽ phản hồi quý vị trong vòng 72 giờ.

- **Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập là một tổ chức độc lập do Medicare thuê**. Tổ chức này không được kết nối với chương trình của chúng tôi và không phải là cơ quan chính phủ. Tổ chức này là một công ty được Medicare chọn để đảm nhận công việc là Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập. Medicare sẽ giám sát công việc của tổ chức này.
- Những người xét duyệt tại Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến đơn kháng cáo của quý vị.
- **Nếu tổ chức này *đồng ý* với kháng cáo của quý vị,** thì chúng tôi phải hoàn trả cho quý vị (trả lại cho quý vị) phần nghĩa vụ của chúng tôi đối với các chi phí chăm sóc mà quý vị đã nhận được kể từ ngày chúng tôi thông báo bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc. Chúng tôi cũng phải tiếp tục bao trả chi phí chăm sóc, miễn sao điều đó là cần thiết về mặt y khoa. Quý vị phải tiếp tục thanh toán phần chi phí của mình. Nếu có những giới hạn về bảo hiểm, những giới hạn này có thể giới hạn số tiền chúng tôi hoàn trả hoặc thời gian chúng tôi tiếp tục chi trả cho các dịch vụ của quý vị.

- **Nếu tổ chức này *từ chối* kháng cáo của quý vị,** điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định mà chương trình của chúng tôi đưa ra về kháng cáo đầu tiên của quý vị và sẽ không thay đổi nó.
  - Thông báo quý vị nhận được từ Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập sẽ cho quý vị biết bằng văn bản những gì quý vị có thể làm nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình đánh giá. Thông báo sẽ cung cấp cho quý vị thông tin chi tiết về cách tiếp tục Khiếu nại Cấp 3.

Bước 3: Nếu Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập từ chối kháng cáo của quý vị, quý vị có thể quyết định xem có muốn tiếp tục kháng cáo hay không.

- Có ba cấp kháng cáo bổ sung sau Cấp 2, tổng cộng có năm cấp kháng cáo. Nếu những người xét duyệt từ chối Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể chọn chấp nhận quyết định đó hoặc chuyển lên Cấp 3 và thực hiện một kháng cáo khác. Ở Cấp 3, đơn kháng cáo của quý vị sẽ được Thẩm phán Luật Hành chính hoặc trọng tài giải quyết.
- Phần 9 trong chương này cho biết thêm về các Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng cáo.

PHẦN 9 Thực hiện kháng cáo của quý vị lên Cấp 3 và hơn thế nữa

Phần 9.1 Kháng Cáo Cấp độ 3, 4 và 5 đối với Yêu cầu Dịch vụ Y tế

Phần này có thể phù hợp với quý vị nếu quý vị đã thực hiện Kháng Cáo Cấp 1 và Kháng Cáo Cấp 2 và cả hai kháng cáo của quý vị đều bị từ chối.

Nếu giá trị đô la của hạng mục hoặc dịch vụ y tế mà quý vị đã kháng cáo đáp ứng mức tối thiểu quy định, quý vị có thể chuyển đến các cấp kháng cáo bổ sung. Nếu giá trị đô la nhỏ hơn mức tối thiểu quy định, quý vị không thể kháng cáo thêm. Nếu giá trị đô la đủ cao, văn bản phản hồi mà quý vị nhận được cho Kháng Cáo Cấp 2 sẽ giải thích rõ người cần liên hệ và những gì phải làm để yêu cầu Kháng Cáo Cấp 3.

Đối với hầu hết các tình huống liên quan đến kháng cáo, ba cấp kháng cáo cuối cùng hoạt động theo cùng một cách. Đây là người xử lý đánh giá kháng cáo của quý vị ở mỗi cấp này.

Kháng Cáo Cấp 3	**Một thẩm phán (được gọi là Thẩm phán Luật Hành chính) hoặc một trọng tài làm việc cho chính phủ Liên bang** sẽ đánh giá kháng cáo của quý vị và phản hồi cho quý vị.

- **Nếu Thẩm phán Luật Hành chính hoặc trọng tài đồng ý với kháng cáo của quý vị, thì quy trình kháng cáo *có thể kết thúc* hoặc *có thể không*** - Chúng tôi sẽ quyết định xem có cần kháng cáo quyết định này lên Cấp 4 hay không. Không giống như quyết định

ở Cấp 2 (Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập), chúng tôi có quyền kháng cáo một quyết định Cấp 3 có lợi cho quý vị.

- Nếu chúng tôi quyết định *không* kháng cáo quyết định đó, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ cho quý vị trong vòng 60 ngày kể từ khi nhận được quyết định của Thẩm phán Luật Hành chính hoặc trọng tài.
- Nếu chúng tôi quyết định kháng cáo quyết định này, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị bản sao Yêu cầu Kháng Cáo Cấp 4 cùng với bất kỳ tài liệu nào kèm theo. Chúng tôi có thể đợi quyết định Kháng Cáo Cấp 4 trước khi cho phép hoặc cung cấp dịch vụ đang có tranh chấp.

- **Nếu Thẩm phán Luật Hành chính hoặc trọng tài từ chối kháng cáo của quý vị, thì quy trình kháng cáo *có thể kết thúc* hoặc *có thể không***.
  - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối kháng cáo của mình, thì quy trình kháng cáo sẽ kết thúc.
  - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục chuyển đến cấp tiếp theo của quy trình đánh giá. Nếu Thẩm phán Luật Hành chính hoặc trọng tài từ chối kháng cáo của quý vị, thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết phải làm gì tiếp theo nếu quý vị chọn tiếp tục kháng cáo.

Kháng Cáo Cấp 4	Hội Đồng Kháng Cáo Medicare (Hội đồng) sẽ đánh giá kháng cáo của quý vị và phản hồi cho quý vị. Hội đồng là một phần của chính phủ Liên bang.

- **Nếu câu trả lời là đồng ý, hoặc nếu Hội Đồng từ chối yêu cầu của chúng tôi về việc xem xét một quyết định Kháng Cáo Cấp 3 có lợi, thì quy trình kháng cáo *có thể kết thúc* hoặc *có thể không*** - Chúng tôi sẽ quyết định xem có cần kháng cáo quyết định này lên Cấp 5 hay không. Không giống như quyết định ở Cấp 2 (Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập), chúng tôi có quyền kháng cáo một quyết định Cấp 4 có lợi cho quý vị nếu giá trị của hạng mục hoặc dịch vụ y tế đáp ứng mức tối thiểu quy định.
  - Nếu chúng tôi quyết định *không* kháng cáo quyết định, chúng tôi sẽ cho phép hoặc cung cấp dịch vụ cho quý vị trong vòng 60 ngày kể từ khi nhận được quyết định của Hội Đồng.
  - Nếu chúng tôi quyết định kháng cáo quyết định đó, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản.

- **Nếu câu trả lời là từ chối hoặc nếu Hội Đồng từ chối yêu cầu đánh giá, quy trình kháng cáo *có thể kết thúc* hoặc *có thể không***.
  - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối kháng cáo của mình, thì quy trình kháng cáo sẽ kết thúc.
  - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục chuyển lên cấp tiếp theo của quy trình đánh giá. Nếu Hội Đồng từ chối kháng cáo của quý vị, thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết liệu các quy tắc có cho phép quý vị tiếp tục

Kháng Cáo Cấp 5 hay không. Nếu các quy tắc cho phép quý vị tiếp tục, văn bản thông báo cũng sẽ cho quý vị biết phải liên hệ với ai và phải làm gì tiếp theo nếu quý vị chọn tiếp tục kháng cáo.

Kháng Cáo Cấp 5	Một thẩm phán tại **Tòa án Quận Liên bang** sẽ đánh giá kháng cáo của quý vị.

- Đây là bước cuối cùng của quy trình kháng cáo.

Phần 9.2 Kháng Cáo Cấp 3, 4 và 5 đối với Yêu cầu Thuốc Part D

Phần này có thể phù hợp với quý vị nếu quý vị đã thực hiện Kháng Cáo Cấp 1 và Kháng Cáo Cấp 2 và cả hai kháng cáo của quý vị đều bị từ chối.

Nếu giá trị của loại thuốc mà quý vị kháng cáo đáp ứng mức tiền tối thiểu quy định, quý vị có thể tiếp tục các cấp kháng cáo bổ sung. Nếu giá trị ít hơn mức tiền quy định, quý vị không thể kháng cáo thêm. Văn bản phản hồi mà quý vị nhận được đối với Kháng Cáo Cấp 2 sẽ giải thích rõ cần liên hệ với ai và phải làm những gì để yêu cầu Kháng Cáo Cấp 3.

Đối với hầu hết các tình huống liên quan đến kháng cáo, ba cấp kháng cáo cuối cùng hoạt động theo cùng một cách. Đây là người xử lý đánh giá kháng cáo của quý vị ở mỗi cấp này.

Kháng Cáo Cấp 3:	**Một thẩm phán (được gọi là Thẩm phán Luật Hành chính) hoặc một trọng tài làm việc cho chính phủ Liên bang** sẽ đánh giá kháng cáo của quý vị và phản hồi cho quý vị.

- **Nếu cầu trả lời là đồng ý, quy trình kháng cáo sẽ kết thúc**. Những gì quý vị yêu cầu trong đơn kháng cáo đã được chấp thuận. Chúng tôi phải **cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được Thẩm phán Luật Hành chính hoặc trọng tài phê duyệt **trong vòng 72 giờ (24 giờ đối với kháng cáo cấp tốc) hoặc thanh toán không chậm hơn 30 ngày** kể từ khi nhận được quyết định.
- **Nếu câu trả lời là từ chối, quy trình kháng cáo *có thể kết thúc* hoặc *có thể không***.
  - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối kháng cáo của mình, thì quy trình kháng cáo sẽ kết thúc.
  - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục chuyển đến cấp tiếp theo của quy trình đánh giá. Nếu Thẩm phán Luật Hành chính hoặc trọng tài từ chối kháng cáo của quý vị, thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết phải làm gì tiếp theo nếu quý vị chọn tiếp tục kháng cáo.

Kháng Cáo Cấp 4	**Hội Đồng Kháng Cáo** Medicare (Hội đồng) sẽ đánh giá kháng cáo của quý vị và phản hồi cho quý vị. Hội đồng là một phần của chính phủ Liên bang.

- **Nếu cầu trả lời là đồng ý, quy trình kháng cáo sẽ kết thúc**. Những gì quý vị yêu cầu trong đơn kháng cáo đã được chấp thuận. Chúng tôi phải **cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được Hội Đồng phê duyệt **trong vòng 72 giờ (24 giờ đối với kháng cáo cấp tốc) hoặc thanh toán không chậm hơn 30 ngày** kể từ khi nhận được quyết định.
- **Nếu câu trả lời là từ chối, quy trình kháng cáo *có thể kết thúc* hoặc *có thể không***.
  - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối kháng cáo của mình, thì quy trình kháng cáo sẽ kết thúc.
  - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục chuyển lên cấp tiếp theo của quy trình đánh giá. Nếu Hội Đồng từ chối kháng cáo của quý vị hoặc từ chối yêu cầu xem xét kháng cáo của quý vị, thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết liệu các quy tắc có cho phép quý vị tiếp tục Kháng Cáo Cấp 5 hay không. Nếu các quy tắc cho phép quý vị tiếp tục, văn bản thông báo cũng sẽ cho quý vị biết phải liên hệ với ai và phải làm gì tiếp theo nếu quý vị chọn tiếp tục kháng cáo.

Kháng Cáo Cấp 5	Một thẩm phán tại **Tòa án Quận Liên bang** sẽ đánh giá kháng cáo của quý vị.

- Đây là bước cuối cùng của quy trình kháng cáo.

KHIẾU NẠI

PHẦN 10 Cách khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi, dịch vụ khách hàng hoặc các vấn đề khác

Nếu vấn đề của quý vị là về các quyết định liên quan đến phúc lợi, bảo hiểm hoặc thanh toán, thì phần này *không dành cho quý vị*. Thay vào đó, quý vị cần sử dụng quy trình cho các quyết định bảo hiểm và kháng cáo. Hãy chuyển đến Phần 4 của chương này.

Phần 10.1 Quy trình khiếu nại xử lý những loại vấn đề nào?

Phần này giải thích cách sử dụng quy trình khiếu nại. Quy trình khiếu nại *chỉ* được sử dụng cho một số loại vấn đề nhất định. Bao gồm các vấn đề liên quan đến chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi và dịch vụ khách hàng mà quý vị nhận được. Dưới đây là ví dụ về các loại vấn đề được xử lý bằng quy trình khiếu nại.

Nếu quý vị gặp bất kỳ loại vấn đề nào trong số này, quý vị có thể "khiếu nại"

Khiếu nại	Thí dụ
Chất lượng chăm sóc y tế của quý vị	• Quý vị có không hài lòng với chất lượng dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được (bao gồm cả chăm sóc trong bệnh viện) không?
Tôn trọng quyền riêng tư của quý vị	• Quý vị có tin rằng ai đó đã không tôn trọng quyền riêng tư của quý vị hoặc chia sẻ thông tin về quý vị mà quý vị cảm thấy cần được bảo mật không?
Không tôn trọng, dịch vụ khách hàng kém hoặc các hành vi tiêu cực khác	• Có ai đó đã thô lỗ hoặc thiếu tôn trọng quý vị không? • Quý vị có không hài lòng với cách Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi đối xử với quý vị không? • Quý vị có cảm thấy mình được khuyến khích rời bỏ chương trình không?
Thời gian chờ đợi	• Quý vị có gặp khó khăn trong việc đặt lịch hẹn, hoặc chờ đợi quá lâu để có lịch hẹn không? • Quý vị có bị các bác sĩ, dược sĩ hoặc các chuyên gia y tế khác bắt phải chờ đợi quá lâu không? Hoặc bởi Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi hoặc nhân viên khác trong chương trình không? o Ví dụ như chờ đợi quá lâu trên điện thoại, trong phòng chờ, khi nhận đơn thuốc hoặc trong phòng khám.
Sạch sẽ	• Quý vị có không hài lòng với sự sạch sẽ hoặc tình trạng của phòng khám, bệnh viện, hoặc văn phòng bác sĩ không?
Thông tin quý vị nhận được từ chúng tôi	• Quý vị có tin rằng chúng tôi đã không đưa cho quý vị một thông báo mà chúng tôi buộc phải đưa ra không? • Quý vị có nghĩ rằng thông tin bằng văn bản mà chúng tôi đã cung cấp cho quý vị là khó hiểu không?

Khiếu nại	Thí dụ
Kịp thời (Tất cả các loại khiếu nại này đều liên quan đến tính kịp thời của các hành động của chúng tôi liên quan đến các quyết định bảo hiểm và kháng cáo)	Quy trình yêu cầu quyết định bảo hiểm và kháng cáo được giải thích trong Phần 4-9 của chương này. Nếu quý vị yêu cầu một quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo, quý vị sẽ sử dụng quy trình đó, không phải quy trình khiếu nại. Tuy nhiên, nếu quý vị đã yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo và quý vị cho rằng chúng tôi không phản hồi đủ nhanh, quý vị cũng có thể khiếu nại về sự chậm chạp của chúng tôi. Dưới đây là các ví dụ: • Nếu quý vị đã yêu cầu chúng tôi cung cấp cho quý vị "quyết định bảo hiểm nhanh" hoặc "kháng cáo nhanh" và chúng tôi đã nói rằng chúng tôi không cung cấp, thì quý vị có thể khiếu nại. • Nếu quý vị tin rằng chúng tôi không đáp ứng các thời hạn để đưa ra quyết định bảo hiểm hoặc phản hồi kháng cáo mà quý vị đã đưa ra, thì quý vị có thể khiếu nại. • Khi quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đưa ra được xem xét và chúng tôi được thông báo rằng chúng tôi phải chi trả hoặc hoàn tiền cho một số dịch vụ y tế hoặc thuốc, thì sẽ có những thời hạn áp dụng. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng những thời hạn này, quý vị có thể khiếu nại. • Khi chúng tôi không đưa ra quyết định đúng hạn cho quý vị, chúng tôi buộc phải chuyển trường hợp của quý vị đến Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập. Nếu chúng tôi không làm điều đó trong thời hạn yêu cầu, quý vị có thể khiếu nại.

Phần 10.2 Tên gọi trước đây của "khiếu nại" là "phàn nàn"

Điều khoản pháp lý
• Cái mà phần này gọi là **"khiếu nại"** cũng được gọi là **"phàn nàn."** • Một thuật ngữ khác đối với **"khiếu nại"** là **"phàn nàn."** • Một cách khác để nói **"sử dụng quy trình khiếu nại"** là **"sử dụng quy trình phàn nàn."**

Phần 10.3 Từng bước: Khiếu nại

<u>Bước 1:</u> Liên hệ với chúng tôi ngay lập tức - qua điện thoại hoặc bằng văn bản.

- **Thông thường, gọi cho Dịch Vụ Hội Viên là bước đầu tiên.** Nếu quý vị cần làm bất cứ điều gì khác, Dịch Vụ Hội Viên sẽ cho quý vị biết. Vui lòng liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi theo số 713-442-CARE (2273) hoặc số điện thoại miễn phí 1-866-535-8343 để biết thêm thông tin. (Người dùng TTY vui lòng gọi 711.) Giờ làm việc từ 8:00 a. m. đến 8:00 p. m. theo giờ địa phương, bảy ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 - ngày 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 – ngày 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, giờ làm việc là 8:00 a. m. đến 8:00 p. m., giờ địa phương. Dịch vụ nhắn tin được sử dụng vào cuối tuần, sau giờ làm việc và vào các ngày lễ liên bang. Dịch Vụ Hội Viên có sẵn dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
- **Nếu quý vị không muốn gọi điện (hoặc quý vị đã gọi nhưng không hài lòng), quý vị có thể viết đơn khiếu nại và gửi cho chúng tôi.** Nếu quý vị gửi đơn khiếu nại bằng văn bản, chúng tôi sẽ trả lời đơn khiếu nại của quý vị bằng văn bản.
- **Quý vị có quyền được giải quyết kịp thời các phàn nàn về các dịch vụ và/hoặc các quyết định do chương trình đưa ra.** Các phàn nàn được xem xét từng trường hợp một và chúng tôi sẽ giải quyết phàn nàn nhanh nhất phù hợp với tình trạng sức khỏe của quý vị. Các phàn nàn cấp tốc hoặc phàn nàn nhanh sẽ được phản hồi trong vòng 24 giờ nếu phàn nàn liên quan đến việc chương trình từ chối yêu cầu dịch vụ y tế mà quý vị chưa nhận được. Đơn phàn nàn của quý vị phải được gửi trong vòng 60 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện hoặc sự cố. Chúng tôi sẽ giải quyết các yêu cầu phàn nàn khác trong vòng 30 ngày kể từ khi nhận được. Chúng tôi có thể kéo dài khung thời gian lên đến 14 ngày nếu quý vị yêu cầu gia hạn hoặc nếu chúng tôi có lý do cần thêm thông tin và việc trì hoãn là vì lợi ích tốt nhất của quý vị. Chúng tôi sẽ trả lời các đơn phàn nàn bằng văn bản.
- **Cho dù quý vị gọi điện thoại hay viết đơn, quý vị cũng nên liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên ngay lập tức.** Khiếu nại phải được thực hiện trong vòng 60 ngày kể từ khi quý vị gặp vấn đề mà quý vị muốn khiếu nại.

- **Nếu quý vị khiếu nại vì chúng tôi đã từ chối yêu cầu của quý vị về "quyết định bảo hiểm nhanh" hoặc "kháng cáo nhanh", chúng tôi sẽ tự động gửi cho quý vị một "khiếu nại nhanh".** Nếu quý vị có "khiếu nại nhanh", điều đó có nghĩa là chúng tôi sẽ **phản hồi quý vị trong vòng 24 giờ**.

Điều khoản pháp lý
Cái mà phần này gọi là **"khiếu nại nhanh"** cũng được gọi là **"phàn nàn cấp tốc."**

Bước 2: Chúng tôi xem xét khiếu nại của quý vị và phản hồi cho quý vị.

- **Nếu có thể, chúng tôi sẽ trả lời cho quý vị ngay.** Nếu quý vị gọi cho chúng tôi để khiếu nại, chúng tôi có thể trả lời quý vị luôn trên cuộc gọi đó. Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị cần chúng tôi phải trả lời nhanh chóng thì chúng tôi sẽ thực hiện.
- **Hầu hết các khiếu nại đều được trả lời trong vòng 30 ngày.** Nếu chúng tôi cần thêm thông tin và sự trì hoãn là vì lợi ích tốt nhất của quý vị hoặc nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, chúng tôi có thể mất thêm tối đa 14 ngày (tổng cộng 44 ngày) để trả lời khiếu nại của quý vị. Nếu chúng tôi quyết định kéo dài thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản.
- **Nếu chúng tôi không đồng ý** với một số hoặc tất cả khiếu nại của quý vị hoặc không chịu trách nhiệm về vấn đề quý vị đang khiếu nại, chúng tôi sẽ cho quý vị biết. Phản hồi của chúng tôi sẽ bao gồm lý do từ chối. Chúng tôi phải phản hồi xem có đồng ý với khiếu nại hay không.

Phần 10.4 Quý vị cũng có thể khiếu nại về chất lượng chăm sóc lên Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng

Quý vị có thể khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được bằng cách sử dụng quy trình từng bước được nêu ở trên.

Khi quý vị phàn nàn về *chất lượng chăm sóc*, quý vị cũng có hai lựa chọn bổ sung:

- **Quý vị có thể khiếu nại lên Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng**. Nếu muốn, quý vị có thể khiếu nại trực tiếp về chất lượng dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được lên tổ chức này (*mà không* cần khiếu nại với chúng tôi).
  - Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng là một nhóm các bác sĩ hành nghề và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ Liên bang trả lương để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc dành cho bệnh nhân tham gia Medicare.
  - Để tìm tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng phụ trách tiểu bang của quý vị, hãy xem trong Chương 2, Phần 4, của tập sách này. Nếu quý vị khiếu nại lên tổ chức này, chúng tôi sẽ làm việc với họ để giải quyết khiếu nại của quý vị.
- **Hoặc quý vị có thể khiếu nại lên cả hai cùng một lúc**. Nếu muốn, quý vị có thể khiếu nại về chất lượng chăm sóc với chúng tôi và cả với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng.

Phần 10.5 Quý vị cũng có thể cho Medicare biết về khiếu nại của quý vị

Quý vị có thể gửi thẳng đơn khiếu nại KelseyCare Advantage Platinum đến Medicare. Để gửi đơn khiếu nại đến Medicare, hãy truy cập www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare sẽ xem xét các khiếu nại của

quý vị một cách nghiêm túc và sẽ sử dụng những thông tin này để cải thiện chất lượng của chương trình Medicare.

Nếu quý vị có bất kỳ phản hồi hoặc thắc mắc nào khác, hoặc nếu quý vị cảm thấy chương trình không giải quyết được vấn đề của quý vị, vui lòng gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY/TDD có thể gọi 1-877-486-2048.

CHƯƠNG 10

Chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình

Chương 10. Chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình

PHẦN 1 Giới thiệu 262

Phần 1.1 Chương này tập trung vào việc chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi 262

PHẦN 2 Khi nào quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi? 262

Phần 2.1 Quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong Giai đoạn Ghi danh Hàng năm 262

Phần 2.2 Quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage 263

Phần 2.3 Trong một số tình huống nhất định, quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt 264

Phần 2.4 Quý vị có thể lấy thêm thông tin ở đâu về thời điểm quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình? 265

PHẦN 3 Làm cách nào để quý vị chấm dứt tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi? 265

Phần 3.1 Thông thường, quý vị chấm dứt tư cách hội viên của mình bằng cách ghi danh vào một chương trình khác 265

PHẦN 4 Cho đến khi tư cách hội viên của quý vị chấm dứt, quý vị vẫn phải tiếp tục nhận các dịch vụ y tế và thuốc thông qua chương trình của chúng tôi 267

Phần 4.1 Cho đến khi tư cách hội viên của quý vị chấm dứt, quý vị vẫn là hội viên trong chương trình của chúng tôi 267

PHẦN 5 KelseyCare Advantage Platinum phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình trong một số trường hợp nhất định 268

Phần 5.1 Khi nào chúng tôi phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình? 268

Phần 5.2 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 269

Phần 5.3 Quý vị có quyền khiếu nại nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi 269

PHẦN 1 Giới thiệu

Phần 1.1 Chương này tập trung vào việc chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Việc chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong KelseyCare Advantage Platinum có thể là **tự nguyện** (lựa chọn của riêng quý vị) hoặc **không tự nguyện** (không phải lựa chọn của riêng quý vị):

- Quý vị có thể rời khỏi chương trình của chúng tôi bởi vì quý vị đã quyết định *muốn* rời.
  - Chỉ có một số thời điểm nhất định trong năm, hoặc một số tình huống nhất định, mà quý vị có thể tự nguyện chấm dứt tư cách hội viên của mình trong chương trình. Phần 2 cho quý vị biết *khi nào* quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong chương trình.
  - Quy trình tự nguyện chấm dứt tư cách hội viên của quý vị khác nhau tùy thuộc vào loại bảo hiểm mới mà quý vị chọn. Phần 3 cho quý vị biết cách chấm dứt tư cách hội viên của mình trong từng tình huống.
- Cũng có một số trường hợp hạn chế mà quý vị không chọn rời khỏi, nhưng chúng tôi buộc phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị. Phần 5 cho quý vị biết về các tình huống mà chúng tôi buộc phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị.

Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị phải tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc y tế và thuốc kê toa của mình thông qua chương trình của chúng tôi cho đến khi tư cách hội viên của quý vị chấm dứt.

PHẦN 2 Khi nào quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi?

Quý vị chỉ có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi trong những thời điểm nhất định trong năm, được gọi là các giai đoạn ghi danh. Tất cả các hội viên đều có cơ hội rời khỏi chương trình trong Giai đoạn Ghi danh Hàng năm và trong Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage. Trong một số tình huống nhất định, quý vị cũng có thể đủ điều kiện rời khỏi chương trình vào các thời điểm khác trong năm.

Phần 2.1 Quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong Giai đoạn Ghi danh Hàng năm

Quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong **Giai đoạn Ghi danh Hàng năm** (còn được gọi là "Giai Đoạn Ghi Danh Mở Hàng năm"). Đây là thời điểm mà quý vị nên xem xét bảo hiểm sức khỏe và thuốc của mình và đưa ra quyết định tiếp tục tham gia bảo hiểm cho năm tới.

- **Giai đoạn Ghi danh Hàng năm là khi nào?** Giai đoạn này là từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12.
- **Quý vị có thể chuyển sang loại chương trình nào trong Giai đoạn Ghi danh Hàng năm?** Quý vị có thể chọn duy trì bảo hiểm hiện tại của mình hoặc thay đổi bảo hiểm của quý vị cho năm sắp tới. Nếu quý vị quyết định thay đổi sang một chương trình mới, quý vị có thể chọn bất kỳ loại nào sau đây:
  - Một chương trình sức khỏe Medicare khác. (Quý vị có thể chọn một chương trình bao trả thuốc kê toa hoặc một chương trình không bao trả thuốc kê toa.)
  - Original Medicare *với* một chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt.
  - – *hoặc* – Original Medicare *không có* chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt.
    - **Nếu quý vị nhận được "Trợ giúp Bổ sung (Extra Help)" từ Medicare để thanh toán cho các loại thuốc kê toa của quý vị:** Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh vào một chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt, Medicare có thể ghi danh cho quý vị vào một chương trình thuốc, ngoại trừ quý vị đã chọn không ghi danh tự động.

  Lưu ý: Nếu quý vị rút tên khỏi chương trình bảo hiểm thuốc kê toa Medicare và không được bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy trong 63 ngày liên tiếp, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh muộn Part D nếu quý vị tham gia chương trình thuốc Medicare sau đó. (Bảo hiểm "đáng tin cậy" có nghĩa là bảo hiểm dự kiến sẽ chi trả trung bình ít nhất bằng mức bảo hiểm thuốc kê toa tiêu chuẩn của Medicare.) Xem Chương 1, Phần 5 để biết thêm thông tin về tiền phạt ghi danh muộn.
- **Khi nào tư cách hội viên của quý vị sẽ chấm dứt?** Tư cách hội viên của quý vị sẽ chấm dứt khi chương trình bảo hiểm mới của quý vị bắt đầu vào ngày 1 tháng 1.

Phần 2.2 Quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage

Quý vị có cơ hội thực hiện *một* thay đổi đối với bảo hiểm sức khỏe của mình trong **Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage**.

- **Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage hàng năm là khi nào?** Giai đoạn này là từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3.
- **Quý vị có thể chuyển sang loại chương trình nào trong Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage hàng năm?** Trong giai đoạn này, quý vị có thể:
  - Chuyển sang một Chương trình Medicare Advantage khác. (Quý vị có thể chọn một chương trình bao trả thuốc kê toa hoặc một chương trình không bao trả thuốc kê toa.)
  - Rút tên khỏi chương trình của chúng tôi và mua bảo hiểm thông qua Original Medicare. Nếu quý vị chọn chuyển sang Original Medicare trong giai đoạn này, quý vị cũng có thể tham gia một chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt tại thời điểm đó.

- **Khi nào tư cách hội viên của quý vị sẽ chấm dứt?** Tư cách hội viên của quý vị sẽ chấm dứt vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage khác hoặc chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị để chuyển sang Original Medicare. Nếu quý vị cũng chọn ghi danh vào một chương trình thuốc kê toa Medicare, tư cách hội viên của quý vị trong chương trình thuốc sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chương trình thuốc nhận được yêu cầu ghi danh của quý vị.

Phần 2.3 Trong một số tình huống nhất định, quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt

Trong một số trường hợp nhất định, các hội viên của KelseyCare Advantage Platinum có thể đủ điều kiện để chấm dứt tư cách hội viên của họ vào các thời điểm khác trong năm. Đây được gọi là **Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt**.

- **Ai đủ điều kiện cho Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt?** Nếu bất kỳ trường hợp nào sau đây áp dụng cho quý vị, quý vị có thể đủ điều kiện chấm dứt tư cách hội viên của mình trong Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt. Đây chỉ là những ví dụ, để xem danh sách đầy đủ, quý vị có thể liên hệ với chương trình, gọi cho Medicare, hoặc truy cập trang web Medicare (www.medicare.gov):
  - Thông thường, khi quý vị đã chuyển đi.
  - Nếu quý vị có Medicaid.
  - Nếu quý vị đủ điều kiện nhận "Trợ Giúp Bổ Sung" trong việc thanh toán cho các đơn thuốc Medicare của quý vị.
  - Nếu chúng tôi vi phạm hợp đồng của chúng tôi với quý vị.
  - Nếu quý vị đang được chăm sóc trong một viện, chẳng hạn như viện dưỡng lão hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn (LTC).
  - **Lưu ý:** Nếu quý vị đang tham gia chương trình quản lý thuốc, quý vị không thể thay đổi chương trình. Chương 5, Phần 10 cho quý vị biết thêm về các chương trình quản lý thuốc.
- **Các Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt là khi nào?** Các giai đoạn ghi danh khác nhau tùy thuộc vào tình hình của quý vị.
- **Quý vị có thể làm gì?** Để biết quý vị có hội đủ điều kiện cho Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt hay không, vui lòng gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048. Nếu quý vị hội đủ điều kiện chấm dứt tư cách hội viên của mình vì một tình huống đặc biệt, quý vị có thể chọn thay đổi cả bảo hiểm sức khỏe Medicare và bảo hiểm thuốc kê toa của mình. Điều này có nghĩa là quý vị có thể chọn bất kỳ loại chương trình nào sau đây:
  - Một chương trình sức khỏe Medicare khác. (Quý vị có thể chọn một chương trình bao trả thuốc kê toa hoặc một chương trình không bao trả thuốc kê toa.)
  - Original Medicare *với* một chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt.

- – *hoặc* – Original Medicare *không có* chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt.

Nếu quý vị nhận được "Trợ giúp Bổ sung (Extra Help)" từ Medicare để thanh toán cho các loại thuốc kê toa của quý vị: Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh vào một chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt, Medicare có thể ghi danh cho quý vị vào một chương trình thuốc, ngoại trừ quý vị đã chọn không ghi danh tự động.

Lưu ý: Nếu quý vị rút tên khỏi chương trình bảo hiểm thuốc kê toa Medicare và không được bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy trong thời gian liên tục 63 ngày trở lên, quý vị có thể phải trả khoản tiền phạt ghi danh muộn Part D nếu quý vị tham gia chương trình thuốc Medicare sau đó. (Bảo hiểm "đáng tin cậy" có nghĩa là bảo hiểm dự kiến sẽ chi trả trung bình ít nhất bằng mức bảo hiểm thuốc kê toa tiêu chuẩn của Medicare.) Xem Chương 1, Phần 5 để biết thêm thông tin về tiền phạt ghi danh muộn.

- **Khi nào tư cách hội viên của quý vị sẽ chấm dứt?** Tư cách hội viên của quý vị thường sẽ chấm dứt vào ngày đầu tiên của tháng sau khi nhận được yêu cầu thay đổi chương trình của quý vị.

Phần 2.4 Quý vị có thể lấy thêm thông tin ở đâu về thời điểm quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình?

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào hoặc muốn biết thêm thông tin về thời điểm quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình:

- Quý vị có thể **gọi cho Dịch Vụ Hội Viên** (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này).
- Quý vị có thể tìm thông tin trong cẩm nang ***Medicare & You 2022*** (Medicare và Quý vị 2022).
  - Mọi người tham gia Medicare sẽ nhận được một bản sao cẩm nang *Medicare & You 2022* vào mỗi mùa thu. Người mới tham gia Medicare sẽ được nhận trong vòng một tháng sau khi đăng ký lần đầu tiên.
  - Quý vị cũng có thể tải xuống từ trang web của Medicare (www.medicare.gov). Hoặc, quý vị có thể đặt một bản in bằng cách gọi cho Medicare theo số bên dưới.
- Quý vị có thể liên hệ **Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24/7 . Người dùng TTY nên gọi 1-877-486-2048.

PHẦN 3 Làm cách nào để quý vị chấm dứt tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi?

Phần 3.1 Thông thường, quý vị chấm dứt tư cách hội viên của mình bằng cách ghi danh vào một chương trình khác

Thông thường, để chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi, quý vị chỉ cần ghi danh vào một chương trình Medicare khác trong một trong các giai đoạn ghi danh (xem Phần 2 trong chương này để biết thông tin về các giai đoạn ghi danh). Tuy nhiên, nếu quý

vị muốn chuyển từ chương trình của chúng tôi sang Original Medicare *mà không* có chương trình thuốc kê toa Medicare, quý vị phải yêu cầu rút tên khỏi chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể yêu cầu rút tên theo hai cách:

- Quý vị có thể gửi văn bản yêu cầu cho chúng tôi. Liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên nếu quý vị cần thêm thông tin về cách thực hiện việc này (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này).
- --*hoặc*--Quý vị có thể liên hệ Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24/7. Người dùng TTY nên gọi 1-877-486-2048.

Lưu ý: Nếu quý vị rút tên khỏi chương trình bảo hiểm thuốc kê toa Medicare và không được bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy trong thời gian liên tục 63 ngày trở lên, quý vị có thể phải trả khoản tiền phạt ghi danh muộn Part D nếu quý vị tham gia chương trình thuốc Medicare sau đó. (Bảo hiểm "đáng tin cậy" có nghĩa là bảo hiểm dự kiến sẽ chi trả trung bình ít nhất bằng mức bảo hiểm thuốc kê toa tiêu chuẩn của Medicare.) Xem Chương 1, Phần 5 để biết thêm thông tin về tiền phạt ghi danh muộn.

Bảng dưới đây giải thích cách quý vị chấm dứt tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi.

Nếu quý vị muốn chuyển từ chương trình của chúng tôi sang:	**Đây là những gì quý vị nên làm:**
• Một chương trình sức khỏe Medicare khác.	• Ghi danh vào chương trình sức khỏe Medicare mới. Quý vị sẽ tự động được rút tên khỏi KelseyCare Advantage Platinum khi chương trình bảo hiểm mới của quý vị bắt đầu.
• Original Medicare *với* một chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt.	• Ghi danh vào chương trình thuốc kê toa Medicare mới. Quý vị sẽ tự động được rút tên khỏi KelseyCare Advantage Platinum khi chương trình bảo hiểm mới của quý vị bắt đầu.

Nếu quý vị muốn chuyển từ chương trình của chúng tôi sang:	Đây là những gì quý vị nên làm:
• Original Medicare *không có* chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt. ○ **Lưu ý:** Nếu quý vị rút tên khỏi chương trình thuốc kê toa Medicare và không được bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy trong 63 ngày liên tiếp, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh muộn nếu quý vị tham gia chương trình thuốc Medicare sau đó. Xem Chương 1, Phần 5 để biết thêm thông tin về tiền phạt ghi danh muộn.	• **Gửi cho chúng tôi một văn bản yêu cầu rút tên.** Liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên nếu quý vị cần thêm thông tin về cách thực hiện việc này (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này). • Quý vị cũng có thể liên hệ **Medicare**, theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24/7, và yêu cầu rút tên. Người dùng TTY nên gọi 1-877-486-2048. • Quý vị sẽ được rút tên khỏi KelseyCare Advantage Platinum khi bảo hiểm của quý vị trong Original Medicare bắt đầu.

PHẦN 4 Cho đến khi tư cách hội viên của quý vị chấm dứt, quý vị vẫn phải tiếp tục nhận các dịch vụ y tế và thuốc thông qua chương trình của chúng tôi

Phần 4.1 Cho đến khi tư cách hội viên của quý vị chấm dứt, quý vị vẫn là hội viên trong chương trình của chúng tôi

Nếu quý vị rời khỏi KelseyCare Advantage Platinum, có thể mất chút thời gian trước khi tư cách hội viên của quý vị chấm dứt và bảo hiểm Medicare mới của quý vị có hiệu lực. (Xem Phần 2 để biết thông tin về thời điểm bảo hiểm mới của quý vị bắt đầu.) Trong thời gian này, quý vị phải tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc y tế và thuốc kê toa thông qua chương trình của chúng tôi.

- **Quý vị nên tiếp tục sử dụng các hiệu thuốc trong mạng lưới của chúng tôi để mua thuốc kê toa cho đến khi tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi chấm dứt.** Thông thường, các loại thuốc kê toa của quý vị chỉ được chi trả nếu mua tại một hiệu thuốc trong mạng lưới, bao gồm thông qua các dịch vụ được đặt hàng qua thư của chúng tôi.
- **Nếu quý vị nhập viện vào ngày tư cách hội viên của quý vị chấm dứt, thời gian nằm viện của quý vị thường sẽ được chương trình của chúng tôi chi trả cho đến khi quý vị xuất viện** (ngay cả khi quý vị được xuất viện sau khi bảo hiểm sức khỏe mới của quý vị bắt đầu).

PHẦN 5 KelseyCare Advantage Platinum phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình trong một số trường hợp nhất định

Phần 5.1 Khi nào chúng tôi phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình?

KelseyCare Advantage Platinum phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình nếu bất kỳ điều nào sau đây xảy ra:

- Nếu quý vị không còn Medicare Part A và Part B.
- Nếu quý vị chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi.
- Nếu quý vị đi khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi hơn sáu tháng.
  - Nếu quý vị di chuyển hoặc đi công tác dài, quý vị cần gọi cho Dịch Vụ Hội Viên để tìm hiểu xem nơi quý vị sắp chuyển đến hoặc đi đến có nằm trong khu vực của chương trình của chúng tôi hay không. (Số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Hội Viên được in ở bìa sau của tập tài liệu này.)
- Nếu quý vị bị giam giữ (đi tù).
- Nếu quý vị không phải là công dân Hoa Kỳ hoặc hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ.
- Nếu quý vị nói dối hoặc giấu thông tin về bảo hiểm khác mà quý vị có, cung cấp bảo hiểm thuốc kê toa.
- Nếu quý vị cố tình cung cấp cho chúng tôi thông tin không chính xác khi quý vị ghi danh vào chương trình của chúng tôi và thông tin đó ảnh hưởng đến tính đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi. (Chúng tôi không thể bắt quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do này trừ khi chúng tôi được Medicare cho phép trước.)
- Nếu quý vị liên tục hành xử theo cách gây rối và gây khó khăn cho chúng tôi trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị và các hội viên khác trong chương trình của chúng tôi. (Chúng tôi không thể bắt quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do này trừ khi chúng tôi được Medicare cho phép trước.)
- Nếu quý vị để người khác sử dụng thẻ hội viên của mình để được chăm sóc y tế. (Chúng tôi không thể bắt quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do này trừ khi chúng tôi được Medicare cho phép trước.)
  - Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị vì lý do này, Medicare có thể yêu cầu Tổng Thanh tra điều tra trường hợp của quý vị.
- Nếu quý vị không trả tiền phạt ghi danh muộn và số tiền quý vị nợ vượt quá $150.
- Nếu quý vị được yêu cầu trả thêm số tiền Part D theo thu nhập của quý vị và quý vị không trả, Medicare sẽ rút tên quý vị khỏi chương trình của chúng tôi và quý vị sẽ mất bảo hiểm thuốc kê toa.

Quý vị có thể lấy thêm thông tin ở đâu?

Nếu quý vị có câu hỏi hoặc muốn biết thêm thông tin về thời điểm chúng tôi có thể chấm dứt tư cách hội viên của quý vị:

- Quý vị có thể gọi cho **Dịch Vụ Hội Viên** để biết thêm thông tin (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này).

Phần 5.2 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

Quý vị nên làm gì nếu điều này xảy ra?

Nếu quý vị cảm thấy rằng quý vị bị yêu cầu rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do liên quan đến sức khỏe, quý vị nên gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi 24/7.

Phần 5.3 Quý vị có quyền khiếu nại nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi, chúng tôi phải cho quý vị biết lý do của chúng tôi bằng văn bản về việc chấm dứt tư cách hội viên của quý vị. Chúng tôi cũng phải giải thích cho quý vị cách phàn nàn hoặc khiếu nại về quyết định chấm dứt tư cách hội viên của quý vị. Quý vị có thể xem trong Chương 9, Phần 10 để biết thông tin về cách khiếu nại.

CHƯƠNG 11

Thông báo pháp lý

Chương 11. Thông báo pháp lý

PHẦN 1 **Thông báo về luật điều chỉnh 272**

PHẦN 2 **Thông báo về không phân biệt đối xử 272**

PHẦN 3 **Thông báo về quyền đại diện của Bên chi trả thứ cấp Medicare 272**

PHẦN 1 Thông báo về luật điều chỉnh

Có nhiều luật được áp dụng cho *Chứng Thư Bảo Hiểm* này và một số điều khoản bổ sung có thể được áp dụng theo yêu cầu pháp luật. Điều này có thể ảnh hưởng đến quyền và trách nhiệm của quý vị ngay cả khi luật không được dẫn chiếu hoặc giải thích trong tài liệu này. Luật chính áp dụng cho tài liệu này là Đề Mục XVIII của Đạo Luật An Sinh Xã Hội và các quy định được tạo ra theo Đạo Luật An Sinh Xã Hội bởi Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services), hoặc CMS. Ngoài ra, các luật khác của Liên bang có thể được áp dụng và trong những trường hợp nhất định, áp dụng cả luật của tiểu bang nơi quý vị đang sống.

PHẦN 2 Thông báo về không phân biệt đối xử

Chương trình của chúng tôi phải tuân theo luật bảo vệ quý vị khỏi sự phân biệt đối xử hoặc đối xử bất công. **Chúng tôi không phân biệt đối xử** dựa trên chủng tộc, dân tộc, nguồn gốc quốc gia, màu da, tôn giáo, giới tính, tuổi tác, khuyết tật về tâm thần hoặc thể chất, tình trạng sức khỏe, kinh nghiệm đòi bồi thường, lịch sử y tế, thông tin di truyền, bằng chứng về khả năng bảo hiểm hoặc vị trí địa lý trong khu vực dịch vụ. Tất cả các tổ chức cung cấp chương trình Medicare Advantage, giống như chương trình của chúng tôi, phải tuân theo luật Liên bang chống phân biệt đối xử, bao gồm Đề mục VI của Đạo luật Dân quyền (Civil Rights Act) năm 1964, Đạo luật Phục hồi (Rehabilitation Act) năm 1973, Đạo luật Chống Phân biệt Đối xử Dựa trên Tuổi tác (Age Discrimination Act) năm 1975, Đạo luật Người Mỹ Khuyết tật (Americans with Disabilities Act), Mục 1557 của Đạo luật Chăm sóc Sức khỏe Hợp túi tiền (Affordable Care Act), tất cả các luật khác áp dụng cho các tổ chức nhận được tài trợ của Liên bang, và bất kỳ luật và quy tắc nào khác áp dụng vì bất kỳ lý do nào khác.

Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin hoặc có lo ngại về phân biệt đối xử hoặc đối xử bất công, vui lòng gọi cho **Văn Phòng Dân Quyền (Office for Civil Rights)** của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ (Department of Health and Human Services) theo số 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) hoặc Văn Phòng Dân Quyền tại địa phương của quý vị.

Nếu quý vị bị khuyết tật và cần trợ giúp để tiếp cận dịch vụ chăm sóc, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số của Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này). Nếu quý vị có khiếu nại, chẳng hạn như gặp vấn đề với việc sử dụng xe lăn, Dịch Vụ Hội Viên có thể trợ giúp.

PHẦN 3 Thông báo về quyền đại diện của Bên chi trả thứ cấp Medicare

Chúng tôi có quyền và trách nhiệm thu tiền đối với các dịch vụ Medicare được bao trả mà Medicare không phải là người chi trả chính. Theo các quy định của CMS tại 42 CFR mục 422.108 và 423.462, KelseyCare Advantage Platinum, với tư cách là Tổ chức Medicare Advantage, sẽ thực hiện các quyền khôi phục tương tự như Thư ký thực hiện theo quy định của

CMS trong các tiểu phần B đến D trong phần 411 của 42 CFR và các quy tắc được thiết lập trong phần này thay thế bất kỳ luật nào của Tiểu bang.

CHƯƠNG 12

Định nghĩa các từ quan trọng

Chương 12. Định nghĩa các từ quan trọng

Bậc Chia Sẻ Chi Phí – Mọi loại thuốc trong danh sách thuốc được bao trả đều thuộc một trong 5 bậc chia sẻ chi phí. Nói chung, bậc chia sẻ chi phí càng cao thì chi phí mua thuốc của quý vị càng cao.

Bác Sĩ Chăm Sóc Chính (PCP) – Bác sĩ chăm sóc chính của quý vị là bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác mà quý vị sẽ gặp trước tiên đối với hầu hết các vấn đề sức khỏe. Người này đảm bảo rằng quý vị nhận được sự chăm sóc cần thiết để giữ gìn sức khỏe cho quý vị. Họ cũng có thể nói chuyện với các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác về dịch vụ chăm sóc của quý vị và giới thiệu quý vị với họ. Trong nhiều chương trình sức khỏe Medicare, quý vị phải gặp bác sĩ chăm sóc chính của mình trước khi quý vị gặp bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác. Xem Chương 3, Phần 2.1 để biết thông tin về Bác Sĩ Chăm Sóc Chính.

Bảo Hiểm Thuốc Kê Toa Medicare (Medicare Part D) – Bảo hiểm giúp thanh toán thuốc kê toa cho bệnh nhân ngoại trú, vắc xin, sinh phẩm và một số vật tư không thuộc phạm vi bảo hiểm của Medicare Part A hoặc Part B.

Bảo hiểm Thuốc Theo toa Đáng tin cậy – Bảo hiểm thuốc kê toa (ví dụ, từ chủ lao động hoặc nghiệp đoàn) dự kiến sẽ chi trả trung bình ít nhất bằng mức bảo hiểm thuốc kê toa tiêu chuẩn của Medicare. Những người có loại bảo hiểm này khi họ hội đủ điều kiện cho Medicare có thể giữ bảo hiểm đó mà không phải trả tiền phạt, nếu họ quyết định ghi danh vào bảo hiểm thuốc kê toa Medicare sau này.

Bộ Phận Giả và Dụng Cụ Chỉnh Hình – Đây là những thiết bị y tế do bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác yêu cầu. Các mục được bao trả sẽ bao gồm, nhưng không giới hạn ở, cánh tay, lưng, và nẹp cổ; chi giả; mắt giả; và các thiết bị cần thiết để thay thế một bộ phận hoặc chức năng cơ thể bên trong, bao gồm các đồ chứa chất thải và liệu pháp dinh dưỡng qua đường ruột và đường tiêm.

Các Dịch Vụ Được Medicare Bao Trả – Các dịch vụ được Medicare Part A và Part B bao trả. Tất cả các chương trình chăm sóc sức khỏe của Medicare, trong đó có chương trình của chúng tôi, phải bao trả tất cả các dịch vụ được Medicare Part A và Part B bao trả.

Cần Thiết Về Mặt Y Khoa – Các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc cần thiết để phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị tình trạng bệnh của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp nhận về thực hành y khoa.

Cấp cứu – Cấp cứu y tế là khi quý vị, hoặc bất kỳ người dân cẩn trọng nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và y học, tin rằng quý vị có các triệu chứng y tế cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để tránh mất mạng, mất chi hoặc mất chức năng của một chi. Các triệu chứng y tế có thể là bệnh tật, chấn thương, đau dữ dội hoặc tình trạng sức khỏe xấu đi nhanh chóng.

Chăm sóc Giám hộ – Chăm sóc giám hộ là dịch vụ chăm sóc cá nhân được cung cấp trong viện dưỡng lão, nhà an dưỡng cuối đời hoặc cơ sở khác khi quý vị không cần chăm sóc y tế chuyên môn hoặc chăm sóc điều dưỡng chuyên môn. Chăm sóc giám hộ là dịch vụ chăm sóc cá nhân có thể được cung cấp bởi những người không có kỹ năng chuyên môn hoặc không qua đào tạo, chẳng hạn như giúp đỡ trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày như tắm rửa, thay quần áo, ăn uống, ra vào giường hoặc ghế, di chuyển xung quanh và sử dụng phòng tắm. Nó cũng có thể bao gồm loại chăm sóc liên quan đến sức khỏe mà hầu hết mọi người tự làm được, như sử dụng thuốc nhỏ mắt. Medicare không chi trả cho dịch vụ chăm sóc giám hộ.

Chăm sóc Khẩn cấp – Bao trả cho các dịch vụ: 1) được cung cấp bởi một nhà cung cấp đủ điều kiện để cung cấp các dịch vụ khẩn cấp; và 2) cần thiết để điều trị, đánh giá hoặc ổn định tình trạng y tế khẩn cấp.

Chăm Sóc tại Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Môn (Skilled Nursing Facility, SNF) – Các dịch vụ chăm sóc điều dưỡng và phục hồi chức năng chuyên môn được cung cấp liên tục hàng ngày trong một cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Ví dụ về chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn bao gồm vật lý trị liệu hoặc tiêm tĩnh mạch mà chỉ y tá hoặc bác sĩ có chứng chỉ hành nghề mới có thể thực hiện.

Chỉ định Được chấp thuận Về mặt y tế – Việc sử dụng một loại thuốc đã được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm phê duyệt hoặc được hỗ trợ bởi một số sách tham khảo nhất định. Xem Chương 5, Phần 3 để biết thêm thông tin về một chỉ định được chấp nhận về mặt y tế.

Chi Phí Xuất Túi – Xem định nghĩa về "chia sẻ chi phí" ở trên. Yêu cầu chia sẻ chi phí của hội viên để thanh toán cho một phần dịch vụ hoặc thuốc nhận được cũng được gọi là yêu cầu về chi phí "xuất túi" của hội viên.

Chia Sẻ Chi Phí – Chia sẻ chi phí đề cập đến số tiền mà một hội viên phải trả khi nhận các dịch vụ hoặc thuốc. Chia sẻ chi phí bao gồm bất kỳ sự kết hợp nào của ba loại thanh toán sau: (1) bất kỳ số tiền khấu trừ nào mà một chương trình có thể áp dụng trước khi bao trả cho các dịch vụ hoặc thuốc; (2) bất kỳ số tiền "đồng thanh toán" cố định nào mà chương trình yêu cầu khi nhận một dịch vụ hoặc loại thuốc cụ thể; hoặc (3) bất kỳ số tiền "đồng bảo hiểm" nào, tỷ lệ phần trăm của tổng số tiền được thanh toán cho một dịch vụ hoặc thuốc, mà chương trình yêu cầu khi nhận một dịch vụ hoặc loại thuốc cụ thể. "Tỷ lệ chia sẻ chi phí hàng ngày" có thể được áp dụng khi bác sĩ của quý vị kê đơn loại thuốc nhất định cho quý vị ít hơn một tháng đủ và quý vị phải thanh toán một khoản đồng thanh toán.

Chia Sẻ Chi Phí Tiêu Chuẩn– Chia sẻ chi phí tiêu chuẩn là chia sẻ chi phí khác với chia sẻ chi phí ưu đãi được cung cấp tại một nhà thuốc trong mạng lưới.

Chia Sẻ Chi Phí Ưu tiên – Chia sẻ chi phí ưu tiên có nghĩa là chia sẻ chi phí thấp hơn cho một số loại thuốc Part D được bao trả tại một số hiệu thuốc trong mạng lưới.

Chính Sách "Medigap" (Bảo Hiểm Bổ Sung Medicare) – Bảo hiểm bổ sung Medicare do các công ty bảo hiểm tư nhân bán để lấp đầy "các thiếu sót" trong Original Medicare. Các chính sách của Medigap chỉ hoạt động với Original Medicare. (Chương trình Medicare Advantage không phải là chính sách Medigap.)

Cho Phép Trước – Chấp thuận trước để nhận các dịch vụ hoặc một số loại thuốc có thể có hoặc không có trong danh mục thuốc của chúng tôi. Một số dịch vụ y tế trong mạng lưới chỉ được bao trả 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 có sự cho phép trước sẽ được đánh dấu trong Sơ Đồ Phúc Lợi ở Chương 4. Một số loại thuốc chỉ được chi trả khi bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác được chúng tôi "cho phép trước." Thuốc được bao trả cần cho phép trước sẽ được đánh dấu trong danh mục thuốc.

Chứng Thư Bảo Hiểm (EOC) và Thông tin Tiết lộ – Tài liệu này, cùng với biểu mẫu ghi danh của quý vị và bất kỳ tài liệu đính kèm nào khác, văn bản sửa đổi hợp đồng hoặc hợp đồng bảo hiểm tự nguyện khác đã chọn, giải thích phạm vi bảo hiểm của quý vị, những gì chúng tôi phải làm, các quyền của quý vị và những gì quý vị phải làm với tư cách là một hội viên trong chương trình của chúng tôi.

Chương Trình Chiết Khấu Khoảng Chờ Bao Trả Medicare (Medicare Coverage Gap Discount Program) –Một chương trình cung cấp chiết khấu đối với hầu hết các loại thuốc biệt dược Part D được bao trả cho các hội viên Part D đã đạt đến Giai đoạn Khoảng Chờ Bao Trả và những người chưa nhận được "Trợ Giúp Bổ Sung". Chiết khấu dựa trên thỏa thuận giữa chính phủ Liên bang và các nhà sản xuất thuốc nhất định. Vì lý do này, hầu hết, nhưng không phải tất cả, thuốc biệt dược đều được chiết khấu.

Chương Trình Medicare Advantage (MA) – Đôi khi được gọi là Medicare Part C. Một chương trình được cung cấp bởi một công ty tư nhân có hợp đồng với Medicare để cung cấp cho quý vị tất cả các phúc lợi Medicare Part A và Part B. Chương Trình Medicare Advantage có thể là một chương trình HMO, PPO, một chương trình Dịch Vụ Thu Phí Tư Nhân (Private Fee-for-Service, PFFS), hoặc một chương trình Tài Khoản Tiết Kiệm Y Tế Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Khi quý vị ghi danh vào Chương trình Medicare Advantage, các dịch vụ của Medicare được bao trả thông qua chương trình, và không được thanh toán theo Original Medicare. Trong hầu hết các trường hợp, Chương trình Medicare Advantage cũng cung cấp Medicare Part D (bảo hiểm thuốc kê toa). Các chương trình này được gọi là **Medicare Advantage Plans with Prescription Drug Coverage**. Tất cả những người có Medicare Part A và Part B đều đủ điều kiện tham gia bất kỳ chương trình sức khỏe Medicare Advantage nào được cung cấp trong khu vực của họ.

Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt (Special Needs Plan) – Một loại Chương trình Medicare Advantage đặc biệt cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tập trung hơn cho các nhóm người cụ thể, chẳng hạn như những người có cả Medicare và Medicaid, những người đang cư trú tại một viện dưỡng lão hoặc những người mắc một số bệnh mạn tính.

Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt của Tổ chức (Institutional Special Needs Plan, SNP) – Một Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt ghi danh những cá nhân đủ điều kiện cư trú hoặc dự kiến sẽ liên tục cư trú trong 90 ngày hoặc lâu hơn trong một cơ sở chăm sóc dài kỳ (LTC). Các cơ sở LTC này có thể bao gồm cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF), cơ sở điều dưỡng (NF), (SNF/NF), Cơ sở Chăm sóc Trung cấp Dành cho Người khuyết tật Phát triển (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF/IID) và/hoặc cơ sở tâm thần nội trú. Một Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt của tổ chức để phục vụ cư dân Medicare tại các cơ sở LTC phải có thỏa thuận hợp đồng với (hoặc sở hữu và vận hành) (các) cơ sở LTC cụ thể.

Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt Tổ chức hoặc Tương đương (Institutional Equivalent Special Needs Plan, SNP) – Một Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt của tổ chức ghi danh những cá nhân đủ điều kiện sống trong cộng đồng nhưng yêu cầu mức độ chăm sóc của tổ chức dựa trên đánh giá của Tiểu bang. Việc đánh giá phải được thực hiện bằng cùng một công cụ đánh giá mức độ chăm sóc tương ứng của Tiểu bang và được quản lý bởi một tổ chức không phải là tổ chức cung cấp chương trình. Loại Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt này có thể hạn chế việc ghi danh đối với những cá nhân cư trú trong một cơ sở trợ giúp an dưỡng theo hợp đồng (ALF) nếu cần thiết để đảm bảo cung cấp dịch vụ chăm sóc chuyên biệt một cách đồng nhất.

Chương Trình Sức Khỏe Medicare – Một chương trình sức khỏe Medicare được cung cấp bởi một công ty tư nhân có hợp đồng với Medicare để cung cấp các phúc lợi Part A và Part B cho những người tham gia Medicare ghi danh vào chương trình. Thuật ngữ này bao gồm tất cả các Chương trình Medicare Advantage, Chương trình Medicare Cost, Các Chương trình Demonstration/Pilot, và Các Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người cao tuổi (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Chương trình Tổ chức Cung cấp Ưu đãi (Preferred Provider Organization, PPO) – Chương trình Tổ chức Cung cấp Ưu đãi là Chương trình Medicare Advantage có mạng lưới các nhà cung cấp theo hợp đồng đã đồng ý điều trị cho các hội viên của chương trình với một số tiền thanh toán cụ thể. Một chương trình PPO phải bao gồm tất cả các phúc lợi của chương trình cho dù đến từ các nhà cung cấp trong mạng lưới hay ngoài mạng lưới. Chia sẻ chi phí của hội viên nói chung sẽ cao hơn khi các phúc lợi của chương trình nhận được từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Các gói PPO có giới hạn hàng năm đối với chi phí xuất túi của quý vị cho các dịch vụ nhận được từ các nhà cung cấp (ưu đãi) trong mạng lưới và giới hạn cao hơn về tổng chi phí xuất túi kết hợp của quý vị cho các dịch vụ từ cả các nhà cung cấp (ưu đãi) trong mạng lưới và (không ưu đãi) ngoài mạng lưới.

Cở Sở Phục Hồi Chức Năng Ngoại Trú Toàn Diện (CORF) – Cơ sở chủ yếu cung cấp các dịch vụ phục hồi chức năng sau khi chữa bệnh hoặc chấn thương và cung cấp nhiều dịch vụ bao gồm vật lý trị liệu, các dịch vụ xã hội hoặc tâm lý, liệu pháp hô hấp, liệu pháp chức năng và các dịch vụ bệnh lý âm ngữ-ngôn ngữ, và các dịch vụ đánh giá môi trường tại nhà.

Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh mục hoặc "Danh Sách Thuốc") – Một danh sách các loại thuốc kê toa được chương trình bao trả. Các loại thuốc trong danh sách này được chương trình lựa chọn với sự giúp đỡ của các bác sĩ và dược sĩ. Danh sách bao gồm cả thuốc biệt dược (brand name) và thuốc thế phẩm (generic).

Dịch Vụ Cấp Thiết – Các dịch vụ cấp thiết được cung cấp để điều trị bệnh, chấn thương hoặc tình trạng không khẩn cấp, không lường trước, cần được chăm sóc y tế ngay lập tức. Dịch vụ cấp thiết có thể được các nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc nhà cung cấp ngoài mạng lưới cung cấp khi các nhà cung cấp trong mạng lưới tạm thời không có mặt hoặc không tiếp cận được.

Dịch vụ Được Bao trả – Thuật ngữ chung mà chúng tôi sử dụng để chỉ tất cả các dịch vụ và vật tư chăm sóc sức khỏe được chương trình của chúng tôi bao trả.

Dịch Vụ Hội Viên – Một bộ phận trong chương trình của chúng tôi chịu trách nhiệm trả lời các câu hỏi của quý vị về tư cách hội viên, phúc lợi, khiếu nại và kháng cáo của quý vị. Xem Chương 2 để biết thông tin về cách liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên.

Dịch Vụ Phục Hồi Chức Năng – Các dịch vụ này bao gồm vật lý trị liệu, liệu pháp ngôn ngữ và liệu pháp chức năng.

Đồng bảo hiểm – Một số tiền quý vị có thể phải trả như phần chia sẻ chi phí của quý vị cho các dịch vụ hoặc thuốc kê toa sau khi quý vị thanh toán bất kỳ khoản khấu trừ nào. Đồng bảo hiểm thường là theo tỷ lệ phần trăm (ví dụ, 20%).

Đồng thanh toán (hoặc "copay") – Một khoản tiền mà quý vị có thể phải thanh toán như phần chia sẻ chi phí của quý vị cho một dịch vụ hoặc nguồn cung cấp y tế, chẳng hạn như khám bác sĩ, khám ngoại trú tại bệnh viện hoặc mua thuốc kê toa. Khoản đồng thanh toán là một số tiền đã ấn định, chứ không phải là một tỷ lệ phần trăm. Ví dụ: quý vị có thể trả $10 hoặc $20 cho một lần khám bác sĩ hoặc mua thuốc kê toa.

Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu – Đây là giai đoạn trước khi tổng chi phí thuốc của quý vị bao gồm số tiền quý vị đã thanh toán và số tiền mà chương trình của quý vị đã trả thay cho quý vị trong năm đạt $4,430.

Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu – Giới hạn bảo hiểm tối đa trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu.

Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa – Giai đoạn trong Phúc Lợi Thuốc Part D, quý vị trả một khoản đồng thanh toán thấp hoặc đồng bảo hiểm cho thuốc của mình sau khi quý vị hoặc các bên đủ điều kiện khác thay mặt quý vị đã chi $7,050 cho các loại thuốc được bao trả trong năm bảo hiểm.

Giai đoạn Ghi danh Ban đầu – Khi quý vị lần đầu tiên đủ điều kiện tham gia Medicare, khoảng thời gian mà quý vị có thể đăng ký Medicare Part A và Part B. Ví dụ, nếu quý vị đủ điều kiện tham gia Medicare khi quý vị bước sang tuổi 65, Giai đoạn Ghi danh Ban đầu của quý vị là Khoảng thời gian 7 tháng bắt đầu 3 tháng trước tháng quý vị 65 tuổi, bao gồm cả tháng quý vị 65 tuổi và kết thúc 3 tháng sau tháng quý vị 65 tuổi.

Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt – Thời gian ấn định để các hội viên có thể thay đổi các chương trình sức khỏe hoặc thuốc của họ hoặc quay trở lại Original Medicare. Các tình huống mà quý vị có thể đủ điều kiện cho Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt bao gồm: nếu quý vị chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ, nếu quý vị đang được "Trợ Giúp Bổ Sung" về chi phí thuốc kê toa của mình, nếu quý vị chuyển vào viện dưỡng lão, hoặc nếu chúng tôi vi phạm hợp đồng của mình với quý vị.

Giai đoạn Ghi danh Hàng năm – Một thời gian ấn định vào mỗi mùa thu để các hội viên có thể thay đổi các chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc thuốc của mình hoặc chuyển sang Original Medicare. Giai đoạn Ghi danh Hàng năm là từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12.

Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage – Thời gian ấn định mỗi năm để các hội viên trong chương trình Medicare Advantage có thể hủy ghi danh chương trình của họ và chuyển sang một chương trình Medicare Advantage khác, hoặc mua bảo hiểm thông qua Original Medicare. Nếu quý vị chọn chuyển sang Original Medicare trong giai đoạn này, quý vị cũng có thể tham gia một chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt tại thời điểm đó. Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage là từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3, và cũng áp dụng trong khoảng thời gian 3 tháng kể từ khi một cá nhân đủ điều kiện tham gia Medicare lần đầu tiên.

Giới Hạn Số Lượng – Một công cụ quản lý được thiết kế để hạn chế việc sử dụng các loại thuốc đã chọn vì lý do chất lượng, an toàn hoặc sử dụng. Giới hạn có thể liên quan đến số lượng thuốc mà chúng tôi bao trả cho mỗi toa thuốc hoặc trong một khoảng thời gian xác định.

Hiệp hội Hành nghề Độc lập (Independent Practice Association, IPA) - Một tổ chức các bác sĩ được thành lập để ký hợp đồng với bên chi trả thứ ba.

Hiệu Thuốc Ngoài Mạng Lưới – Hiệu thuốc không có hợp đồng với chương trình của chúng tôi để phối hợp hoặc cung cấp các loại thuốc được bao trả cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi. Như đã giải thích trong Chứng Thư Bảo Hiểm này, hầu hết các loại thuốc quý vị nhận được từ các hiệu thuốc ngoài mạng lưới không được chương trình của chúng tôi bao trả trừ khi áp dụng một số điều kiện nhất định.

Hiệu Thuốc Trong Mạng Lưới – Hiệu thuốc trong mạng lưới là hiệu thuốc nơi các hội viên trong chương trình của chúng tôi có thể nhận được phúc lợi thuốc kê toa của họ. Chúng tôi gọi đó là "hiệu thuốc trong mạng lưới" vì họ ký hợp đồng với chương trình của chúng tôi. Trong hầu hết các trường hợp, đơn thuốc của quý vị chỉ được bao trả nếu mua tại một trong các hiệu thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.

Hỗ Trợ Người Thu Nhập Thấp (LIS) – Xem "Trợ Giúp Bổ Sung".

Hội Viên (Hội Viên Chương Trình của chúng tôi, hoặc "Hội Viên Chương Trình") – Người tham gia Medicare đủ điều kiện nhận các dịch vụ được bao trả, người đã ghi danh vào chương trình của chúng tôi và thông tin ghi danh của họ đã được Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) xác nhận.

Kháng Cáo – Kháng cáo là việc quý vị làm khi không đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc từ chối yêu cầu chi trả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc kê toa hoặc chi trả cho các dịch vụ hoặc thuốc quý vị đã nhận. Quý vị cũng có thể kháng cáo nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc ngừng các dịch vụ mà quý vị đang nhận. Ví dụ: quý vị có thể yêu cầu kháng cáo nếu chúng tôi không thanh toán cho một loại thuốc, vật phẩm hoặc dịch vụ mà quý vị nghĩ rằng quý vị có thể nhận được. Chương 9 giải thích các kháng cáo, bao gồm cả quy trình liên quan đến kháng cáo.

Khấu trừ – Số tiền quý vị phải trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc kê toa trước khi chương trình của chúng tôi bắt đầu thanh toán.

Khiếu nại - Tên gọi trước đây của "khiếu nại" là "phàn nàn". Quy trình khiếu nại *chỉ* được sử dụng cho một số loại vấn đề nhất định. Bao gồm các vấn đề liên quan đến chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi và dịch vụ khách hàng mà quý vị nhận được. Xem thêm "Phàn nàn" trong danh sách các định nghĩa này.

Khu Vực Dịch Vụ – Khu vực địa lý nơi chương trình sức khỏe chấp nhận hội viên nếu chương trình này giới hạn hội viên dựa trên nơi mọi người sinh sống. Đối với các chương trình giới hạn bác sĩ và bệnh viện mà quý vị có thể sử dụng, nó thường cũng là khu vực mà quý vị có thể nhận được các dịch vụ thông thường (không khẩn cấp). Chương trình có thể rút tên quý vị ra nếu quý vị vĩnh viễn chuyển khỏi khu vực dịch vụ của chương trình.

Medicaid (hoặc Medical Assistance) – Một chương trình chung của Liên bang và tiểu bang giúp chi trả chi phí y tế cho một số người có thu nhập thấp và nguồn lực hạn chế. Các chương trình Medicaid khác nhau giữa các tiểu bang, nhưng hầu hết các chi phí chăm sóc sức khỏe đều được bao trả nếu quý vị đủ điều kiện nhận cả Medicare và Medicaid. Xem Chương 2, Phần 6 để biết thông tin về cách liên hệ với Medicaid tại tiểu bang của quý vị.

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 bị một số khuyết tật và những người bị Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (thường là những người bị suy thận vĩnh viễn cần chạy thận hoặc ghép thận). Những người tham gia Medicare có thể nhận được bảo hiểm sức khỏe Medicare thông qua Original Medicare hoặc chương trình Medicare Advantage.

Ngoại lệ – Một loại quyết định bao trả, nếu được chấp thuận, cho phép quý vị nhận một loại thuốc không có trong danh mục của nhà tài trợ chương trình của quý vị (một ngoại lệ trong danh mục) hoặc nhận một loại thuốc không được ưu tiên với mức chia sẻ chi phí thấp hơn (một ngoại lệ theo bậc). Quý vị cũng có thể yêu cầu một ngoại lệ nếu nhà tài trợ chương trình của quý vị yêu cầu quý vị thử một loại thuốc khác trước khi nhận được loại thuốc quý vị yêu cầu, hoặc chương trình giới hạn số lượng hoặc liều lượng của loại thuốc quý vị yêu cầu (một trường hợp ngoại lệ trong danh mục).

Người Quản Lý Phúc Lợi Thuốc Kê Toa – Người Quản Lý Phúc Lợi Thuốc theo toa (PBM) là một công ty quản lý hoặc xử lý phúc lợi thuốc kê toa (Part D).

Nhà an dưỡng cuối đời - Một hội viên còn sống từ 6 tháng trở xuống có quyền chọn nhà an dưỡng cuối đời. Chúng tôi, chương trình của quý vị, phải cung cấp cho quý vị một danh sách các nhà an dưỡng cuối đời trong khu vực địa lý của quý vị. Nếu quý vị chọn nhà an dưỡng cuối đời và tiếp tục đóng phí bảo hiểm, quý vị vẫn là hội viên của chương trình của chúng tôi. Quý vị vẫn có thể nhận được tất cả các dịch vụ cần thiết về mặt y khoa cũng như các phúc lợi bổ sung mà chúng tôi cung cấp. Nhà an dưỡng cuối đời sẽ có sự đối xử đặc biệt riêng cho tình trạng của quý vị.

Nhà Cung Cấp Ngoài Mạng Lưới hoặc Cơ Sở Ngoài Mạng Lưới – Nhà cung cấp hoặc cơ sở mà chúng tôi không sắp xếp để phối hợp hoặc cung cấp các dịch vụ được bao trả cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi. Các nhà cung cấp ngoài mạng lưới là các nhà cung cấp không được chương trình của chúng tôi tuyển dụng, sở hữu hoặc điều hành hoặc không theo hợp đồng cung cấp các dịch vụ được bao trả cho quý vị. Sử dụng các nhà cung cấp hoặc cơ sở ngoài mạng lưới được giải thích trong tập sách này ở Chương 3.

Nhà Cung Cấp Trong Mạng Lưới – "Nhà cung cấp" là thuật ngữ chung mà chúng tôi sử dụng cho các bác sĩ, chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác được cấp phép hoặc chứng nhận bởi Medicare và bởi 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 có một thỏa thuận với chương trình của chúng tôi để chấp nhận khoản thanh toán của chúng tôi dưới dạng thanh toán toàn phần và trong một số trường hợp để phối hợp cũng như cung cấp các dịch vụ được bao trả cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi. Chương trình của chúng tôi thanh toán cho các nhà cung cấp trong mạng lưới dựa trên các thỏa thuận của chương trình với các nhà cung cấp hoặc nếu các nhà cung cấp đồng ý cung cấp cho quý vị các dịch vụ được chương trình bao trả. Các nhà cung cấp trong mạng lưới cũng có thể được gọi là "các nhà cung cấp của chương trình".

Nhóm Y tế - Một tập hợp các bác sĩ đã hợp tác với nhau, theo hợp đồng.

Original Medicare ("Traditional Medicare" hoặc "Fee-for-service" Medicare) – Original Medicare được cung cấp bởi chính phủ, và không phải là một chương trình y tế tư nhân như các chương trình Medicare Advantage và các chương trình thuốc kê toa. Theo Original Medicare, các dịch vụ của Medicare được bao trả bằng cách thanh toán cho bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác do Quốc hội thành lập. Quý vị có thể thăm khám bất kỳ bác sĩ, bệnh viện hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác chấp nhận Medicare. Quý vị phải trả khoản khấu trừ. Medicare thanh toán phần của mình trong số tiền được Medicare chấp thuận, và quý vị thanh toán phần của mình. Original Medicare có hai phần: Part A (Bảo Hiểm Bệnh Viện) và Part B (Bảo Hiểm Y Tế) và được áp dụng ở khắp mọi nơi trên Hoa Kỳ.

Part C – xem "Chương trình Medicare Advantage (MA)."

Part D – Chương Trình Phúc Lợi Thuốc Kê Toa Medicare tự nguyện. (Để dễ tham khảo, chúng tôi sẽ đề cập đến chương trình phúc lợi thuốc kê toa là Part D.)

Phàn nàn - Một loại khiếu nại mà quý vị đưa ra về chúng tôi hoặc các hiệu thuốc, bao gồm khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc của quý vị. Hình thức khiếu nại này không liên quan đến phạm vi bảo hiểm hoặc tranh chấp thanh toán.

Phí Bảo Hiểm – Khoản thanh toán định kỳ cho Medicare, một công ty bảo hiểm hoặc một chương trình chăm sóc sức khỏe để bảo hiểm sức khỏe hoặc thuốc kê toa.

Phí Cấp phát – Một khoản phí được tính mỗi khi một loại thuốc được bao trả được cấp phát để thanh toán chi phí mua thuốc kê toa. Phí cấp phát bao gồm các chi phí như thời gian của dược sĩ để chuẩn bị và đóng gói đơn thuốc.

Phụ tá Nhà Y tế – Phụ tá nhà y tế cung cấp các dịch vụ không cần kỹ năng của y tá hoặc bác sĩ trị liệu được cấp phép, chẳng hạn như trợ giúp chăm sóc cá nhân (ví dụ: tắm, sử dụng nhà vệ sinh, thay quần áo hoặc thực hiện các bài tập theo quy định). Các phụ tá nhà y tế không có giấy phép điều dưỡng hoặc cung cấp liệu pháp.

Quyết Định của Tổ Chức – Chương trình Medicare Advantage đã đưa ra một quyết định của tổ chức khi đưa ra quyết định về việc có bao trả cho các khoản mục hoặc dịch vụ hay không hoặc quý vị phải trả bao nhiêu cho các khoản mục hoặc dịch vụ được bao trả. Các quyết định của tổ chức được gọi là "các quyết định bao trả" trong tập sách này. Chương 9 giải thích cách yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bao trả.

Quyết định Phạm vi Bảo hiểm – Quyết định về việc liệu một loại thuốc được kê cho quý vị có được chương trình bao trả hay không và số tiền, nếu có, quý vị phải thanh toán cho đơn thuốc. Nói chung, nếu quý vị mang toa thuốc của mình đến một hiệu thuốc và hiệu thuốc đó cho quý vị biết toa thuốc đó không được bao trả trong chương trình của quý vị, thì đó không phải là quyết định phạm vi bảo hiểm. Quý vị cần gọi điện hoặc viết thư cho chương trình của mình để yêu cầu quyết định chính thức về phạm vi bảo hiểm. Các quyết định phạm vi bảo hiểm được gọi là "quyết định bao trả" trong tập sách này. Chương 9 giải thích cách yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bao trả.

Rút tên hoặc **Sự rút tên** – Quá trình chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi. Việc rút tên có thể là tự nguyện (lựa chọn của riêng quý vị) hoặc không tự nguyện (không phải lựa chọn của riêng quý vị).

Số tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập (IRMAA) – Nếu tổng thu nhập được điều chỉnh đã sửa đổi của quý vị như được báo cáo trên tờ khai thuế IRS của quý vị từ 2 năm trước cao hơn một số tiền nhất định, quý vị sẽ phải trả số tiền bảo hiểm tiêu chuẩn và một Số tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập, còn được gọi là IRMAA. IRMAA là một khoản phí bổ sung được cộng vào phí bảo hiểm của quý vị. Dưới 5% số người tham gia Medicare bị ảnh hưởng, vì vậy hầu hết mọi người sẽ không trả phí bảo hiểm cao hơn.

Số Tiền Xuất Túi Tối Đa – Số tiền tối đa mà quý vị xuất túi tự trả trong năm cho các dịch vụ Part A và Part B được bao trả trong mạng lưới. Số tiền quý vị trả cho phí bảo hiểm Medicare Part A và Part B, và thuốc kê toa không được tính vào số tiền xuất túi tối đa. Xem Chương 4, Phần 1.2 để biết thông tin về số tiền xuất túi tối đa của quý vị.

Thanh toán Cân bằng – Khi nhà cung cấp (chẳng hạn như bác sĩ hoặc bệnh viện) lập hóa đơn cho bệnh nhân nhiều hơn số tiền chia sẻ chi phí được phép của chương trình. Là một hội viên của KelseyCare Advantage Platinum, quý vị chỉ phải thanh toán số tiền chia sẻ chi phí của chương trình của chúng tôi khi quý vị nhận được các dịch vụ được chương trình của chúng tôi bao trả. Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp "thanh toán cân bằng" hoặc tính phí quý vị nhiều hơn số tiền mà chương trình thông báo quý vị phải trả.

Thiết bị Y tế Lâu bền (DME) – Một số thiết bị y tế được bác sĩ yêu cầu vì lý do y tế. Ví dụ bao gồm khung tập đi, xe lăn, nạng, hệ thống nệm có nguồn điện, đồ dùng cho bệnh nhân tiểu đường, máy bơm truyền IV, thiết bị tạo giọng nói, thiết bị oxy, máy phun sương hoặc giường bệnh do nhà cung cấp đặt hàng để sử dụng trong nhà.

Thời gian Nằm Viện – Thời gian nằm viện khi quý vị chính thức nhập viện để hưởng các dịch vụ y tế chuyên môn. Ngay cả khi quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là "bệnh nhân ngoại trú".

Thời kỳ Thụ hưởng –Cách thức mà cả chương trình của chúng tôi và Original Medicare đo lường việc sử dụng các dịch vụ của bệnh viện và cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) của quý vị. Giai đoạn phúc lợi bắt đầu từ ngày quý vị nhập viện hoặc tới cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Giai đoạn phúc lợi kết thúc khi quý vị chưa nhận được bất kỳ dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện nào (hoặc dịch vụ chăm sóc chuyên môn tại một SNF) trong 60 ngày liên tiếp. Nếu quý vị nhập viện hoặc vào một cơ sở điều dưỡng chuyên môn sau khi một giai đoạn phúc lợi đã kết thúc, thì một giai đoạn phúc lợi mới sẽ bắt đầu. Không giới hạn số giai đoạn phúc lợi.

Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (SSI) – Một khoản trợ cấp hàng tháng do Sở An Sinh Xã Hội chi trả cho những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế, những người bị tàn tật, mù hoặc từ 65 tuổi trở lên. Các phúc lợi SSI không giống như các phúc lợi An Sinh Xã Hội.

Thuốc Biệt Dược – Thuốc theo toa được sản xuất và bán bởi công ty dược phẩm ban đầu nghiên cứu và phát triển loại thuốc đó. Thuốc biệt dược có cùng công thức thành phần hoạt chất với phiên bản thuốc thế phẩm. Tuy nhiên, thuốc thế phẩm (generic) được sản xuất và bán bởi các nhà sản xuất thuốc khác và thường không có sẵn cho đến khi bằng sáng chế về thuốc biệt dược hết hạn.

Thuốc Được Bao trả – Thuật ngữ chúng tôi sử dụng để chỉ tất cả các loại thuốc kê toa được chương trình của chúng tôi bao trả.

Thuốc Kết hợp/Hỗn hợp – Nói chung, thuốc kết hợp là một hoạt động trong đó dược sĩ được cấp phép, bác sĩ được cấp phép hoặc, trong trường hợp là cơ sở gia công, một người dưới sự giám sát của dược sĩ được cấp phép, kết hợp, trộn hoặc thay đổi các thành phần của một loại thuốc để tạo ra một loại thuốc phù hợp với nhu cầu của từng bệnh nhân.

Thuốc Part D – Các loại thuốc có thể được bao trả theo Part D. Chúng tôi có thể cung cấp hoặc không cung cấp tất cả các loại thuốc Part D. (Xem danh mục thuốc của quý vị để biết danh sách cụ thể các loại thuốc được bao trả.) Một số danh mục thuốc cụ thể đã bị Quốc hội loại trừ khỏi danh mục thuốc Part D.

Thuốc Thế Phẩm (Generic) – Một loại thuốc kê toa được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) phê duyệt vì có cùng (các) thành phần hoạt chất với thuốc biệt dược. Thông thường, thuốc "thế phẩm" có tác dụng tương tự như thuốc biệt dược và thường ít tốn kém hơn.

Tiền Phạt Ghi danh Muộn Part D – Số tiền được cộng vào phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị cho bảo hiểm thuốc Medicare nếu quý vị không được bảo hiểm đáng tin cậy (bảo hiểm dự kiến chi trả trung bình ít nhất bằng mức bảo hiểm thuốc kê toa tiêu chuẩn Medicare) trong thời gian liên tục 63 ngày trở lên sau lần đầu tiên quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình Part D. Quý vị trả số tiền cao hơn này trong suốt thời gian quý vị tham gia chương trình thuốc Medicare. Có một số trường hợp ngoại lệ. Ví dụ, nếu quý vị nhận được "Trợ giúp Bổ sung" từ Medicare để thanh toán chi phí chương trình thuốc kê toa của quý vị, quý vị sẽ không phải trả tiền phạt ghi danh muộn.

Tổ chức Bác sĩ Địa phương (Local Physician Organization, LPO) - Các Bác Sĩ Chăm Sóc Chính và Chăm sóc Chuyên khoa nhóm lại với nhau theo cả vị trí địa lý và các hình thức giới thiệu hành nghề.

Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (Quality Improvement Organization, QIO) – Một nhóm các bác sĩ hành nghề và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ Liên Bang trả tiền để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc dành cho bệnh nhân Medicare. Xem Chương 2, Phần 4 để biết thông tin về cách liên hệ với QIO phụ trách tiểu bang của quý vị.

Trị Liệu Từng Bước – Một phương pháp đòi hỏi quý vị trước hết phải thử một loại thuốc khác để điều trị tình trạng y tế của quý vị trước khi chúng tôi chi trả cho loại thuốc mà bác sĩ của quý vị đã kê đơn ban đầu.

Trợ giúp Bổ sung (Extra Help) – Một chương trình Medicare để giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế thanh toán các chi phí của chương trình thuốc kê toa Medicare, chẳng hạn như phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và đồng bảo hiểm.

Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) – Cơ quan Liên bang quản lý Medicare. Chương 2 giải thích cách liên hệ với CMS.

Trung tâm Phẫu thuật Di động (Ambulatory Surgical Center) – Trung tâm Phẫu thuật Di động là một tổ chức hoạt động riêng với mục đích cung cấp các dịch vụ phẫu thuật ngoại trú cho bệnh nhân không cần nhập viện và thời gian lưu trú dự kiến tại trung tâm không quá 24 giờ.

Tỷ lệ chia sẻ chi phí hàng ngày –"Tỷ lệ chia sẻ chi phí hàng ngày" có thể áp dụng khi bác sĩ của quý vị kê đơn loại thuốc nhất định cho quý vị ít hơn một tháng đủ và quý vị phải trả một khoản đồng thanh toán. Tỷ lệ chia sẻ chi phí hàng ngày là khoản đồng thanh toán chia cho số ngày trong nguồn cung cấp của một tháng. Đây là một ví dụ: Nếu khoản đồng thanh toán của quý vị cho nguồn cung cấp thuốc một tháng là $30, và nguồn cung cấp thuốc một tháng trong chương trình của quý vị là 30 ngày, thì "tỷ lệ chia sẻ chi phí hàng ngày" của quý vị là $1 mỗi ngày. Điều này có nghĩa là quý vị phải trả $1 cho lượng cấp thuốc mỗi ngày khi quý vị mua thuốc kê toa của mình.

Ủy Ban Đánh Giá Chứng Nhận Mạng Lưới (Networks Credentialing Review Committee, NCRC) – Ủy Ban Đánh Giá Chứng Nhận Mạng Lưới (NCRC) là một quy trình được sử dụng để đảm bảo rằng các nhà cung cấp dược phẩm đang tạo ra các loại thuốc hỗn hợp phải tuân theo các tiêu chuẩn tương tự cần thiết như khi sản xuất các thuốc kê toa truyền thống.

Cách thức	Bộ phận Dịch Vụ Hội Viên KelseyCare Advantage - Thông Tin Liên Hệ	
Gọi điện	**1-866-535-8343** Miễn phí các cuộc gọi đến số này. Giờ làm việc từ 8:00 a. m. đến 8:00 p. m. theo giờ địa phương, bảy ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 - ngày 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 – ngày 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, giờ làm việc là 8:00 a.m. đến 8:00 p. m., giờ địa phương. Dịch vụ nhắn tin được sử dụng vào cuối tuần, sau giờ làm việc và vào các ngày lễ của liên bang. Bộ phận Dịch Vụ Hội Viên cũng có các dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí cho người không nói tiếng Anh.	
TTY	**711** Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc từ 8:00 a. m. đến 8:00 p. m. theo giờ địa phương, bảy ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 - ngày 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 – ngày 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, giờ làm việc là 8:00 a. m. đến 8:00 p. m., giờ địa phương. Dịch vụ nhắn tin được sử dụng vào cuối tuần, sau giờ làm việc và vào các ngày lễ liên bang.	
Fax	713-442-5450	
Gửi thư	KelseyCare Advantage ATTN: Member Services 11511 Shadow Creek ParkwayPearland, TX 77584	- HOẶC - KelseyCare Advantage ATTN: Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832
Trang web	www.kelseycareadvantage.com	

Chương Trình Biện Hộ và Tư Vấn Thông Tin Y Tế (HICAP)
Chương Trình Biện Hộ và Tư Vấn Thông Tin Y Tế (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP) là một chương trình cấp tiểu bang được cấp tiền từ Chính Phủ Liên Bang để cung cấp dịch vụ tư vấn bảo hiểm sức khỏe địa phương miễn phí cho những người có Medicare.

Cách thức	Chương Trình Biện Hộ và Tư Vấn Thông Tin Y Tế (HICAP) (SHIP của Texas) – Thông Tin Liên Hệ
GỌI ĐIỆN	1-800-252-9240
TTY	1-800-735-2989 Để gọi số này cần phải sử dụng loại điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói.
GỬI THƯ	701 West 51st Street MC: W352 Austin, TX 78751
TRANG WEB	https://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap

®Biểu trưng CVS Caremark là nhãn hiệu và/hoặc nhãn hiệu đã đăng ký của CVS Caremark và/hoặc một trong những chi nhánh của CVS Caremark.

Tuyên Bố Tiết Lộ Thông Tin Theo PRA Theo Đạo Luật Giảm Bớt Thủ Tục Giấy Tờ năm 1995, không có người nào cần phải trả lời việc thu thập thông tin trừ khi việc thu thập đó hiển thị số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho việc thu thập thông tin này là *0938-1051*. Nếu bạn có nhận xét hoặc đề xuất để cải thiện biểu mẫu này, vui lòng viết thư tới: *CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*