Ngày 1 tháng 1 – 31 tháng 12 năm 2023

Chứng Thư Bảo Hiểm:

Quyền Lợi, Dịch Vụ Y Tế và Bảo Hiểm Thuốc Kê Toa Medicare khi Trở Thành Hội Viên của KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS)

Tài liệu này cung cấp thông tin chi tiết về bảo hiểm y tế và thuốc kê toa Medicare của quý vị từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 12 năm 2023. **Đây là một tài liệu pháp lý quan trọng. Xin hãy lưu giữ ở nơi an toàn.**

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 nếu có thắc mắc về tài liệu này. (Người dùng TTY vui lòng gọi số 711). Thời gian 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 – 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 – 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, giờ làm việc từ 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.)

Chương trình KelseyCare Advantage Gold Freedom này do KS Plan Administrators, LLC (tên giao dịch: KelseyCare Advantage), cung cấp. (Các từ, cụm từ "chúng tôi" hoặc "của chúng tôi" trong *Chứng Thư Bảo Hiểm* này để chỉ KS Plan Administrators, LLC. Khi đề cập đến "chương trình" hoặc "chương trình của chúng tôi", nghĩa là đang nói đến KelseyCare Advantage Gold Freedom.)

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

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

Quyền lợi, các khoản khấu trừ và/hoặc khoản đồng thanh toán/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 năm 2024.

Danh mục thuốc được bảo hiểm, 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. Chúng tôi sẽ thông báo cho những người ghi danh bị ảnh hưởng khi có thay đổi trước ít nhất 30 ngày.

Tài liệu này giải thích chi tiết các quyền và quyền lợi của quý vị. Vui lòng đọc tài liệu này để hiểu về:

- Phí bảo hiểm của chương trình và chia sẻ chi phí;
- Quyền lợi y tế và thuốc kê toa của quý vị;
- Cách nộp đơn khiếu nại trong trường hợp quý vị không hài lòng với dịch vụ hoặc liệu pháp điều trị;
- Cách để liên lạc với chúng tôi nếu quý vị cần trợ giúp; và,
- Các biện pháp bảo vệ khác theo quy định của luật Medicare.

H0332_004EOC23_C

OMB Approval 0938-1051 (Expires: February 29, 2024)

Chứng Thư Bảo Hiểm 2023

Mục lục

CHƯƠNG 1: *Bắt đầu với tư cách hội viên*..... 5

PHẦN 1 Giới thiệu 6
PHẦN 2 Yếu tố nào giúp quý vị hội đủ điều kiện trở thành hội viên của chương trình? 7
PHẦN 3 Những tài liệu hội viên quan trọng quý vị sẽ được nhận 8
PHẦN 4 Chi phí hằng tháng của quý vị cho KelseyCare Advantage Gold Freedom 11
PHẦN 5 Thông tin thêm về phí bảo hiểm hằng tháng của quý vị 14
PHẦN 6 Luôn cập nhật hồ sơ hội viên của quý vị 16
PHẦN 7 Các bảo hiểm khác và chương trình của chúng tôi 17

CHƯƠNG 2: *Các số điện thoại và tài nguyên quan trọng* 19

PHẦN 1 Thông tin liên lạc của KelseyCare Advantage Gold Freedom (cách liên hệ với chúng tôi, bao gồm cách liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên) 20
PHẦN 2 Medicare (cách để nhận trợ giúp và thông tin trực tiếp từ chương trình Medicare Liên bang) 25
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) 26
PHẦN 4 Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng 27
PHẦN 5 An Sinh Xã Hội.....28
PHẦN 6 Medicaid 29
PHẦN 7 Thông tin về các chương trình giúp mọi người thanh toán thuốc kê toa 30
PHẦN 8 Cách liên hệ với Ban Hưu Trí Hỏa Xa.....33
PHẦN 9 Quý vị có "bảo hiểm nhóm" hoặc bảo hiểm y tế khác từ chủ lao động không?.....33

CHƯƠNG 3: *Sử dụng chương trình bảo hiểm cho các dịch vụ y tế của quý vị*..... 34

PHẦN 1 Những điều cần biết về các dịch vụ chăm sóc y tế khi trở thành hội viên trong chương trình của chúng tôi 35
PHẦN 2 Sử dụng các nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới của chương trình để nhận dịch vụ chăm sóc y tế 37
PHẦN 3 Cách nhận dịch vụ khi quý vị cần cấp cứu hoặc có nhu cầu chăm sóc khẩn cấp hoặc trong trường hợp thảm họa.....41

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? 43
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"? 44
PHẦN 6 Quy tắc nhận dịch vụ chăm sóc được bao trả tại "tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo" 46
PHẦN 7 Quy tắc sở hữu thiết bị y tế lâu bền 47

CHƯƠNG 4: *Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản mục được bao trả và các dịch vụ quý vị phải thanh toán)* 50
PHẦN 1 Hiểu rõ chi phí tự trả của quý vị cho các dịch vụ được bao trả 51
PHẦN 2 Sử dụng *Bảng Quyền Lợi Y Tế* để biết các khoản mục được bao trả và số tiền quý vị sẽ thanh toán 53
PHẦN 3 Những dịch vụ nào không được chương trình bao trả? 123

CHƯƠNG 5: *Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các loại thuốc kê toa Part D của quý vị* 127
PHẦN 1 Giới thiệu 128
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 128
PHẦN 3 Thuốc của quý vị cần có trong "Danh Sách Thuốc" của chương trình 133
PHẦN 4 Có các hạn chế về khoản bao trả đối với một số loại thuốc 135
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? 137
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? 140
PHẦN 7 Những loại thuốc nào *không* được chương trình bao trả? 142
CHƯƠNG 8 Mua thuốc kê toa 144
PHẦN 9 Bảo hiểm thuốc Part D trong các tình huống đặc biệt 144
PHẦN 10 Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc 146

CHƯƠNG 6: *Số tiền quý vị thanh toán cho thuốc kê toa Part D* 149
PHẦN 1 Giới thiệu 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 153
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 153
PHẦN 4 Trong Giai Đoạn Khấu Trừ, quý vị thanh toán toàn bộ chi phí thuốc Bậc 3, 4 và 5 155

PHẦN 5 Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu, chương trình thanh toán phần chia sẻ chi phí thuốc theo chương trình và quý vị thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình....156
PHẦN 6 Chi phí trong Giai Đoạn Khoảng Chờ Bao Trả....161
PHẦN 7 Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa, chương trình thanh toán phần lớn chi phí cho thuốc của quý vị....162
PHẦN 8 Vắc-Xin Part D. Số tiền quý vị thanh toán tùy thuộc vào cách thức và nơi quý vị chủng ngừa....162

CHƯƠNG 7: *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*.... 165

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....166
PHẦN 2 Cách yêu cầu chúng tôi hoàn trả tiền cho quý vị hoặc thanh toán hóa đơn mà quý vị đã nhận được....169
PHẦN 3 Chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu thanh toán của quý vị và đưa ra quyết định đồng ý hay không....169

CHƯƠNG 8: *Quyền và trách nhiệm của quý vị*.... 171

PHẦN 1 Chương trình của chúng tôi phải tôn trọng các quyền của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình....172
PHẦN 2 Quý vị có một số trách nhiệm với tư cách là hội viên của chương trình....187

CHƯƠNG 9: *Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)*.... 190

PHẦN 1 Giới thiệu....191
Phần 2 Nơi nhận thêm thông tin và hỗ trợ được cá nhân hóa....191
PHẦN 3 Để giải quyết vấn đề của quý vị, quý vị nên sử dụng quy trình nào?....192
PHẦN 4 Hướng dẫn về những nội dung cơ bản của các quyết định bao trả và kháng cáo....193
PHẦN 5 Dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng cáo một quyết định bao trả....196
PHẦN 6 Thuốc kê toa Part D của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng cáo....205
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....216
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....223
PHẦN 9 Thực hiện kháng cáo của quý vị lên Cấp 3 và hơn thế nữa....230

PHẦN 10 Cách khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi, dịch vụ khách hàng hoặc các vấn đề khác 233

CHƯƠNG 10: *Chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình* 237

PHẦN 1 Giới thiệu chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi 238

PHẦN 2 Khi nào quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi?.....238

PHẦN 3 Làm cách nào để quý vị chấm dứt tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi?.....241

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 241

PHẦN 5 KelseyCare Advantage Gold Freedom buộc phải chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình trong một số trường hợp nhất định 242

CHƯƠNG 11 *Thông báo pháp lý*..... 244

PHẦN 1 Thông báo về luật điều chỉnh.....245

PHẦN 2 Thông báo về không phân biệt đối xử 245

PHẦN 3 Thông báo về quyền đại diện của Bên Trả Phụ của Medicare.....245

CHƯƠNG 12 *Định nghĩa các từ quan trọng*..... 246

CHƯƠNG 1:
Bắt đầu với tư cách hội viên

PHẦN 1 Giới thiệu

Phần 1.1 Quý vị đã ghi danh vào KelseyCare Advantage Gold Freedom, một chương trình Medicare HMO Point-of-Service Plan (Điểm Dịch Vụ HMO Medicare)

Quý vị sẽ được Medicare bao trả và đã chọn nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cũng như bảo hiểm thuốc kê toa Medicare thông qua chương trình KelseyCare Advantage Gold Freedom của chúng tôi. Chúng tôi phải bao trả toàn bộ các dịch vụ Part A và Part B. Tuy nhiên, quy định về chia sẻ chi phí và quyền của các nhà cung cấp trong chương trình này khác với chương trình Original Medicare.

KelseyCare Advantage Gold Freedom là Chương Trình Medicare Advantage HMO (HMO là từ viết tắt của Health Maintenance Organization (Tổ Chức Bảo Vệ Sức Khỏe)) kèm theo một lựa chọn Điểm Dịch Vụ (POS) đã được Medicare chấp thuận và do một công ty tư nhân điều hành. "Điểm Dịch Vụ" có nghĩa là quý vị có thể sử dụng các nhà cung cấp bên ngoài mạng lưới của chương trình với một khoản chi phí bổ sung. (Xem Chương 3, Phần 2.4 để biết thông tin về lựa chọn Điểm Dịch Vụ.)

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, 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 Tài liệu *Chứng Thư Bảo Hiểm* đề cập đến vấn đề gì?

Tài liệu *Chứng Thư Bảo Hiểm* này cung cấp thông tin về cách nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe và thuốc kê toa. Tài liệu này giải thích các quyền và trách nhiệm của quý vị, những khoản mục được bao trả và cách đệ đơn khiếu nại trong trường hợp quý vị không hài lòng với những quyết định và dịch vụ điều trị.

Các 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 được cung cấp cho quý vị khi trở thành hội viên của KelseyCare Advantage Gold Freedom.

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

Nếu quý vị cảm thấy băn khoăn, lo lắng hoặc có thắc mắc, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ Hội viên.

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

Chứng Thư Bảo Hiểm này là một phần trong hợp đồng ký kết giữa chúng tôi và quý vị về cách KelseyCare Advantage Gold Freedom chi trả cho dịch vụ chăm sóc. Các phần khác của hợp đồng này bao gồm đơn đăng ký ghi danh của quý vị, *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Mục Thuốc)* và mọi thông báo chúng tôi gửi cho quý vị khi có thay đổi đối về 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 bắt đầu có hiệu lực trong những tháng quý vị ghi danh chương trình KelseyCare Advantage Gold Freedom, trong khoảng từ ngày 1 tháng 1 năm 2023 đến ngày 31 tháng 12 năm 2023.

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 đồng nghĩa rằng chúng tôi có thể thay đổi chi phí và quyền lợi trong chương trình KelseyCare Advantage Gold Freedom sau ngày 31 tháng 12 năm 2023. Chúng tôi cũng có thể chọn dừng cung cấp chương trình trong khu vực dịch vụ của quý vị sau ngày 31 tháng 12 năm 2023.

Medicare (Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid) phải thông qua chương trình KelseyCare Advantage Gold Freedom hằng năm. Quý vị có thể tiếp tục nhận bảo hiểm Medicare mỗi năm 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 trình của chúng tôi khi:

- Quý vị có cả Medicare Part A và Medicare Part B
- -- *và* --quý vị đang sống tại khu vực kinh doanh địa lý của chúng tôi (Phần 2.2 dưới đây mô tả khu vực kinh doanh của chúng tôi). Những cá nhân bị giam giữ không được coi là sống trong khu vực địa lý có cung cấp dịch vụ kể cả khi họ đang có mặt ở đó.
- -- *và* -- quý vị là công dân Hoa Kỳ hoặc đang hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ

Phần 2.2 Khu vực dịch vụ của chương trình KelseyCare Advantage Gold Freedom

Chương trình KelseyCare Advantage Gold Freedom chỉ phục vụ những cá nhân sống trong khu vực dịch vụ bảo hiểm 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 của 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 chánh sau: 77510, 77511, 77517, 77518, 77539, 77546, 77563, 77565, 77568, 77573, 77590 và 77591.

Nếu quý vị dự định chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ thì quý vị sẽ không thể tiếp tục làm hội viên của chương trình này. Vui lòng liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên để biết chúng tôi có chương trình bảo hiểm nào tại khu vực mới của quý vị hay không. Khi chuyển đi, quý vị sẽ có Giai Đoạn Ghi Danh 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 (Social Security) 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 2.3 Công Dân Hoa Kỳ hoặc Người Cư Trú 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 Gold Freedom nếu quý vị không đủ điều kiện để tiếp tục làm hội viên theo tiêu chí này. KelseyCare Advantage Gold Freedom phải rút tên quý vị nếu quý vị không đáp ứng được yêu cầu này.

PHẦN 3 Những tài liệu hội viên quan trọng quý vị sẽ được nhận

Phần 3.1 Thẻ hội viên

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 tiếp nhận 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:

KelseyCare Advantage
Gold Freedom
HMO-POS
Name
MEMBER NAME
ID Number - 123450000
Issuer (80840) 9210567898
Policy # H0332
PCP:
PCP $X, Specialist $XX
ER $XXX, Urgent Care $XX
MOOP $XXXX / $XXXXX, Deductible $X
RxBin: XXXXXX
RxPCN: XXXXXXX
RxGroup: XXXXXX
MedicareRx
Prescription Drug Coverage
H0332_<XXX>
Member Services 866-535-8343
TTY 711
Prescription Drug (CVS Caremark) 888-970-0914
VSP Member Services 800-877-7195
UBH Mental Health 800-817-4808
UM/Medical Authorization 888-684-5283
FCL Dental (Claims verification) 877-493-6282
Send Medical Claims to:
PO Box 841649 Pearland, TX 77584
Send Mental Health & Substance Abuse Claims to:
UBH – PO Box 30757 Salt Lake City, UT 84130-0757
WWW.KELSEYCAREADVANTAGE.COM

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 Gold Freedom, 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. Chúng tôi sẽ 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 lâm sàng, còn được gọi là thử nghiệm lâm sàng, được Medicare chấp thuận.

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.

Phần 3.2 Danh Bạ Nhà Cung Cấp

Danh Bạ Nhà Cung Cấp liệt kê các nhà cung cấp trong mạng lưới và nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền của chúng tôi. **Nhà cung cấp trong mạng lưới** là các bác sĩ và nhân viên y tế khác, các nhóm y tế, nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền, bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác có thỏa thuận chấp nhận thanh toán với chúng tôi hay bất kỳ khoản chia sẻ chi phí nào với chương trình khi thanh toán toàn bộ.

Quý vụ phải sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới mới có thể nhận dịch vụ và được chăm sóc sức khoẻ y tế. Nhóm y tế 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 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. Trường hợp quý vị sử dụng dịch vụ ở nơi khác khi chưa được cấp phép đúng cách, quý vị sẽ phải chi trả hoàn toàn. Trường hợp ngoại lệ là các tình huống cấp cứu, các dịch vụ cấp thiết khi mạng lưới không thể phục vụ (thường là khi quý vị ở ngoài khu vực), các dịch vụ lọc máu ngoài khu vực và các trường hợp KelseyCare Advantage Gold Freedom cho phép sử dụng nhà cung cấp bên ngoài mạng lưới.

Chương trình này có quyền lợi Điểm Dịch Vụ (Point-of-Service, POS) bao trả một số dịch vụ cần thiết về mặt y khoa mà quý vị nhận được từ các nhà cung cấp không thuộc chương trình. Quyền lợi POS không áp dụng cho những lần thăm khám tại phòng cấp cứu, nhập viện cấp cứu, chăm sóc khẩn cấp hoặc lọc máu được cung cấp trong khi quý vị tạm thời ở ngoài khu vực kinh

doanh được bao trả theo khoản chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Khi quý vị sử dụng quyền lợi POS, quý vị phải chịu nhiều chi phí chăm sóc hơn. Các quyền lợi POS dành cho dịch vụ được bao trả có áp dụng khoản đồng bảo hiểm hoặc khoản đồng thanh toán. Khoản đồng bảo hiểm là tỷ lệ phần trăm của số tiền được phép thanh toán, thường là mức Medicare cho phép. Chi phí tự trả của quý vị khi sử dụng các quyền lợi POS sẽ cao hơn so với khi quý vị sử dụng các quyền lợi trong mạng lưới của mình.

Quý vị có thể lựa chọn đến gặp bất kỳ bác sĩ Medicare nào bằng lòng cung cấp dịch vụ để được hưởng các dịch vụ y tế được bao trả. Một số bác sĩ của Medicare có thể không bằng lòng cung cấp dịch vụ thăm khám cho quý vị hoặc lập hóa đơn cho chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ y tế.

Quý vị có thể sử dụng quyền lợi POS của mình để thăm khám với các bác sĩ ngoài mạng lưới mà không cần xin giấy giới thiệu.

Một số dịch vụ cần phải có sự cho phép trước để xác định sự cần thiết về mặt y khoa.

Dịch vụ chăm sóc được chỉ định bởi bác sĩ mà quý vị đang thăm khám theo quyền lợi POS của mình, ngay cả khi được cung cấp tại một cơ sở trong mạng lưới, sẽ được bao trả theo quyền lợi POS của quý vị và sẽ áp dụng khoản đồng bảo hiểm hoặc khoản đồng thanh toán cao hơn

Khoản đồng bảo hiểm và khoản đồng thanh toán mà quý vị chi trả khi sử dụng các quyền lợi POS cho các dịch vụ được bao trả sẽ được tính vào số tiền tự trả tối đa ngoài mạng lưới là $10,000 của quý vị. Đối với các dịch vụ cần phải có sự cho phép trước, vui lòng xem Bảng Quyền Lợi Y Tế ở Chương 4.

Danh sách các nhà cung cấp mới nhất có trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ www.kelseycareadvantage.com.

Nếu không có bản sao *Danh Bạ Nhà Cung Cấp*, quý vị có thể yêu cầu một bản sao từ bộ phận Dịch Vụ Hội Viên.

Phần 3.3 Danh Mục Nhà Thuốc

Danh bạ nhà thuốc liệt kê các nhà thuốc nằm trong mạng lưới của chúng tôi. **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. Quý vị có thể sử dụng *Danh Mục Nhà Thuốc* để tìm nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị muốn sử dụng. Xem Chương 5, Phần 2.5 để biết khi nào quý vị có thể đến nhà thuốc không có trong mạng lưới chương trình.

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 chưa sở hữu *Danh Mục Nhà Thuốc*, quý vị có thể yêu cầu bản sao từ bộ phận Dịch Vụ Hội Viên. 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 Thuốc)*. Chúng tôi gọi tắt là "Danh Sách Thuốc". Danh sách này cho biết loại thuốc kê toa Part D nào được chi trả theo quyền lợi Part D có trong KelseyCare Advantage Gold Freedom. 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 Gold Freedom.

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 bao 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.

PHẦN 4 Chi phí hằng tháng của quý vị cho KelseyCare Advantage Gold Freedom

Chi phí của quý bị có thể bao gồm:

- Phí Bảo Hiểm của Chương Trình (Phần 4.1)
- Phí Bảo Hiểm Medicare Part B Hằng Tháng (Phần 4.2)
- Tiền Phạt Ghi Danh Muộn Part D (Phần 4.3)
- Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập (Phần 4.4)

Phần 4.1 Phí bảo hiểm của chương trình

Quý vị không phải trả phí bảo hiểm hằng tháng riêng cho KelseyCare Advantage Gold Freedom.

Phần 4.2 Phí Bảo Hiểm Medicare Part B Hằng Tháng

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

Để tiếp tục làm hội viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị phải tiếp tục nộp phí bảo hiểm Medicare để vẫn là hội viên của chương trình. Phí này bao gồm phí bảo hiểm của quý vị cho Part B. Nó cũng có thể bao gồm phí bảo hiểm cho Part A ảnh hưởng đến các hội viên không đủ điều kiện được tham gia Part A miễn phí bảo hiểm.

Phần 4.3 Tiền Phạt Ghi Danh Muộn Part D

Một số hội viên bị yêu cầu trả **tiền phạt ghi danh muộn** Part D. Tiền phạt ghi danh muộn Part D là một khoản phí bảo hiểm bổ sung mà quý vị phải trả để được bảo hiểm theo 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. Tiền 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 đăng ký KelseyCare Advantage Gold Freedom lần đầu tiên, chúng tôi sẽ báo cho quý vị số tiền phạt. Nếu không thanh toán tiền phạt ghi danh muộn Part D, quý vị có thể bị mất các quyền lợi thuốc kê toa của mình.

Quý vị **sẽ không** phải thanh toán khoản này 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.
- Quý vị đã trải qua ít hơn 63 ngày liên tiếp không có bảo hiểm đáng tin cậy.
- Quý vị có bảo hiểm thuốc đáng tin cậy từ các nguồn khác như một 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 hằng 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.
    - **Lưu ý:** Bất kì thông báo nào cũng phải nêu rõ rằng quý vị có bảo hiểm thuốc kê toa "đáng tin cậy" và dự kiến sẽ thanh toán bằng mức chi trả của chương trình thuốc kê toa tiêu chuẩn của Medicare.
        - **Lưu ý:** 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.

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

- Nếu quý vị đã trải qua 63 ngày trở lên không có Part D hoặc bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy khác sau khi đủ điều kiện đăng ký Part D, chương trình sẽ tính số tháng đủ mà quý vị không có bảo hiểm. Tiền phạt là 1% cho mỗi tháng mà 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 hằng tháng cho các chương trình thuốc Medicare trong quốc gia từ năm trước đó. Đối với năm 2023, số tiền phí bảo hiểm trung bình này là $32.74
- Để tính tiền phạt hằng tháng, quý vị nhân tỷ lệ phần trăm phạt và phí bảo hiểm trung bình hằng tháng rồi làm tròn đến 10 xu gần nhất. Trong ví dụ ở đây, tiền phạt sẽ là 14% nhân với $32.74, tương đương với $4.5836. Con số này được làm tròn thành $4.60. Số tiền này sẽ được cộng vào **phí bảo hiểm hằng 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 hằng 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.
- Thứ hai, **quý vị sẽ tiếp tục thanh toán tiền phạt** mỗi tháng khi quý vị đã ghi danh một chương trình có quyền lợi thuốc Medicare Part D, ngay cả khi quý vị thay đổi chương trình.
- Thứ ba, nếu quý vị <u>dưới</u> 65 tuổi và hiện đang nhận quyền 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.

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. 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. Tuy nhiên, 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 được xem xét lại tiền phạt ghi danh muộn đó.

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 4.4 Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập

Một số hội viên có thể phải thanh toán một khoản phí bổ sung gọi là Tiền Điều Chỉnh Hằng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA). Phí trả thêm được tính dựa trên tổng thu nhập điều chỉnh của quý vị được khai báo trên tờ khai thuế IRS từ 2 năm về trước. Nếu tổng thu nhập trên cao hơn một số tiền nhất định, quý vị sẽ phải thanh toán phí bảo hiểm tiêu chuẩn và IRMAA bổ sung. 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 địa chỉ https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Nếu quý vị phải thanh toán tiền bổ sung, Sở An Sinh Xã Hội, không phải chương trình Medicare của quý vị, sẽ gửi cho quý vị thư thông báo số tiền bổ sung phải đóng. Số tiền bổ sung sẽ được khấu trừ từ chi phiếu quyền lợi của Sở An Sinh Xã Hội, Ban Hưu Trí Hỏa Xa (Railroad Retirement Board), 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 quyền lợi hằng tháng của quý vị không đủ để trang trải số tiền bổ sung còn nợ. Nếu chi phiếu quyền 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 hằng tháng của quý vị. Nếu không thanh toán số tiền bổ sung theo yêu cầu, quý vị sẽ bị rút tên khỏi chương trình và mất bảo hiểm thuốc kê toa.**

Nếu không đồng ý với việc thanh toán số tiền bổ sung, 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 5 Thông tin thêm về phí bảo hiểm hằng tháng của quý vị

Phần 5.1 Một số phương thức để quý vị thanh toán tiền phạt ghi danh muộn Part D, nếu có

Có ba phương thức để quý vị thanh toán tiền phạt. 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.

Lựa chọn 1: 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 sao kê theo 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. Quý vị phải thanh toán ngay trong tháng lập hóa đơn.

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 mồng 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 (Electronic Fund Transfer, EFT). Hãy

gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên của KelseyCare Advantage Gold Freedom để nhận một bản của biểu mẫu.

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

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

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

Tiền phạt ghi danh muộn Part D của quý vị phải được trả cho văn phòng chúng tôi ngay trong tháng lập hóa đơn. Nếu được yêu cầu thanh toán tiền phạt ghi danh muộn Part D, quý vị phải đóng tiền phạt cho văn phòng chúng tôi trong tháng lập hóa đơn. Nếu đến cuối tháng mà vẫn chưa nhận được khoản thanh toán của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thông báo cho biết 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, 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 liên lạc với các chương trình hỗ trợ chi phí hay không.

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 vẫn sẽ được bảo hiểm sức khỏe theo chương trình Original Medicare. Thêm vào đó, 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 hằng năm. (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 quý vị cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn khi huỷ tư cách hội viên của quý vị, xin vui lòng gửi khiếu nại (còn được gọi là than phiền); đọc Chương 9 để biết cách nộp đơn kháng cáo. Nếu quý vị gặp phải tình huống cấp cứu ngoài tầm kiểm soát khiến cho quý vị không thể thanh toán tiền phạt ghi danh muộn Part D, nếu vẫn còn nợ trong thời gian chúng tôi gia hạn, thì quý vị có thể làm đơn khiếu nại. Khi nhận được khiếu nại, chúng tôi sẽ xem lại các quyết định của mình. Chương 9, Phần 10 của tài liệu này hướng dẫn cách thức tiến hành khiếu nại, hoặc quý vị có thể gọi cho chúng tôi theo số 713-442-CARE (2273) hoặc đường dây nóng miễn phí 1-866-535-8343 từ 8:00 sa đến 8:00 tối theo giờ địa phương, tất cả các ngày trong tuần từ ngày 1 tháng 10 – 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 – 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, giờ làm việc từ 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 5.2 Chúng tôi có thể thay đổi phí bảo hiểm hằng tháng của quý vị trong năm không?

Không. Chúng tôi không được phép thay đổi phí bảo hiểm hằng tháng trong năm. Nếu phí bảo hiểm hằng tháng của chương trình bảo hiểm thay đổi trong năm tiếp theo, 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 dừng thanh toán tiền phạt ghi danh muộn nếu có hoặc cần bắt đầu thanh toán tiền phạt ghi danh muộn. 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 lợi "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 6 Luôn cập nhật hồ sơ hội viên của 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 chương trình bảo hiểm cụ thể của quý vị bao gồm Bác Sĩ Chăm Sóc Chính/Nhóm Y Tế/IPA.

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 tai nạn 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. (**Lưu ý:** Chúng tôi không yêu cầu, nhưng khuyến khích quý vị cung cấp kế hoạch tham gia nghiên cứu lâm sàng của mình.)

Khi thay đổi bất kỳ thông tin nào, vui lòng thông báo cho chúng tôi bằng cách liên hệ bộ phận Dịch Vụ Hội Viên.

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.

PHẦN 7 Các bảo hiểm khác và chương trình của chúng tôi

Bảo hiểm khác

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 quyền lợi của quý vị theo chương trình của chúng tôi. Điều này được gọi là **Phối Hợp Quyền Lợi (Coordination of Benefits).**

Mỗi năm một lần, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư liệt kê mọi loại bảo hiểm y tế và bảo hiểm 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 liên hệ bộ phận Dịch Vụ Hội Viên. 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.

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. Nếu quý vị có bảo hiểm khác, hãy thông báo với bác sĩ, bệnh viện và nhà thuốc của quý vị.

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)
- Quyền 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.

CHƯƠNG 2:
Các số điện thoại và tài nguyên quan trọng

PHẦN 1 Thông tin liên lạc của KelseyCare Advantage Gold Freedom (cách liên hệ với chúng tôi, bao gồm cách liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên)

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

Để được hỗ trợ với các yêu cầu bảo hiểm, 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 Gold Freedom. Chúng tôi rất sẵn lòng hỗ trợ quý vị!

Phương Thức	Bộ phận Dịch Vụ Hội Viên – Thông tin Liên lạc
GỌI	1-866-535-8343 Các cuộc gọi đến số này đều được miễn phí. Thời gian 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 – 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 – 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, giờ làm việc từ 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 được miễn phí. Thời gian 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 – 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 – 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, giờ làm việc từ 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 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 bao trả hoặc kháng cáo về dịch vụ chăm sóc y tế và Thuốc Kê Toa Part D của mình

Quyết định bao trả là quyết định mà chúng tôi đưa ra về quyền 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 kê toa Part D của quý vị. Kháng cáo là cách chính thức để yêu cầu chúng tôi xem xét và thay đổi quyết định bao trả mà chúng tôi đã đưa ra. Để biết thêm thông tin về việc yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng cáo về dịch vụ chăm sóc y tế hoặc 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 bao trả, kháng cáo, khiếu nại*)).

Phương Thức	Quyết Định Bao Trả và Kháng cáo đối với Dịch Vụ Chăm Sóc Y Tế – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-866-535-8343 Các cuộc gọi đến số này đều được miễn phí. Thời gian 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 – 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 – 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, giờ làm việc từ 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 được miễn phí. Thời gian 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 – 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 – 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, giờ làm việc từ 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 P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832
TRANG WEB	www.kelseycareadvantage.com

Phương Thức	Quyết Định Bao Trả và Kháng Cáo đối với Thuốc Kê Toa Part D – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-888-970-0914 Các cuộc gọi đến số này đều được miễn phí. Thời gian làm việc: 24/7.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này đều được miễn phí. Thời gian làm việc: 24/7.
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 có khiếu nại về dịch vụ chăm sóc và thuốc kê toa Part D

Quý vị có thể khiếu nại về 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. Hình thức khiếu nại này không liên quan đến phạm vi bảo hiểm hoặc tranh chấp thanh toán. 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 bao trả, kháng cáo, khiếu nại*)).

Phương Thức	Khiếu Nại về Chăm Sóc Y Tế và thuốc kê toa Part D – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-866-535-8343 Các cuộc gọi đến số này đều được miễn phí. Thời gian 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 – 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 – 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, giờ làm việc từ 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.

Phương Thức	Khiếu Nại về Chăm Sóc Y Tế và thuốc kê toa Part D – Thông Tin Liên Hệ
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này đều được miễn phí. Thời gian 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 – 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 – 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, giờ làm việc từ 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 P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832
TRANG WEB MEDICARE	Quý vị có thể gửi thẳng đơn khiếu nại về KelseyCare Advantage Gold Freedom đến Medicare. Để gửi đơn khiếu nại trực tuyến đến Medicare, hãy truy cập 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

Nếu quý vị nhận được hoá đơn thanh toán hoặc đã trả tiền cho dịch vụ (ví dụ như hoá đơn của nhà cung cấp) mà quý vị cho rằng đó là số tiền chúng tôi phải trả, hãy yêu cầu chúng tôi thanh toán cho hoá đơn của nhà cung cấp hoặc hoàn trả số tiền cho quý vị. Xem Chương 7 (*Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẻ trong hóa đơn mà quý vị đã nhận được 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 bao trả, kháng cáo, khiếu nại)) để biết thêm thông tin.

Phương Thức	Yêu Cầu Thanh Toán – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	**Yêu Cầu Thanh Toán Bảo Hiểm Y Tế -** 1-866-535-8343 Các cuộc gọi đến số này đều được miễn phí. Thời gian 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 – 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 – 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, giờ làm việc từ 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 được miễn phí. Thời gian làm việc: 24/7.
TTY	**Yêu Cầu Thanh Toán Bảo Hiểm Y Tế** - 711 Các cuộc gọi đến số này đều được miễn phí. Thời gian 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 – 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 – 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, giờ làm việc từ 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 được miễn phí. Thời gian làm việc: 24/7.
FAX	**Yêu Cầu Thanh Toán Bảo Hiểm Y Tế** 713-442-5450
GỬI THƯ	**Yêu Cầu Thanh Toán Bảo Hiểm Y Tế** KelseyCare Advantage ATTN: Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832 **Yêu Cầu Thanh Toán Thuốc Part D** CVS Caremark® Part D Services P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066
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	1-800-MEDICARE, hoặc 1-800-633-4227 Các cuộc gọi đến số này đều được miễn phí. 24/7.
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 được 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 này có đăng các tài liệu 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 tự trả 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 Gold Freedom: • **Thông báo cho Medicare về khiếu nại của quý vị:** Quý vị có thể gửi thẳng đơn khiếu nại về KelseyCare Advantage Gold Freedom 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. Họ sẽ tìm thông tin trên trang web và xem xét thông tin đó với quý vị. (Quý vị có thể gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24/7. Người dùng TTY vui lòng gọi số 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 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) là chương trình của chính quyền với những chuyên viên tư vấn được đào tạo có mặt tại mỗi tiểu 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 cấp tiểu bang (không liên kết với bất kỳ tổ chức y tế hay chương trình bảo hiểm sức khoẻ nào), 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 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. Chương Trình Biện Hộ và Tư Vấn Thông Tin Y Tế (HICAP) cũng có thể giải đáp các thắc mắc hoặc vấn đề về chương trình Medicare và giúp quý vị nắm rõ các lựa chọn chương trình Medicare của mình, đồng thời trả lời các câu hỏi về việc chuyển đổi chương trình.

PHƯƠNG THỨC TIẾP CẬN SHIP và CÁC NGUỒN LỰC KHÁC:

- Truy cập vào địa chỉ *www.medicare.gov*
- Nhấn vào "**Talk to Someone**" ("Trò Chuyện với Chuyên Viên Hỗ Trợ") ở giữa trang chủ
- Bây giờ quý vị có các lựa chọn sau
  - Lựa chọn 1: Quý vị có thể thực hiện **live chat** (trò chuyện trực tiếp) **cùng một nhân viên đại diện 1-800-MEDICARE**
  - Lựa chọn 2: Quý vị có thể chọn **STATE** (TIỂU BANG) của mình từ menu thả xuống và nhấp vào GO (TRUY CẬP). 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) (SHIP Texas) – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	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://hhs.texas.gov/services/health/medicare

PHẦN 4 Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng

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

KEPRO có một nhóm các bác sĩ và nhân viên y tế được Medicare trả lương để kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng phục vụ cho những người có Medicare. KEPRO là một tổ chức độc lập. Tổ chức này không có quan hệ liên kết 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 Ngoại Trú Toàn Diện (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	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	1-800-772-1213 Các cuộc gọi đến số này đều được miễn phí. Mở cửa từ 8:00 sa đến 7:00 tối, 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 24/24 giờ.
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 được miễn phí. Mở cửa từ 8:00 sa đến 7:00 tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu.
TRANG WEB	www.ssa.gov

PHẦN 6 Medicaid

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.

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 Program) này bao gồm:

- **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 quyền 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 quyền 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	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

Trang web Medicare.gov (https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) cung cấp thông tin về cách giảm chi phí thuốc kê toa. Với những người gặp khó khăn về thu nhập, chúng tôi có một số chương trình hỗ trợ dưới đây.

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 hằng tháng, khoản khấu trừ hằng 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 tự trả của quý vị.

Nếu quý vị hiển nhiên đủ điều kiện nhận "Trợ Giúp Bổ Sung", Medicare sẽ gửi thư cho quý vị. Quý vị sẽ không cần phải ghi danh. Nếu không, 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, 24/7;
- Văn Phòng An Sinh Xã Hội theo số 1-800-772-1213, từ 8:00 sa đến 7:00 tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-800-325-0778 (nộp đơn); hoặc
- Văn Phòng Medicaid Tiểu Bang của quý vị (nộp đơn). (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 Dịch Vụ Hội Viên nếu quý vị có thắc mắc về các loại phí hành chính này.

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

Nhiều tiểu bang và Quần Đảo Virgin thuộc Hoa Kỳ hỗ trợ thanh toán cho toa thuốc, phí bảo hiểm thuốc và/hoặc các chi phí thuốc khác. 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 mức 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. Những loại thuốc kê toa Part D của Medicare cũng có tên trên danh mục thuốc ADAP sẽ đủ điều kiện nhận

hỗ trợ chia sẻ chi phí kê toa thông qua 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 thay đổi chương trình, vui lòng thông báo cho nhân viên ghi danh ADAP tại địa phương để quý vị có thể tiếp tục nhận được hỗ trợ.

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.

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	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 MC 1938, P.O. Box 149030 Austin, TX 78714-9947
TRANG WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care

KelseyCare Advantage Gold Freedom cung cấp bảo hiểm khoảng chờ bổ sung cho Insulin Chọn Lọc. Trong Giai Đoạn Khoảng Chờ Bao Trả, chi phí tự trả của quý vị cho Insulin Chọn Lọc sẽ là khoản đồng thanh toán $30 - $35 cho một tháng cung cấp. 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. 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 Insulin Chọn Lọc 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 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 quyền lợi toàn diện cho công nhân đường sắt của quốc gia cùng gia đình họ. 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. Nếu quý vị có thắc mắc liên quan đến quyền lợi của mình với Ban Hưu Trí Hỏa Xa, hãy liên hệ với cơ quan này.

Phương Thức	Ban Hưu Trí Hỏa Xa – Thông Tin Liên Hệ
GỌI	1-877-772-5772 Các cuộc gọi đến số này đều được 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 24/24 giờ, 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* được 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 quyền 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 quyền 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 quyền 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). (Các 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 quyền lợi của nhóm đó**. Người quản lý quyền 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 chương trình bảo hiểm cho các dịch vụ y tế của quý vị

PHẦN 1 Những điều cần biết về các 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. Chương này nêu định nghĩa của các thuật ngữ và giải thích các quy tắc quý vị cần phải tuân theo để được điều trị y tế, nhận dịch vụ, thiết bị, thuốc kê toa 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 bảng quyền lợi trong chương tiếp theo, Chương 4 (*Bảng Quyền Lợi Y Tế, khoản mục được bao trả và khoản mục quý vị chi trả*).

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

- **"Nhà cung cấp"** là các bác sĩ và 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, thiết bị và Thuốc Kê toa 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 bảng quyền lợi ở Chương 4. Các dịch vụ được bao trả cho thuốc kê toa của quý vị được thảo luận trong Chương 5.

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 Gold Freedom 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 Gold Freedom 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 Bảng Quyền Lợi Y Tế của chương trình** (bảng 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). Chương trình này có quyền lợi Điểm Dịch Vụ (POS), bao trả các dịch vụ cần thiết về mặt y khoa được Medicare bao trả mà quý vị nhận được từ các bác sĩ ngoài mạng lưới hoặc từ các bác sĩ trong mạng lưới. Một số dịch vụ được Medicare bao trả phải có sự cho phép trước: Để biết thêm thông tin, hãy xem Bảng Quyền Lợi Y Tế trong Chương 4. Một số nhà cung cấp Medicare có thể không bằng lòng cung cấp dịch vụ thăm khám cho quý vị hoặc lập hóa đơn cho chương trình của chúng tôi đối với các dịch vụ y tế. Quý vị có thể lựa chọn thăm khám với bất kỳ nhà cung cấp Medicare nào được liệt kê theo quyền lợi POS của mình mà không cần giấy giới thiệu cho các dịch vụ y tế được bao trả. Một số dịch vụ có thể cần phải có sự cho phép trước để xác định rằng chúng đáp ứng sự cần thiết về mặt y khoa. Dịch vụ chăm sóc được chỉ định bởi bác sĩ mà quý vị đang thăm khám theo quyền lợi POS của mình, ngay cả khi được cung cấp tại một cơ sở trong mạng lưới, sẽ được bao trả theo quyền lợi POS của quý vị và sẽ áp dụng khoản đồng bảo hiểm hoặc khoản đồng thanh toán cao hơn. Khi quý vị sử dụng quyền lợi POS, quý vị phải chịu nhiều chi phí chăm sóc hơn. Đối với các dịch vụ cần phải có sự cho phép trước, vui lòng xem Bảng Quyền Lợi Y Tế ở Chương 4. 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. Điều này có nghĩa là quý vị sẽ phải thanh toán đầy đủ cho các dịch vụ được cung cấp. *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 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 với cùng mức chia sẻ chi phí mà quý vị thường thanh toán trong mạng lưới. 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 hoặc khi nhà cung cấp của quý vị cho dịch vụ này tạm thời không thể đáp ứng hoặc không thể tiếp cận. Chi phí chia sẻ mà quý vị trả cho chương trình lọc máu không bao giờ được vượt quá chi phí chia sẻ trong Original Medicare. Nếu quý vị sống bên ngoài khu vực dịch vụ của chương trình và nhận dịch vụ lọc máu từ một nhà cung cấp nằm ngoài mạng lưới của chương trình, thì việc mức chia sẻ chi phí không được vượt quá mức chia sẻ chi phí mà quý vị chi trả trong mạng lưới. Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp trong mạng lưới mà quý vị thường sử dụng tạm thời không thể đáp ứng và quý vị lựa chọn nhận dịch vụ trong khu vực dịch vụ từ một nhà cung cấp bên ngoài mạng lưới của chương trình thì mức chia sẻ chi phí cho dịch vụ lọc máu có thể cao hơn.

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 Gold Freedom là gì? 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 sự cho 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 Bạ 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 Khoa Gia Đình hoặc Nội Khoa trong mạng lưới cung cấp, trừ khi quý vị lựa chọn sử dụng Quyền Lợi POS để thăm khám với một nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

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. Nếu quý vị muốn thay đổi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (primary care provider, PCP) của mình, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên Mỗi PCP có thể giới thiệu đến các bác sĩ chuyên khoa nhất định của chương trình và sử dụng các bệnh viện nhất định trong mạng lưới của họ. Điều này có nghĩa là PCP của chương trình quý vị chọn có thể tự quyết định các bác sĩ chuyên khoa và bệnh viện mà quý vị sử dụng. Nếu có các bác sĩ chuyên khoa hoặc bệnh viện cụ thể mà quý vị muốn sử dụng, hãy tìm hiểu xem PCP trong chương trình của quý vị có sử dụng các bác sĩ chuyên khoa hoặc bệnh viện này không.

Quý vị có thể thay đổi PCP của mình bất cứ lúc nào bằng cách gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên. Bộ phận Dịch Vụ Hội Viên có thể hỗ trợ quý vị trong việc chọn một PCP mới. Quý vị cần phải sẵn sàng đợi một thời gian dài để việc thay đổi lựa chọn PCP có hiệu lực. Nếu quý vị yêu cầu thay đổi PCP của mình, sự thay đổi đó sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo.

Phần 2.2 Quý vị có thể được nhận những loại hình chăm sóc y tế nào mà không cần giấy giới thiệu từ PCP của mình?

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 là các dịch vụ được bao trả mà không phải là dịch vụ cấp cứu, được cung cấp khi các nhà cung cấp trong mạng lưới tạm thời không thể đáp ứng hoặc không thể tiếp cận được hoặc khi người được bảo hiểm ở ngoài khu vực dịch vụ. Ví dụ, quý vị cần được chăm sóc ngay lập tức vào cuối tuần. Các dịch vụ phải là cấp thiết ngay lúc đó và cần thiết về mặt y khoa.
- 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.

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?

Không cần phải có giấy giới thiệu để gặp bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới, quý vị có thể tự giới thiệu đến bất kỳ bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới đã ký hợp đồng nào. Quý vị chịu trách nhiệm chi trả số tiền chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Không cần phải có giấy giới thiệu để gặp bác sĩ chuyên khoa ngoài mạng lưới, quý vị có thể tự giới thiệu đến bất kỳ nhà cung cấp nào tham gia vào Medicare và bằng lòng xuất hóa đơn cho KelseyCare Advantage đối với các dịch vụ của quý vị. Quý vị chịu trách nhiệm chi trả khoản chia sẻ chi phí ngoài mạng lưới. Vui lòng tham khảo Chương 4, Phần 2.1 để biết thông tin về những dịch vụ nào cần phải có sự cho phép trước.

Nhìn chung, PCP của quý vị hoặc một bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới sẽ yêu cầu sự cho phép trước đối với các dịch vụ và gửi yêu cầu đến bộ phận Quản Lý Sử Dụng Dịch Vụ. Quý vị cũng có thể liên hệ bộ phận Dịch Vụ Hội Viên và yêu cầu phải có sự cho phép trước.

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. Nếu bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa của quý vị 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 trong mạng lưới của chúng tôi không có bác sĩ chuyên khoa đủ điều kiện cho một dịch vụ được bao trả bởi chương trình, chúng tôi phải bao trả dịch vụ đó với mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Có thể phải cần sự cho phép trước.
- 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.
- 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 khiếu nại về chất lượng chăm sóc của chúng tôi đến QIO, khiếu nại về chất lượng chăm sóc lên chương trình, hoặc cả hai. Vui lòng xem Chương 9.

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

Quý vị có thể sử dụng các quyền lợi điểm dịch vụ (POS) của mình để nhận dịch vụ chăm sóc từ bất kỳ nhà cung cấp Medicare nào bằng lòng cung cấp dịch vụ mà không cần xin giấy giới thiệu cho các dịch vụ tại văn phòng bác sĩ. Một số nhà cung cấp Medicare có thể không bằng lòng cung cấp dịch vụ thăm khám cho quý vị hoặc lập hóa đơn cho chương trình của chúng tôi đối với dịch vụ chăm sóc dành cho quý vị. Chúng tôi thanh toán cho các nhà cung cấp ngoài mạng lưới mà quý vị sử dụng theo mức giá của Medicare cho các dịch vụ mà họ cung cấp. Không cần sự cho phép trước đối với các dịch vụ tại phòng mạch và quý vị có thể đặt lịch hẹn với bác sĩ mà quý vị lựa chọn. Có thể cần phải có sự cho phép trước để xác định liệu dịch vụ có đáp ứng sự cần thiết về mặt y khoa hay không. Dịch vụ chăm sóc được chỉ định bởi bác sĩ mà quý vị đang thăm

khám theo quyền lợi POS của mình, ngay cả khi được cung cấp tại một cơ sở trong mạng lưới, đều sẽ được bao trả theo quyền lợi POS của quý vị và sẽ áp dụng khoản đồng bảo hiểm hoặc khoản đồng thanh toán cao hơn. Khoản đồng bảo hiểm và khoản đồng thanh toán mà quý vị chi trả khi sử dụng các quyền lợi POS cho các dịch vụ được bao trả sẽ được tính vào số tiền tự trả tối đa ngoài mạng lưới là $10,000 của quý vị. Các dịch vụ Part A và B do Medicare bao trả sẽ được bao trả theo quyền lợi POS của quý vị. Các dịch vụ được cung cấp phải được bao trả theo hướng dẫn của Medicare. Xem bảng quyền lợi trong Chương 4 để biết thêm thông tin về các quyền lợi POS.

PHẦN 3 Cách nhận dịch vụ khi quý vị cần cấp cứu hoặc có nhu cầu chăm sóc khẩn cấp hoặc trong trường hợp 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?

Trường hợp **"cấp cứu y tế"** là khi quý vị hoặc bất kỳ người 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 (và nếu quý vị là phụ nữ có thai, bị sảy thai), mất chi hoặc mất chức năng của chi, hay một chức năng cơ thể bị mất hoặc có khiếm khuyết nghiêm trọng. 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 phê duyệt hay được PCP của mình giới thiệu trước. Quý vị không cần thăm khám với bác sĩ trong mạng lưới. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu y tế được bao trả ở mọi nơi, mọi lúc trong nước và vùng lãnh thổ Hoa Kỳ, và từ bất kỳ nhà cung cấp nào có giấy phép tiểu bang thích hợp, kể cả khi họ không ở trong mạng lưới. Hoạt động chăm sóc cấp cứu trên toàn thế giới cũng được bao trả.
- **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:

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. Chúng tôi cũng bao trả cho các dịch vụ y tế trong trường hợp cấp cứu.

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. Các bác sĩ của quý vị sẽ tiếp tục điều trị cho quý vị cho đến khi các bác sĩ liên hệ với chúng tôi và lập kế hoạch chăm sóc bổ sung. 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 sự chăm sóc 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 một tình huống không phải cấp cứu nhưng cần được chăm sóc y tế ngay lập tức, nhưng tùy theo hoàn cảnh của quý vị mà việc nhận các dịch vụ này từ một nhà cung cấp trong mạng lưới là không thể hoặc không hợp lý. Chương trình bảo hiểm phải bao trả cho các dịch vụ cấp thiết được cung cấp ngoài mạng lưới. Một số ví dụ về các dịch vụ cấp là i) đau họng dữ dội xảy ra vào cuối tuần hoặc ii) bùng phát một bệnh trạng đã biết không lường trước được khi quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ.

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. (Các 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.

Chương trình 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 tự trả 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.

Phần 3.3 Nhận chăm sóc khi có thảm họa

Nếu Thống Đốc tiểu bang của quý vị, Bộ Trưởng Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh (Health and Human Services) 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..

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 trong mạng lưới. 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 Gold Freedom bao trả tất cả các dịch vụ cần thiết về mặt y khoa, những dịch vụ này được liệt kê trong Bảng Quyền Lợi Y Tế của chương trình trong Chương 4 của tập tài liệu này. Quý vị chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí cho các dịch vụ không được chương trình bao trả nếu nhận dịch vụ không nằm trong phạm vi bảo hiểm của chương trình hoặc được cung cấp ngoài mạng lưới khi chưa được phép.

Đối với các dịch vụ được bao trả có giới hạn quyền lợi, quý vị thanh toán toàn bộ chi phí của mọi dịch vụ nhận được sau khi đã sử dụng hết quyền lợi của mình cho loại dịch vụ được bao trả đó. Chi phí quý vị phải trả sau khi đạt đến giới hạn quyền lợi sẽ không được tính vào số tiền tự trả tối đa của quý vị.

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. Một số nghiên cứu lâm sàng nhất định được Medicare chấp thuận. Các nghiên cứu lâm sàng được Medicare chấp thuận thường yêu cầu các tình nguyện viên tham gia vào nghiên cứu.

Sau khi Medicare chấp thuận nghiên cứu và quý vị bày tỏ sự quan tâm, 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. Nếu quý vị cho chúng tôi biết rằng quý vị đang trong một thử nghiệm lâm sàng đủ điều kiện, thì quý vị chỉ phải chịu trách nhiệm chia sẻ chi phí trong mạng lưới cho các dịch vụ trong thử nghiệm đó. Nếu đã trả nhiều hơn, ví dụ, nếu quý vị đã thanh toán số tiền chia sẻ chi phí Original Medicare, chúng tôi sẽ hoàn trả phần chênh lệch giữa số tiền quý vị đã trả và khoản chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị sẽ cần cung cấp tài liệu để cho chúng tôi biết số tiền quý vị đã trả. 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* cần phải có 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 nghiên cứu lâm sàng được Medicare chứng nhận.

Nếu quý vị tham gia vào một nghiên cứu mà *không* được Medicare hay chương trình của chúng tôi chấp thuận, *quý vị sẽ chịu trách nhiệm thanh toán mọi chi phí cho việc tham gia vào nghiên cứu đó.*

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, Original Medicare sẽ 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.

Sau khi Medicare đã chi trả phần chia sẻ chi phí của họ cho các dịch vụ này, chương trình của 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 trong mạng lưới 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. Tuy nhiên, quý vị phải gửi giấy tờ cho thấy mức chia sẻ chi phí mà quý vị đã trả. Vui lòng xem Chương 7 để biết thêm thông tin về việc gửi yêu cầu thanh toán.

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 quyền lợi của chương trình của chúng tôi. Trong trường hợp này, Original Medicare sẽ trả $80 cho xét nghiệm và quý vị sẽ trả thêm $20 đồng thanh toán bắt buộc theo chương trình Original Medicare. Sau đó, quý vị sẽ thông báo cho chương trình của mình rằng quý vị đã nhận được dịch vụ thử nghiệm lâm sàng đủ điều kiện và gửi giấy tờ như hóa đơn của nhà cung cấp cho chương trình. Sau đó, chương trình sẽ trực tiếp trả cho quý vị $10. Do đó, số tiền thực tế mà quý vị sẽ trả là $10, bằng với số tiền quý vị sẽ trả theo các quyền lợi của chương trình chúng tôi. Xin lưu

ý rằng để nhận được khoản thanh toán từ chương trình, quý vị phải gửi giấy tờ cho chương trình của mình, chẳng hạn như hóa đơn nhà cung cấp.

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 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), 24/7. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048.

PHẦN 6 Quy tắc nhận dịch vụ chăm sóc được bao trả tại "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. Phúc lợi này chỉ được cung cấp cho dịch vụ nội trú Part A (các dịch vụ chăm sóc sức khỏe phi y tế).

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, cần áp dụng các điều kiện sau đây:
    - 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 quyền 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 Gold Freedom, quý vị thường không có quyền sở hữu các món DME đã thuê cho dù quý vị đã chi trả khoản đồng thanh toán bao nhiêu lần cho món đó đi chăng nữa khi còn là hội viên trong chương trình của chúng tôi, ngay cả khi quý vị đã thực hiện tới 12 lần thanh toán liên tiếp cho món DME đó theo Original Medicare trước khi tham gia chương trình của

chúng tôi. Trong một số ít trường hợp nhất định, chúng tôi sẽ chuyển giao quyền sở hữu món DME cho quý vị. Gọi đến bộ phận Dịch Vụ Hội Viên để biết thêm thông tin.

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. Các khoản thanh toán được thực hiện trong thời gian được ghi danh trong chương trình sẽ không được tính.

Ví dụ 1: Quý vị đã thực hiện 12 lần thanh toán liên tiếp hoặc ít hơn cho khoản mục đó trong Original Medicare và sau đó mới tham gia chương trình của chúng tôi. Các khoản thanh toán quý vị đã thực hiện trong Original Medicare sẽ không được tính.

Ví dụ 2: Quý vị đã thực hiện 12 lần thanh toán liên tiếp hoặc ít hơn cho khoản mục đó trong Original Medicare và sau đó mới tham gia chương trình của chúng tôi. Quý vị đã tham gia chương trình của chúng tôi nhưng không có quyền sở hữu vật dụng. Sau đó, quý vị trở lại sử dụng Original Medicare. Sau khi quay lại chương trình Original Medicare, quý vị phải thực hiện 13 lần thanh toán mới liên tiếp để có được quyền sở hữu vật dụng đó. Tất cả các khoản thanh toán trước đó (dù là cho chương trình của chúng tôi hay cho Original Medicare) đều không được tính.

PHẦN 7.2 Quy tắc sở hữu thiết bị cấp ôxy, vật tư và bảo trì thiết bị cấp ôxy

Quý vị được hưởng những quyền lợi nào về ôxy?

Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn được nhận bảo hiểm thiết bị cung cấp ôxy của Medicare, KelseyCare Advantage Gold Freedom 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 chương trình KelseyCare Advantage Gold Freedom hoặc về mặt y khoa không còn cần tới thiết bị cấp ôxy, thì quý vị phải trả lại thiết bị cấp ôxy.

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

Original Medicare yêu cầu một nhà cung cấp oxy cung cấp dịch vụ cho quý vị trong năm năm. Trong 36 tháng đầu tiên quý vị thuê thiết bị. 24 tháng còn lại nhà cung cấp cung cấp thiết bị và

tiến hành bảo trì (quý vị vẫn phải chịu trách nhiệm đồng thanh toán cho oxy). Sau năm năm, quý vị có thể chọn tiếp tục sử dụng công ty cũ hoặc chuyển sang công ty khác. Tại thời điểm này, chu kỳ năm năm lại bắt đầu, ngay cả khi quý vị vẫn làm việc với công ty cũ, khi đó quý vị phải trả các khoản đồng thanh toán cho 36 tháng đầu tiên. Nếu quý vị tham gia hoặc rời khỏi chương trình của chúng tôi, chu kỳ năm năm sẽ bắt đầu lại.

CHƯƠNG 4:

Bảng Quyền Lợi Y Tế
(các khoản mục được bao trả và các dịch vụ quý vị phải thanh toán)

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

Chương này bao gồm Bảng Quyền 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 KelseyCare Advantage Gold Freedom. 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 tự trả 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 tự trả 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. (Bảng Quyền Lợi Y Tế trong Phần 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. (Bảng Quyền Lợi Y Tế trong Phần 2 cho quý vị biết nhiều hơn về khoản đồng bảo hiểm của quý vị.)

Hầu hết những người đủ tiêu chuẩn nhận Medicaid hoặc các chương trình Người Thụ Hưởng Medicare Đủ Tiêu Chuẩn (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) không phải trả các 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.

Phần 1.2 Mức tối đa quý vị 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 tự trả hằng năm cho các dịch vụ y tế trong mạng lưới được Medicare Part A và Part B bao trả. Giới hạn này được gọi là khoản tiền tự trả tối đa (maximum out-of-pocket, MOOP) cho các dịch vụ y tế. Khoản tiền đó cho năm dương lịch 2023 là $3,450.

Số tiền mà quý vị thanh toán cho các khoản đồng thanh toán và khoản đồng bảo hiểm đối với các dịch vụ được bao trả trong mạng lưới được tính vào khoản tự trả tối đa này. Số tiền quý vị thanh toán cho tiền phạt ghi danh muộn Part D và cho các thuốc kê toa Part D không được tính vào khoản tự trả tối đa của quý vị. Ngoài ra, số tiền quý vị thanh toán cho một số dịch vụ không tính vào khoản tự trả tối đa của quý vị. Các dịch vụ này được đánh dấu sao trong Bảng Quyền Lợi Y

Tế. Nếu quý vị đã đạt đến số tiền tự trả tối đa là $3,450, quý vị sẽ không phải trả bất kỳ chi phí tự trả 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).

Số tiền tối đa mà quý vị phải tự trả cho các dịch vụ Part A và Part B được bao trả trong mạng lưới theo quyền lợi Điểm Dịch Vụ (POS) vào năm 2023 là $10,000. Số tiền mà quý vị trả cho các khoản đồng thanh toán và khoản đồng bảo hiểm cho các dịch vụ được bao trả ngoài mạng lưới được tính vào khoản tự trả tối đa này. Số tiền quý vị thanh toán cho các thuốc kê toa Part D của mình không được tính vào khoản tự trả tối đa của quý vị. Ngoài ra, số tiền quý vị thanh toán cho một số dịch vụ không tính vào khoản tự trả tối đa của quý vị. Các dịch vụ này được đánh dấu sao trong Bảng Quyền lợi Y Tế. Nếu quý vị đã đạt đến số tiền tự trả tối đa là $10,000 cho các dịch vụ ngoài mạng lưới POS được bao trả, quý vị sẽ không phải trả bất kỳ chi phí tự trả nào trong thời gian còn lại của năm cho các dịch vụ Part A và Part B được bao trả ngoài 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 Gold Freedom, quý vị được hưởng một điều khoản bảo vệ quan trọng là chỉ phải thanh toán khoản chia sẻ chi phí 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 được áp dụng ngay cả khi chúng tôi thanh toán 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 mà chúng tôi không thanh toán 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 chỉ bao trả cho các dịch vụ của nhà cung cấp ngoài mạng lưới trong các trường hợp nhất định, như khi quý vị được giới thiệu dịch vụ cấp cứu hoặc cấp thiết.)

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

- Nếu quý vị cho rằng nhà cung cấp đã "tính hóa đơn khoản chênh lệch" cho quý vị, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên.

PHẦN 2 Sử dụng *Bảng Quyền Lợi Y Tế* để biết các khoản mục được bao trả và số tiền quý vị sẽ thanh toán

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

Bảng Quyền Lợi Y Tế trên các trang sau liệt kê các dịch vụ được KelseyCare Advantage Gold Freedom bao trả và khoản tiền quý vị phải tự trả cho mỗi dịch vụ. Bảo hiểm thuốc kê toa Part D nằm trong Chương 5. Các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền 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, thuốc kê toa Part B) *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.
- Một số dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền 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 Bảng Quyền 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.

Những điều quan trọng khác cần biết về phạm vi 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 quyền 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 2023 (Medicare & Quý Vị 2023).* Xem trực tuyến tại www.medicare.gov hoặc yêu cầu bản sao bằng cách gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24/7. Người dùng TTY vui lòng gọi số 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 một bệnh trạng hiện có trong cùng lần thăm khám khi nhận dịch vụ phòng ngừa, khoản đồng thanh toán sẽ áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được cho bệnh trạng hiện có đó.
- Nếu Medicare bổ sung quyền lợi bao trả mới cho bất kỳ dịch vụ nào trong năm 2023, 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 quyền lợi.

Bảng Quyền Lợi Y Tế

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán 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. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 50% đối với hội viên đủ điều kiện được tham gia khám sàng lọc phòng ngừa này.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán 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 quyền 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 (tức là không liên quan đến sự di căn, viêm, nhiễm trùng, bệnh v.v.); • không liên quan đến phẫu thuật; và • không liên quan đến mang thai.	**Trong mạng lưới:** Khoản đồng thanh toán $20 cho mỗi lần thăm khám được Medicare bao trả. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng thanh toán $35 cho mỗi lần thăm khám được Medicare bao trả. **Cần có sự cho phép trước.**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
Châm cứu điều trị đau thắt lưng mạn tính (tiếp theo) Những bệnh nhân có dấu hiệu cải thiện sẽ được bao trả thêm tám buổi nữa. Hằng 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 đối với 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.	

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán 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 khoa.	**Trong mạng lưới:** Khoản đồng thanh toán $225 cho mỗi chuyến cứu thương một chiều được Medicare bao trả. **Ngoài mạng lưới:** Đồng thanh toán $250 cho các dịch vụ cứu thương bằng đường bộ. Đồng bảo hiểm 50% cho các dịch vụ cứu thương bằng đường hàng không. 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.**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
Khám sức khỏe tổng quát hằng năm	**Trong mạng lưới:** Khoản đồng thanh toán $0 cho một lần khám sức khỏe tổng quát hằng năm.
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 hằng năm. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 50% 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. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 50% cho lần đo khối lượng xương được Medicare bao trả.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
Tầm soát 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 nhũ ảnh 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. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 50% cho các lần chụp ảnh tuyến vú sàng lọc được bao trả.
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. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 50% 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.**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
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. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 50% 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. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 50% cho dịch vụ xét nghiệm phát hiện bệnh tim mạch được bao trả 5 năm một lần.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
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. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 50% cho dịch vụ xét nghiệm Pap và khám khung xương chậu phòng ngừa được Medicare bao trả.
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:** Khoản đồng thanh toán $20 cho mỗi lần thăm khám được Medicare bao trả. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng thanh toán $35 cho mỗi lần thăm khám được Medicare bao trả. **Cần có sự cho phép trước.**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
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. Khoản đồng thanh toán $0 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 ($300 đồng thanh toán) hoặc trung tâm phẫu thuật trong ngày ($225 đồng thanh toán) nếu thủ thuật nội soi được kết hợp với một thủ thuật điều trị ngoại trú khác không phải nội soi.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
Khám sàng lọc ung thư đại trực tràng (tiếp theo)	**Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 50% cho dịch vụ khám sàng lọc ung thư đại trực tràng được Medicare bao trả. Khoản đồng bảo hiểm 50% cho mỗi dịch vụ thụt bari phòng ngừa được Medicare bao trả. Khoản đồng bảo hiểm 20% cho 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 trong ngày. **Cần có sự cho phép trước.**
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. **Ngoài mạng lưới:** Chăm Sóc Thuận Tiện không được bao trả theo quyền lợi POS.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
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 Lâm Sàng • D0120 Đánh Giá Răng Miệng Định Kỳ 6 tháng 1 lần • D0140 Đánh Giá Răng Miệng Định Kỳ 12 tháng 1 lần • D0150 Đánh Giá Răng Miệng Toàn Diện - mới hoặc diễn ra từ trước, 12 tháng 1 lần • D0160 Đánh giá vấn đề miệng mở rộng có trọng tâm, 12 tháng 1 lần Chụp X Quang mọi Hình Ảnh Chẩn Đoán • *D0210 Trong Khoang Miệng - Chụp Toàn Bộ (phim chụp tia X chân răng cả hàm trên hàm dưới) 12 tháng 1 lần • D0220 Trong Khoang Miệng - Chụp X Quang răng cận chóp lầnđầu tiên 12 tháng 1 lần • D0230 Trong Khoang Miệng Trong - Chụp X Quang răng cận chóp mỗi lần chụp bổ sung 12 tháng 1 lần • D0240 Chụp X Quang Trong Miệng - Khớp Cắn 12 tháng 1 lần • D0270 Chụp X quang chân răng cả hàm trên hàm dưới, một phim chụp, 12 tháng 1 lần • D0272 Chụp X quang chân răng cả hàm trên hàm dưới, hai phim chụp, 12 tháng 1 lần • D0273 Chụp X quang chân răng cả hàm trên hàm dưới, ba phim chụp, 12 tháng 1 lần • D0274 Chụp X quang chân răng cả hàm trên hàm dưới, bốn phim chụp, 12 tháng 1 lần • D0277 Chụp X quang chân răng cả hàm trên hàm dưới theo Chiều dọc, 7 đến 8 phim chụp, 12 tháng 1 lần • *D0330 Phim chụp toàn hàm, 12 tháng 1 lần *Hình Ảnh Toàn Cảnh (D0330) có thể được thực hiện thay cho Loạt Ảnh Chụp Toàn Bộ Trong Miệng (D0210).	***Các Dịch Vụ Được Medicare Bao Trả:*** **Trong mạng lưới:** $25 đồng thanh toán cho mỗi dịch vụ nha khoa được Medicare bao trả. **Ngoài mạng lưới:** $35 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:** $0 đồng thanh toán. **Ngoài mạng lưới:** Không được bao trả.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ nha khoa (tiếp theo) Vệ Sinh Nha Khoa • D1110 Y học dự phòng - Người lớn 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.** ***Dịch Vụ Nha Khoa Toàn Diện*** Dịch vụ phục hình (tối đa 4 lần trám răng mỗi năm) • 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) Dịch Vụ Nha Chu • 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	***Dịch Vụ Nha Khoa Toàn Diện:*** **Trong mạng lưới:** 50% đồng bảo hiểm cho mỗi dịch vụ. Quyền lợi tối đa hàng năm $2,000 cho các dịch vụ nha khoa toàn diện và phòng ngừa mỗi năm. Bất kỳ số tiền nào vượt quá số tiền bao trả tối đa của chương trình đều thuộc trách nhiệm của hội viên. **Ngoài mạng lưới:** Không được bao trả.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ nha khoa (tiếp theo) <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) 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) • Sửa khuôn đúc bán phần – Hàm dưới (D5621) • Sửa khuôn đúc bán phần – Hàm trên (D5622) • Sửa móc gài một phần hàm giả - (D5630) • Thay thế Răng bị Vỡ – Mỗi răng (D5640) <u>Dịch vụ Phẫu thuật Hàm mặt và Miệng (không giới hạn số tiền bao trả tối đa của chương trình</u> • Nhổ răng – Răng mọc lệch hoặc Tụt lợi Chân răng (D7140) <u>Dịch vụ chăm sóc không định kỳ</u> • 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.**	

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
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 hằng năm. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 50% cho lần thăm khám sàng lọc bệnh trầm cảm hằng năm.
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. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 50% cho các xét nghiệm sàng lọc bệnh tiểu đường được Medicare bao trả.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán 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 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. $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 bao trả.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán 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 theo)	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. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 50% cho các hội viên đủ điều kiện nhận hướng dẫn cách tự kiểm soát bệnh tiểu đường, các dịch vụ và vật tư điều trị bệnh tiểu đường. **Cần có sự cho phép trước.**
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 và Chương 3, Phần 7 trong tài liệu 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.	**Trong mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 20% cho mỗi vật dụng được Medicare bao trả. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 50% cho mỗi vật dụng được Medicare bao trả.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
Thiết bị y tế lâu bền (DME) và các vật tư liên quan (tiếp theo) Với tài liệu *Chứng Thư Bảo Hiểm* này, chúng tôi đã gửi cho quý vị danh sách DME của KelseyCare Advantage Gold Freedom. Danh sách cho quý vị biết các thương hiệu và nhà sản xuất DME mà chúng tôi sẽ bao trả. Danh sách mới nhất gồm các thương hiệu, nhà sản xuất và nhà cung cấp này cũng có sẵn trên trang web của chúng tôi tại www.kelseycareadvantage.com. Nói chung, KelseyCare Advantage Gold Freedom 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 Gold Freedom 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, *Quy trình tiến hành khi quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại).)*	Khoản chia sẻ chi phí của quý vị đối với bảo hiểm thiết bị cấp ôxy của Medicare là khoản đồng bảo hiểm 20% trong mạng lưới và khoản đồng bảo hiểm 50% ngoài 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. Nếu trước khi đăng ký vào KelseyCare Advantage Gold Freedom, 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 Gold Freedom là khoản đồng bảo hiểm 20% trong mạng lưới và khoản đồng bảo hiểm 50% ngoài mạng lưới. **Cần có sự cho phép trước.**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc cấp cứu Dịch vụ chăm sóc cấp cứu chỉ 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 cấp cứu y tế. Trường hợp cấp cứu y tế là khi quý vị hoặc bất kỳ người 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 (và nếu quý vị là phụ nữ có thai, bị sảy thai), mất chi hoặc mất chức năng của chi, hay một chức năng cơ thể bị mất hoặc có khiếm khuyết nghiêm trọng. 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 cấp cứu 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. Phúc lợi Điểm dịch vụ không được sử dụng cho các lần thăm khám tại phòng cấp cứu, nhập viện cấp cứu, chăm sóc khẩn cấp hoặc lọc máu ngoài khu vực và quý vị sẽ không phải trả thêm tiền cho dịch vụ chăm sóc đó. Dịch vụ đó được bảo hiểm theo các quyền lợi trong mạng lưới của quý vị. Nếu quý vị nhập viện cấp cứu tại một bệnh viện trong mạng lưới và quý vị muốn dịch vụ chăm sóc nội trú của mình do một bác sĩ ngoài mạng lưới quản lý, chúng tôi sẽ bao trả chi phí bác sĩ theo quyền lợi POS của quý vị.	**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 cấp cứu tại bệnh viện ngoài mạng lưới và cần chăm sóc nội trú sau khi tình trạng cấp cứu 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. Chi phí tự trả để nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu bên ngoài Hoa Kỳ không được tính vào số tiền tự trả tối đa của quý vị ngoài khoản đồng thanh toán cho dịch vụ cấp cứu.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
Thẻ bỏ túi Flex Bảo hiểm của quý vị có quyền lợi thẻ bỏ túi flex cho các khoản trợ cấp nha khoa, nhãn khoa và thính khoa bổ sung vào bảo hiểm chương trình hiện tại của quý vị. Quý vị có thể sử dụng khoản trợ cấp đó để thanh toán các chi phí tự trả đến hạn cho nhà cung cấp. Quý vị sẽ có quyền sử dụng các khoản tiền này thông qua một thẻ ghi nợ được phát hành. **Nếu có thắc mắc về quyền lợi này, quý vị có thể truy cập các tài nguyên sau:** **Trực tuyến** – truy cập vào www.KCAOTC.com **Qua Điện thoại** - gọi cho Luật Sư theo số miễn phí (800) 688-2719 (TTY/TDD: 711), 8 sa đến 11 đêm, Thứ Hai đến Thứ Sáu. (Giờ Chuẩn Miền Đông), trừ ngày lễ Không có giới hạn về mạng lưới khi sử dụng quyền lợi này. Khoản trợ cấp phải được sử dụng trong năm. Nếu quý vị không sử dụng hết số tiền quyền lợi trong từng năm dương lịch, số dư còn lại sẽ không được chuyển sang năm dương lịch tiếp theo. Ngoại trừ các trường hợp sau đây: • Phí hủy hoặc bỏ cuộc hẹn • Các khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc kê toa • Tất cả chi phí tự trả không liên quan đến các dịch vụ nha khoa, thính khoa và nhãn khoa.	Quý vị thanh toán $0 cho các dịch vụ này. Quý vị có $500 mỗi năm để chi phí, sử dụng thẻ bỏ túi flex của mình cho những hạng mục sau: Nha khoa: Chi phí tự trả của quý vị liên quan đến chăm sóc răng miệng, bao gồm các dịch vụ phòng ngừa như vệ sinh và chụp X-quang, và các dịch vụ toàn diện như nhổ răng, mão răng, răng giả, trám răng và các dịch vụ khác do nha sĩ có giấy phép, bác sĩ phẫu thuật nha khoa, hoặc nhà cung cấp dịch vụ nha khoa có giấy phép khác thực hiện.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
Thẻ bỏ túi Flex (tiếp theo)	Nhãn khoa: Chi phí tự trả của quý vị liên quan đến chăm sóc mắt, bao gồm các dịch vụ phòng ngừa như khám mắt và các dịch vụ khác do nhà cung cấp dịch vụ nhãn khoa có giấy phép thực hiện. Ngoài ra còn có chi phí cho kính mắt kê toa, bao gồm gọng kính, tròng kính, nâng cấp kính và kính áp tròng, nếu đủ điều kiện. Thính khoa: Chi phí tự trả của quý vị liên quan đến chăm sóc thính lực, bao gồm các dịch vụ phòng ngừa như khám thính lực, lắp và đánh giá máy trợ thính, máy trợ thính, và các dịch vụ khác do nhà cung cấp có giấy phép hoặc chuyên gia thính lực thực hiện. Hãy nhớ chi tiêu số tiền quyền lợi chưa sử dụng ngay trong năm vì khoản tiền này sẽ hết hạn vào ngày 31 tháng 12 của năm quyền lợi.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán 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** • **Quyền Lợi Dinh Dưỡng** ○ 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 toa, 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.	**Trong mạng lưới:** $0 đồng thanh toán **Ngoài mạng lưới:** Không được bao trả theo quyền lợi POS.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
Các chương trình giáo dục sức khỏe và chăm sóc sức khỏe (tiếp theo) • **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. • **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.	

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ 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:** Khoản đồng thanh toán $25 cho mỗi lần thăm khám thính lực chẩn đoán do Medicare bao trả. Khoản đồng thanh toán $0 cho 1 lần thăm khám thính lực định kỳ hằng năm. *Khoản đồng thanh toán $25 cho 1 lần đo và đánh giá máy trợ thính mỗi năm. *Khoản tiền bao trả tối đa của chương trình là $750 cho mỗi tai đối với các quyền lợi máy trợ thính ba năm một lần. *Không được tính vào số tiền tự trả tối đa. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 20% cho mỗi lần thăm khám thính lực chẩn đoán do Medicare bao trả. Thăm khám thính lực định kỳ và thăm khám lắp đặt máy trợ thính không được bao trả theo quyền lợi POS. **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	Những khoản quý vị phải thanh toán 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. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 50% đối với hội viên đủ điều kiện thực hiện sàng lọc HIV phòng ngừa được 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 quyền 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:** Khoản đồng thanh toán $10 cho mỗi lần thăm khám bệnh tại nhà do Medicare bao trả. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 50% 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	Những khoản quý vị phải thanh toán 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 quyền 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 Part B 20% cho thuốc được tiêm truyền. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 50% cho nhà cung cấp để đi đến tận nhà. Khoản đồng bảo hiểm Part 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.**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc cuối đời Quý vị đủ điều kiện hưởng quyền 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. Quý vị có thể nhận được dịch vụ chăm sóc từ bất kỳ chương trình chăm sóc cuối đời nào được Medicare chứng nhận. Chương trình của quý vị có nghĩa vụ giúp quý vị tìm thấy các chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận trong khu vực dịch vụ của chương trình, bao gồm cả những chương trình mà tổ chức MA sở hữu, kiểm soát hoặc có lợi ích tài chính. 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 được tiếp nhận vào một dịch vụ chăm sóc cuối đời, quý vị có quyền tiếp tục theo chương trình bảo hiểm của mình; nếu chọn tiếp tục tham gia chương trình của mình, quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm cho chương trình. <u>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</u>: Original Medicare (chứ không phải là chương trình của chúng tôi) sẽ thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời các chi phí 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. Quý vị sẽ được tính phí cho phần chia sẻ chi phí theo chương trình Original Medicare.	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 Gold Freedom. **<u>Trong mạng lưới:</u>** Khoản đồng thanh toán $0 cho dịch vụ tư vấn chương trình chăm sóc cuối đời trước khi lựa chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời. **<u>Ngoài mạng lưới:</u>** Khoản đồng bảo hiểm 50% có thể được áp dụng 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	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc cuối đời (tiếp theo) <u>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</u>: Nếu quý vị cần các dịch vụ phi cấp cứu, không cấp thiết 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 và hãy thực hiện theo các quy tắc của chương trình (chẳng hạn như nếu có một yêu cầu để có được sự cho phép trước). • 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) <u>Đối với các dịch vụ được</u> KelseyCare Advantage Gold Freedom bao trả nhưng không được Medicare Part A hoặc Part B bao trả: KelseyCare Advantage Gold Freedom 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.	

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc cuối đời (tiếp theo) Đối với các loại thuốc có thể được quyền lợi Part D của chương trình bao trả: Nếu những loại thuốc này không liên quan đến bệnh trạng cuối đời giai đoạn cuối, quý vị sẽ phải thanh toán phần chia sẻ chi phí. Nếu chúng có liên quan đến bệnh nan y giai đoạn cuối, thì quý vị phải thanh toán phần chia sẻ chi phí theo Original Medicare. 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. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 50% cho các loại vắc-xin phòng viêm phổi, cúm và Viêm gan B.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán 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 quyền 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 quyền lợi bắt đầu từ ngày quý vị nhập viện hoặc tới cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Giai đoạn quyền 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 quyền lợi đã kết thúc, thì một giai đoạn quyền lợi mới sẽ bắt đầu. Không giới hạn số giai đoạn quyền 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	**Trong mạng lưới:** Đối với trường hợp nhập viện được Medicare bao trả: Khoản đồng thanh toán $375 cho mỗi lần nằm viện 60 ngày dự trữ trọn đời được bao trả với khoản đồng thanh toán $0 mỗi ngày. Các trường hợp cấp tính lưu viện nội trú được chẩn đoán mắc COVID-19 sẽ được miễn khoản chia sẻ chi phí nội trú cấp tính $375. **Ngoài mạng lưới:** Đối với trường hợp nhập viện được Medicare bao trả: Khoản đồng bảo hiểm 40% cho mỗi lần nằm viện Các trường hợp nằm viện cấp tính nội trú được chẩn đoán mắc COVID-19 sẽ được miễn khoản chia sẻ chi phí.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc nội trú tại bệnh viện (tiếp theo) • 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 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 Gold Freedom 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.	Nếu quý vị thăm khám với một nhà cung cấp ngoài mạng lưới mà không có sự cho phép trước, khi đó quý vị đang sử dụng quyền lợi POS của mình. Bất kỳ dịch vụ chăm sóc nào do nhà cung cấp chỉ định, bao gồm nhập viện, sẽ được bao trả theo quyền lợi POS của quý vị, ngay cả khi dịch vụ chăm sóc đó được cung cấp tại một cơ sở trong mạng lưới. Ví dụ: nếu nhà cung cấp dịch vụ POS chấp nhận để quý vị phẫu thuật tại một cơ sở trong mạng lưới, quý vị sẽ thanh toán khoản đồng bảo hiểm hoặc khoản đồng thanh toán POS cho cơ sở và dịch vụ bác sĩ. 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	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc nội trú tại bệnh viện (tiếp theo) 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 https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf hoặc quý vị có thể yêu cầu cung cấp bằng cách gọi đến 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, 24/7.	

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
Các dịch vụ nội trú tại bệnh viện tâm thần 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 quyền 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: Khoản đồng thanh toán $375 cho mỗi lần nằm viện. 60 Ngày Dự Trữ Trọn Đời - $0 đồng thanh toán mỗi ngày. **Ngoài mạng lưới:** Đối với trường hợp nhập viện được Medicare bao trả: Khoản đồng bảo hiểm 40% cho mỗi lần nằm viện Nếu quý vị đến gặp Nhà cung cấp không trong mạng lưới và sử dụng quyền lợi POS của mình thì bất kỳ dịch vụ chăm sóc nào do nhà cung cấp chỉ định, bao gồm nhập viện, sẽ được bao trả theo quyền lợi POS của quý vị, ngay cả khi dịch vụ chăm sóc đó được cung cấp tại một cơ sở trong mạng lưới. **Cần có sự cho phép trước.**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán 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 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 • 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	**Trong Mạng Lưới và Ngoài Mạng Lưới**: **Dịch vụ của bác sĩ** Vui lòng xem phần "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 phần "Xét nghiệm Chẩn đoán và các Dịch vụ và Vật tư Trị liệu dành cho Bệnh nhân Ngoại trú" trong bảng này. **Bộ phận giả, dụng cụ chỉnh hình và vật tư y tế/ trị liệu ngoại trú** Vui lòng xem phần "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.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
Quyền lợi bữa ăn	**Trong mạng lưới:** Khoản đồng thanh toán $0 cho tối đa 2 bữa ăn mỗi ngày trong 7 ngày sau khi xuất viện nội trú do được chẩn đoán mắc COVID-19. **Ngoài mạng lưới:** Không được bao trả theo quyền lợi POS. **Cần có sự cho phép trước.**
Liệu pháp dinh dưỡng y tế Quyền 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 riêng trực tiếp 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. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 50% 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	Những khoản quý vị phải thanh toán 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 quyền lợi MDPP. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 50% cho quyền lợi MDPP.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
Thuốc kê toa 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 trong ngày • 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 • 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	Kể từ ngày 1 tháng 4 năm 2023: **<u>Trong mạng lưới:</u>** Đồng bảo hiểm từ 0% đến tối đa 20% cho thuốc được Medicare Part B bao trả; bao gồm cả hóa trị được Part B bao trả. Kể từ ngày 1 tháng 7 năm 2023, quý vị sẽ không phải thanh toán quá $35 cho lượng sản phẩm insulin dùng trong một tháng mà chương trình của chúng tôi bao trả. Kể từ ngày 1 tháng 4 năm 2023: **<u>Ngoài mạng lưới:</u>** Đồng bảo hiểm từ 0% đến tối đa 20% cho thuốc được Medicare Part B bao trả; bao gồm cả hóa trị được Part B bao trả. Kể từ ngày 1 tháng 7 năm 2023, quý vị sẽ không phải thanh toán quá $35 cho lượng sản phẩm insulin dùng trong một tháng mà chương trình của chúng tôi 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	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
Thuốc kê toa Medicare Part B (tiếp) 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 quyền lợi thuốc kê toa Part B và Part D của chúng tôi. Chương 5 giải thích quyền 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. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 50% cho việc khám sàng lọc và liệu pháp phòng ngừa béo phì.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
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) • 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 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. $25 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám với bác sĩ chuyên khoa được Medicare bao trả. **Ngoài mạng lưới:** $10 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám với bác sĩ chăm sóc chính được Medicare bao trả. $35 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám với bác sĩ chuyên khoa được Medicare bao trả. **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.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ của chương trình điều trị rối loạn sử dụng opioid (tiếp theo)	**Ngoài mạng lưới:** $35 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám trị liệu cá nhân hoặc theo nhóm được Medicare bao trả. **Thuốc kê 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. **Ngoài 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	Những khoản quý vị phải thanh toán 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 hạn chế 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:** Khoản đồng thanh toán $0 cho các lần chụp X-quang do Medicare bao trả. Khoản đồng thanh toán $0 cho các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm được Medicare bao trả. Khoản đồng thanh toán $0 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. Khoản đồng thanh toán $0 cho nghiên cứu chẩn đoán giấc ngủ được Medicare bao trả tại một cơ sở không phải bệnh viện. Khoản đồng thanh toán $25 cho bài kiểm tra gắng sức tim được Medicare bao trả. Khoản đồng thanh toán $150 cho lần chụp CT được Medicare bao trả cho mỗi ngày dịch vụ. Khoản đồng thanh toán $150 cho lần chụp MRI hoặc MRA được Medicare bao trả cho mỗi ngày dịch vụ. Khoản đồng thanh toán $150 cho lần chụp PET được Medicare bao trả cho mỗi ngày dịch vụ.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán 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 theo)	Khoản đồng thanh toán $50 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. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng thanh toán $20 cho các lần chụp X-quang do Medicare bao trả. $0 đồng thanh toán tại LabCorp hoặc 50% đồng bảo hiểm tại bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ nào khác đối với các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm được Medicare bao trả. Khoản đồng bảo hiểm 20% cho tất cả các xét nghiệm chẩn đoán và các dịch vụ trị liệu và vật tư dành cho bệnh nhân ngoại trú khác được Medicare bao trả. **Cần có sự cho phép trước.**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán 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 https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf hoặc quý vị có thể yêu cầu cung cấp bằng cách gọi đến 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, 24/7.	**Trong mạng lưới:** Khoản đồng thanh toán $300 cho mỗi lần ở lại theo dõi tại bệnh viên dành cho bệnh nhân ngoại trú được Medicare bao trả. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 20% 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	Những khoản quý vị phải thanh toán 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 https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf hoặc quý vị có thể yêu cầu cung cấp bằng cách gọi đến 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, 24/7.	**Trong Mạng Lưới và Ngoài Mạng Lưới**: **Các dịch vụ cấp cứu** Vui lòng tham khảo phần "Chăm sóc Cấp cứu" trong bảng quyền lợi này. **Phẫu thuật ngoại trú** Vui lòng xem phần "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 Trong Ngày" 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 phần "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	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ tại bệnh viện dành cho bệnh nhân ngoại trú (tiếp theo)	**Chăm sóc sức khỏe tâm thần và nhập viện một phần** Vui lòng xem phần "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 phần "Thuốc kê toa Medicare Part B" trong bảng 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. **Ngoài mạng lưới:** $35 đồng thanh toán cho những 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	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
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 Ngoại Trú Toàn Diện (CORF).	**Trong mạng lưới:** Khoản đồng thanh toán $10 cho mỗi lần thăm khám vật lý trị liệu và hoạt động trị liệu do Medicare bao trả. Khoản đồng thanh toán $35 cho mỗi lần thăm khám âm ngữ trị liệu do Medicare bao trả. Khoản đồng thanh toán $25 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.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú (tiếp theo)	**Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng thanh toán $40 cho mỗi lần thăm khám âm ngữ trị liệu do Medicare bao trả. Khoản đồng bảo hiểm 50% cho mỗi lần thăm khám hoạt động trị liệu do Medicare bao trả. Khoản đồng thanh toán $35 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. **Ngoài mạng lưới:** $35 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	Những khoản quý vị phải thanh toán 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 trong ngày **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:** Khoản đồng thanh toán $225 cho mỗi lần thăm khám tại trung tâm phẫu thuật trong ngày được Medicare bao trả. Khoản đồng thanh toán $300 cho mỗi lần thăm khám phẫu thuật ngoại trú tại bệnh viện được Medicare bao trả. Khoản đồng thanh toán $300 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.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán 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 trong ngày (tiếp)	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 trong ngày (khoản đồng thanh toán $225) sẽ được áp dụng. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 20% cho 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 trong ngày. **Cần có sự cho phép trước.**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
Vật Dụng Mua Không Cần Toa (OTC) Bảo hiểm của quý vị bao gồm các vật dụng y tế OTC không cần toa như vitamin, thuốc giảm đau, thuốc ho và thuốc cảm, cùng vật dụng sơ cứu. Những vật dụng này được cung cấp 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 quyền lợi của mình và các sản phẩm mua không cần toa (OTC) chỉ dành cho quý vị sử dụng. Quý vị có thể dễ dàng mua các vật dụng OTC đủ điều kiện tại cửa hàng, mua trực tuyến qua điện thoại hoặc qua danh mục. • **Tại cửa hàng:** Quý vị sẽ được cấp thẻ quyền lợi OTC để mua các vật dụng OTC được chương trình phê duyệt tại địa điểm thuộc mạng lưới bán lẻ OTC ở địa phương của quý vị. • **Trực tuyến:** truy cập vào www.KCAOTC.com • **Qua Điện Thoại:** gọi cho Luật Sư OTC theo số miễn phí (800) 688-2719 (TTY/TDD: 711), 8 sa đến 11 đêm, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu. (Giờ Chuẩn Miền Đông), trừ ngày lễ • **Qua Đường Bưu Điện:** điền và gửi lại Đơn Đặt Hàng OTC trong Danh Mục Sản Phẩm OTC Xin lưu ý những vấn đề sau: • Danh sách sản phẩm này có thể thay đổi. Các vật dụng, số lượng, kích thước và giá trị có thể thay đổi tùy vào sự sẵn có. Để biết danh sách mới nhất về các sản phẩm OTC hiện có, hãy truy cập www.kcaotc.com. Có thể có giới hạn về số lượng cùng một vật dụng có thể được đặt hàng.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các vật dụng mua không cần toa được chương trình phê duyệt. Quý vị sẽ được nhận tối đa $95 mỗi quý để mua các vật dụng không cần toa được chương trình phê duyệt. Quý vị có thể đặt tối đa bốn (4) đơn hàng trực tuyến, qua điện thoại hoặc qua đường bưu điện mỗi quý cho các Vật dụng OTC được chương trình phê duyệt. Quý vị phải sử dụng thẻ quyền lợi OTC để mua các vật dụng OTC được chương trình phê duyệt tại các địa điểm thuộc mạng lưới bán lẻ OTC có tham gia. Thời gian hưởng quyền lợi OTC theo quý là tháng 1 - 3, 4 - 6, 7 - 9 và 10 - 12. Nếu quý vị không sử dụng hết số tiền quyền lợi OTC hàng quý của mình, số dư còn lại sẽ không được chuyển sang quý hoặc năm dương lịch tiếp theo.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
Vật Dụng Mua Không Cần Toa (OTC) (tiếp theo) • 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. • Nếu mức mua của quý vị ít hơn mức trợ cấp trong bất kỳ khoảng thời gian hạn định nào, số tiền còn lại sẽ không được chuyển sang tháng tiếp theo. • Tổng mức mua của quý vị sẽ được tính cho quý có đơn đặt hàng hoặc thực hiện giao dịch mua. **Tham khảo Danh Mục Sản Phẩm OTC năm 2023 của quý ị để biết toàn bộ danh sách các vật dụng OTC được chương trình phê duyệt hoặc gọi cho Luật Sư OTC để biết thêm thông tin.** Quý vị có thể tìm thêm thông tin trên trang web của chúng tôi tại www.kelseycareadvantage.com.	
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:** Khoản đồng thanh toán $25 cho mỗi ngày sử dụng các dịch vụ nhập viện một phần được Medicare bao trả. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 50% 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	Những khoản quý vị phải thanh toán 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 khoa được cung cấp tại phòng mạch bác sĩ, trung tâm phẫu thuật trong ngày 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 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 quyền 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.
• Một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa bao gồm tư vấn, chẩn đoán và điều trị bởi bác sĩ hoặc chuyên gia y tế, dành cho bệnh nhân ở một số vùng nông thôn nhất định hoặc những nơi khác được Medicare chấp thuận
	Trong mạng lưới:
	Khoản đồng thanh toán $0 cho mỗi lần thăm khám tại văn phòng bác sĩ chăm sóc chính được Medicare bao trả.
	Khoản đồng thanh toán $25 cho mỗi lần thăm khám tại văn phòng của bác sĩ chuyên khoa được Medicare bao trả.
	Khoản đồng thanh toán $0 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.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán 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 (tiếp theo)	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 kê 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	Những khoản quý vị phải thanh toán 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 theo)
• Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa cho các buổi thăm khám hằng 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
• 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
• Dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá và điều trị các rối loạn sức khỏe tâm thần nếu:
  o Quý vị có một cuộc thăm khám trực tiếp trong vòng 6 tháng trước lần khám sức khỏe từ xa đầu tiên
  o Quý vị được thăm khám trực tiếp 12 tháng một lần trong khi nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa này
  o Các trường hợp ngoại lệ có thể áp dụng cho một số trường hợp nhất định
• Dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa để thăm khám sức khỏe tâm thần do các Phòng Khám Sức Khỏe Nông Thôn và Trung Tâm Y Tế được Liên Bang Chứng Nhận thực hiện
• 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
	<u>Ngoài mạng lưới:</u>
	$10 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám tại văn phòng bác sĩ chăm sóc chính được Medicare bao trả.
	$35 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám với bác sĩ chuyên khoa được Medicare bao trả.
	40% đồng bảo hiểm cho mỗi lần thăm khám bác sĩ chuyên khoa với các nhà cung cấp MD Anderson được Medicare bao trả.
	$35 đồng thanh toán cho xét nghiệm dị ứng và huyết thanh dị ứng được Medicare bao trả.
	Dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa không được bao trả theo quyền lợi POS.
	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	Những khoản quý vị phải thanh toán 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 theo)
• 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 **nếu**:
  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 **và**
  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)	

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán 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:** Khoản đồng thanh toán $25 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. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng thanh toán $35 cho mỗi lần thăm khám được Medicare bao trả. Khoản đồng bảo hiểm 50% 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.**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
Quyền Lợi Điểm Dịch Vụ Quý vị có thể sử dụng quyền lợi này để nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới và cũng để nhận dịch vụ chăm sóc từ một số nhà cung cấp trong mạng lưới mà không cần xin phép. Quý vị sẽ phải trả một khoản chi phí cao hơn cho dịch vụ chăm sóc. Quyền lợi Điểm Dịch Vụ không được sử dụng cho những lần thăm khám tại phòng cấp cứu, nhập viện cấp cứu, chăm sóc khẩn cấp hoặc lọc máu được cung cấp trong khi quý vị tạm thời ở ngoài khu vực kinh doanh được chi trả theo khoản chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu quý vị gặp trường hợp cấp cứu do bác sĩ ngoài mạng lưới xử lý, chúng tôi sẽ bao trả chi phí bác sĩ theo quyền lợi POS của quý vị. Quý vị có thể sử dụng bất kỳ nhà cung cấp Medicare nào bằng lòng cung cấp dịch vụ để nhận các dịch vụ POS được bao trả tại Hoa Kỳ. Một số nhà cung cấp có thể không bằng lòng cung cấp dịch vụ thăm khám cho quý vị và/hoặc lập hóa đơn cho chương trình của chúng tôi đối với dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới dành cho quý vị. Các quyền lợi Điểm Dịch Vụ khả dụng cho các dịch vụ được Medicare bao trả. **Các dịch vụ bệnh viện nội trú tự chọn hoặc nhập viện trực tiếp được bao trả lên đến 90 ngày cho mỗi giai đoạn quyền lợi. Quý vị cũng có thể nhận được khoản bao trả cho các ngày từ 90 đến 150, quý vị có thể sử dụng khoản này một lần trong đời.**	Nếu quý vị đến gặp một nhà cung cấp ngoài mạng lưới để nhận dịch vụ chăm sóc phi cấp cứu mà không có sự cho phép trước, khi đó quý vị đang sử dụng quyền lợi POS của mình. Bất kỳ dịch vụ chăm sóc nào do nhà cung cấp chỉ định, bao gồm nhập viện, sẽ được bao trả theo quyền lợi POS của quý vị, ngay cả khi dịch vụ chăm sóc đó được cung cấp tại một cơ sở trong mạng lưới. Ví dụ: nếu nhà cung cấp dịch vụ POS chấp nhận để quý vị phẫu thuật tại một cơ sở trong mạng lưới, quý vị sẽ thanh toán khoản đồng bảo hiểm hoặc khoản đồng thanh toán POS cho cơ sở và dịch vụ bác sĩ. Cần phải có sự cho phép trước đối với dịch vụ chăm sóc tại cơ sở. Khoản tiền tự trả tối đa là $10,000 cho các dịch vụ ngoài mạng lưới. Các dịch vụ không được bao trả theo quyền lợi POS được ghi chú trong bảng quyền lợi này.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
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 hằng 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 hằng năm được Medicare bao trả. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 50% cho một lần xét nghiệm PSA hằng năm. Khoản đồng bảo hiểm 50% cho một buổi thăm khám trực tràng bằng ngón tay hằng năm được Medicare bao trả.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
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. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 50% cho mỗi vật dụng được Medicare bao trả. Khoản đồng bảo hiểm 50% cho các vật tư liên quan được Medicare bao trả. **Cần có sự cho phép trước.**
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:** Khoản đồng thanh toán $20 cho mỗi ngày phục hồi chức năng phổi cho đến giới hạn thăm khám của Medicare. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 50% cho mỗi ngày phục hồi chức năng phổi theo giới hạn thăm khám của Medicare. **Cần có sự cho phép trước.**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
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 quyền lợi khám sàng lọc và tư vấn giảm tình trạng lạm dụng rượu được Medicare bao trả. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 50% cho quyền 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	Những khoản quý vị phải thanh toán 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 50 - 77 tuổi không có dấu hiệu hay triệu chứng ung thư phổi, nhưng có tiền sử hút thuốc lá ít nhất 20 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 là bác sĩ lựa chọn cung cấp thăm khám tư vấn sàng lọc ung thư phổi và có chung lần thăm khám ra quyết định với 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 các lượt thăm khám như vậy.	**Trong mạng lưới:** Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hay khoản khấu trừ cho việc thăm khám tư vấn và ra quyết định chung mà được Medicare bao trả hoặc cho lần chụp LDCT. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 50% cho việc thăm khám tư vấn và ra quyết định chung được Medicare bao trả hoặc cho lần chụp LDCT.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
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 để phát hiện bệnh chlamydia, lậu, giang mai và Viêm gan B. Những lần khám sàng lọc này được bao trả cho phụ nữ mang thai và một số người có nguy cơ cao mắc STI khi các bác sĩ chăm sóc chính chỉ định xét nghiệm. 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 quyền lợi phòng ngừa STI. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 50% cho việc khám sàng lọc STI được Medicare bao trả và tư vấn về quyền lợi phòng ngừa STI.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ điều trịbệnh 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 ở Chương 3 hoặc khi nhà cung cấp dịch vụ này của quý vị tạm thời không thể đáp ứng hoặc không thể tiếp cận) • 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 quyền lợi thuốc Medicare Part B của quý vị. Để biết thông tin về bảo hiểm cho Thuốc Part B, vui lòng tới phần “Thuốc kê toa Medicare Part B”.	**Trong mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 20% cho mỗi lần điều trị thẩm tách được Medicare bao trả. Khoản đồng thanh toán $0 cho các dịch vụ phổ cập bệnh thận được Medicare bao trả. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 50% cho mỗi lần điều trị thẩm tách ngoài mạng lưới tại khu vực dịch vụ được Medicare bao trả. Khi điều trị thẩm tách tại một cơ sở lọc máu được Medicare chứng nhận lúc quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình thì sẽ được bao trả theo mức quyền lợi trong mạng lưới. Khoản đồng bảo hiểm 50% cho các dịch vụ phổ cập về bệnh thận được tiếp nhận ngoài mạng lưới. **Cần có sự cho phép trước.**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán 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 quyền 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 quyền lợi bắt đầu từ ngày quý vị nhập viện hoặc tới cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Giai đoạn quyền 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 quyền lợi đã kết thúc, thì một giai đoạn quyền lợi mới sẽ bắt đầu. Không giới hạn số giai đoạn quyền 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 chương trình 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 Khoản đồng thanh toán $125 mỗi ngày từ ngày thứ 21 đến 100. Không cần nằm viện nội trú trước khi nhập viện. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 50% cho mỗi lần lưu trú đối với dịch vụ chăm sóc tại Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Môn do Medicare bao trả mà được tiếp nhận tại một cơ sở ngoài mạng lưới. **Cần có sự cho phép trước.**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) (tiếp theo) 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 chi phí trả chung trong mạng lưới cho một cơ sở mà không phải là nhà cung cấp trong mạng lưới, nếu cơ sở đó chấp nhận số tiền thanh toáncủa 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) Nếu quý vị sử dụng thuốc lá, nhưng không có các dấu hiệu hoặc triệu chứng của bệnh liên quan đến thuốc lá: 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. 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: 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.	**Trong mạng lưới:** 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. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 50% cho phúc lợi phòng ngừa và cai sử dụng thuốc lá được Medicare bao trả.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán 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:** Khoản đồng thanh toán $30 cho mỗi buổi vật lý trị liệu có giám sát được Medicare bao trả. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 50% cho mỗi buổi trị vật lý trị liệu có giám sát được Medicare bao trả.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
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:** Khoản đồng thanh toán $0 cho các lần đến không giới hạn mỗi năm ở 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. **Ngoài mạng lưới:** Không được bao trả theo quyền lợi POS.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
Dịch vụ cấp thiết Dịch vụ cấp thiết được cung cấp để điều trị bệnh tật, thương tích hoặc tình trạng y tế bất ngờ, không cấp cứu cần được chăm sóc y tế ngay, nhưng ở hoàn cảnh của quý vị không thể nào sử dụng dịch vụ từ nhà cung cấp trong mạng lưới. Ví dụ về các dịch vụ cấp thiết mà chương trình phải bao trả ngoài mạng lưới là i) quý vị cần chăm sóc ngay lập tức vào cuối tuần hoặc ii) quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình. Các dịch vụ phải là cấp thiết ngay lúc đó và cần thiết về mặt y khoa. Với hoàn cảnh của quý vị, nếu việc tiếp nhận dịch vụ chăm sóc y tế ngay lập tức từ nhà cung cấp trong mạng lưới là không hợp lý thì chương trình sẽ chi trả cho dịch vụ cấp thiết do một nhà cung cấp ngoài mạng lưới thực hiện. Dịch vụ Chăm Sóc Khẩn Cấp chỉ được bao trả trong phạm vi Hoa Kỳ.	**Trong Mạng Lưới và Ngoài Mạng Lưới:** Khoản đồng thanh toán $25 cho mỗi lần thăm khám được Medicare bao trả.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
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 cặp kính mắt sau cuộc phẫu thuật thứ hai.)	**Trong mạng lưới:** Khoản đồng thanh toán $25 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 kê toa Medicare Part B” để biết số tiền đồng bảo hiểm nếu thuốc Part B được cung cấp trong quá trình thăm khám. Khoản đồng thanh toán $0 cho một lần khám sàng lọc tăng nhãn áp hằng năm. Khoản đồng thanh toán $0 cho kính có gọng, tròng kính hoặc kính áp tròng sau khi phẫu thuật đục thủy tinh thể. Bao trả 100% tối đa trong mức Medicare cho phép.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
Chăm sóc nhãn khoa (tiếp) • Khám thị lực định kỳ • Kính mắt định kỳ	Khoản đồng thanh toán $0 cho 1 lần khám thị lực định kỳ hằng năm.. *Hạn mức bảo hiểm của chương trình là $125 mỗi năm cho kính mắt, kính thuốc và/hoặc kính áp tròng không liên quan đến giai đoạn hậu phẫu thuật đục thủy tinh thể. Phụ cấp chỉ có thể được sử dụng trong một ngày dịch vụ. *Không được tính vào số tiền tự trả tối đa. **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 20% cho các lần khám được Medicare bao trả để chẩn đoán và điều trị các bệnh và tình trạng của mắt. Khoản đồng bảo hiểm 50% cho một lần khám sàng lọc tăng nhãn áp hằng năm. Khoản đồng bảo hiểm 50% cho kính có gọng, tròng kính hoặc kính áp tròng sau khi phẫu thuật đục thủy tinh thể. Bao trả tối đa mức Medicare cho phép. Khám mắt định kỳ và kính mắt thường xuyên không được bao trả theo quyền lợi POS.

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
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". **Ngoài mạng lưới:** Khoản đồng bảo hiểm 50% cho thăm khám dự phòng "Chào Mừng Đến Với 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.

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 dùng các dịch vụ bị loại trừ (không được bao trả), quý vị phải tự thanh toán cho các dịch vụ đó, trừ phi theo các điều kiện cụ thể bên dưới. Ngay cả khi quý vị dùng 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. Trường hợp ngoại lệ duy nhất là nếu dịch vụ bị kháng cáo và ra quyết định sau kháng cáo rằng đó là dịch vụ y tế mà chúng tôi đáng lẽ ra phải thanh toán hoặc bao trả vì tình huống cụ thể của quý vị. (Để biết thông tin về việc kháng cáo quyết định của chúng tôi về việc không bao trả cho một dịch vụ y tế, hãy xem Chương 9, Phần 5.3 trong tập tài liệu này.)

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		Dành cho người bị đau thắt lưng mạn tính trong những trường hợp nhất định.
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 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 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 những thứ mà chương trình của chúng tôi và Original Medicare xác định là không được chấp nhận rộng rãi 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.	✓	

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
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 và các thiết bị hỗ trợ cho bàn chân		Những đôi giày mà là một phần của nẹp chân và chi phí của nẹp cũng bao gồm giày này. Giày chỉnh hình hoặc giày trị liệu 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.	✓	
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.

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
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 không cần thiết theo các tiêu chuẩn của Original Medicare	✓	

CHƯƠNG 5:

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

PHẦN 1 Giới thiệu

Chương này **giải thích các quy tắc về việc sử dụng khoản bao trả cho thuốc Part D của quý vị**. Hãy xem Chương 4 để biết quyền lợi thuốc Medicare Part B và thuốc chăm sóc cuối đời.

Phần 1.1 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 và toa phải hợp lệ theo luật tiểu bang hiện hành.
- Người kê toa của quý vị không được ở trong Danh Sách Loại Trừ của Medicare.
- 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 Mua thuốc tại 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.

Phần 2.2 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. Một số nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi chấp nhận mức chia sẻ chi phí ưu tiên mà có thể sẽ thấp hơn chi phí tại nhà thuốc chấp nhận mức 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 tự trả chi phí của mình cho các loại thuốc khác nhau thì khác nhau như thế nào bằng cách liên hệ với chúng tôi.

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 chấp nhận mức chia sẻ chi phí ưu tiên, quý vị có thể chuyển sang một nhà thuốc khác hoặc nhà thuốc ưu tiên, nếu có. Để tìm một nhà thuốc khác trong mạng lưới tại khu vực của mình, quý vị có thể nhận trợ giúp từ Dịch Vụ Hội Viên 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 quý vị 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 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 Y Tế Cho Người Mỹ Da Đỏ (Indian Health Service)/Chương Trình Y Tế Bộ Lạc/Đô Thị Cho Người Mỹ Da Đỏ (không áp dụng 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 một nhà thuốc chuyên biệt, hãy tra trong *Danh Mục Nhà Thuốc* hoặc gọi tới Dịch Vụ Hội Viên.

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 qua đường bưu điện sẽ mất không quá 10 ngày. Nếu quý vị cần hỗ trợ vì toa thuốc đặt hàng qua đường bưu điện của mình đến muộn, vui lòng gọi 1-888-970-0914 để được trợ giúp trực tiếp từ đại diện Chăm Sóc Khách Hàng. Nếu nhà thuốc nhận đặt hàng qua đường bưu điện dự kiến đơn hàng có thể đến chậm, họ sẽ thông báo cho quý vị về sự chậm trễ đó. Nếu cần gấp đơn hàng do sự chậm trễ của đơn hàng qua đường bưu điện, quý vị có thể liên hệ với Bộ Phận Chăm Sóc Khách Hàng để trao đổi về các lựa chọn khả dĩ như mua tại một nhà thuốc bán lẻ địa phương hoặc xúc tiến phương thức vận chuyển. Cung cấp cho người đại diện mã số ID và (các) số toa thuốc của quý vị. Nếu muốn giao thuốc vào ngày thứ hai hoặc ngày hôm sau, quý vị có thể nêu yêu cầu này cho đại diện Chăm Sóc Khách Hàng và quý vị phải trả một khoản phụ phí.

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 trước đây, 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 bất cứ lúc nào bằng đăng ký ở 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 quan trọng là quý vị phải hồi đáp mỗi lần nhà thuốc liên hệ quý vị, để họ biết họ nên gửi thuốc, trì hoãn hay hủy toa thuốc mới.

Mua thêm thuốc qua dịch vụ 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 mỗi lần giao thuốc mua thêm để đảm bảo quý vị hiện đang cần thêm thuốc; và quý vị có thể hủy mua thêm thuốc theo lịch nếu có đủ thuốc hoặc nếu có sự thay đổi về thuốc của quý vị.

Nếu quý vị chọn không sử dụng chương trình tự động mua thêm thuốc của chúng tôi nhưng vẫn muốn nhà thuốc gửi thuốc qua đường bưu điện, hãy liên hệ với nhà thuốc của quý vị 15 ngày trước khi dùng hết toa thuốc hiện tại. Điều này sẽ đảm bảo thuốc của quý vị được gửi đến 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.

Nếu quý vị nhận thuốc mua thêm tự động qua chương trình đặt mua qua bưu điện ngoài ý muốn, quý vị có thể đủ điều kiện được hoàn tiền.

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.)

1. **Một số nhà thuốc bán lẻ** trong mạng lưới của chúng tôi cho phép quý vị mua lượng thuốc duy trì dài hạn (các nhà thuốc này chấp nhận chia sẻ chi phí ưu đãi) với mức chia sẻ chi phí thấp hơn. Các nhà thuốc bán lẻ khác có thể không chấp nhận số tiền chia sẻ chi phí thấp hơn. 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.

2. Quý vị cũng có thể nhận thuốc duy trì qua chương trình đặt mua qua đường bưu điện của chúng tôi. Vui lòng xem Phần 2.3 để biết thêm thông tin.

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

Toa 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 hỗ trợ 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. 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. Gần như chắc chắn là quý vị phải thanh toán khoản chênh lệch giữa số tiền quý vị chi trả mua thuốc tại nhà thuốc ngoài mạng lưới và chi phí chúng tôi sẽ bao trả tại nhà thuốc trong mạng lưới.

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 toa thuốc dùng để cấp cứu y tế hoặc chăm sóc khẩn cấp.
- Quý vị không thể mua thuốc được bao trả ngay lúc cần vì không có nhà thuốc 24 giờ nào thuộc mạng lưới nằm trong khoảng cách lái xe hợp lý.
- Toa thuốc có loại thuốc đã hết hàng tại nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới có thể tiếp cận hoặc nhà thuốc bán qua đường bưu điện (bao gồm các loại thuốc độc quyền và có giá cao).
- Khi quý vị được sơ tán hoặc di dời khỏi nhà do thảm họa Liên bang hoặc tuyên bố khẩn cấp về y tế cộng đồng khác.
- Vắc-xin hoặc thuốc được sử dụng tại phòng khám của bác sĩ.

Ngay cả khi chúng tôi bao trả cho các loại thuốc quý vị nhận tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới, quý vị có thể vẫn phải trả nhiều hơn số tiền sẽ trả khi mua tại một 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 được yêu cầu Medicare và đã được Medicare thông qua.

Thuốc có trong Danh Sách Thuốc chỉ là thuốc được bao trả theo Medicare 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*:

- Cơ Quan Quản lý Thực Phẩm và Dược Phẩm đã phê duyệt thuốc đó cho chẩn đoán hoặc bệnh trạng đang được kê để sử dụng.
- -- *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), thuốc thế phẩm (generic) và thuốc tương đương sinh học.

Thuốc biệt dược là thuốc kê toa và được bán dưới tên nhãn hiệu thuộc sở hữu của một nhà sản xuất dược phẩm. Thuốc biệt dược phức tạp hơn thuốc thông thường (ví dụ, thuốc chứa protein) và được gọi là chế phẩm sinh học. Trong danh sách thuốc, khi chúng tôi gọi là "thuốc", thì có nghĩa là thuốc hoặc sản phẩm sinh học.

Thuốc thế phẩm là thuốc kê toa có cùng thành phần hoạt tính với thuốc biệt dược. Vì chế phẩm sinh học phức tạp hơn thuốc thông thường nên thay vì chúng có dạng thế phẩm thì chúng có những dạng khác được gọi là thuốc tương đương sinh học. Thông thường, thuốc thế phẩm và thuốc tương đương sinh học cũng có công hiệu tương tự như thuốc biệt dược hoặc chế phẩm sinh học và thường rẻ hơn. Có các dạng thay thế của thuốc thế phẩm oặc thuốc tương đương sinh học thay cho nhiều thuốc biệt dược và một số chế phẩm sinh học.

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. Trong vài trường hợp, quý vị sẽ không thể nhận thuốc mà không có trong danh sách thuốc. Vui lòng xem Chương 9 để biết thêm thông tin.

Phần 3.2 Có 6 "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 6 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 Loại Thuốc Có Trong Bậc
Bậc 1 (bậc chia sẻ chi phí thấp nhất)	Thế Phẩm Ưu Tiên: bao gồm các thuốc thế phẩm ưu tiên và có thể bao gồm một số thuốc biệt dược.
Bậc 2	Thế Phẩm: bao gồm các thuốc thế phẩm và có thể bao gồm một số thuốc biệt dược.
Bậc 3	Biệt Dược Ưu Tiên: bao gồm các thuốc biệt dược ưu tiên, thuốc thế phẩm không ưu tiên và Insulin Chọn Lọc.
Bậc 4	Thuốc Không Ưu Tiên: bao gồm các thuốc biệt dược và thế phẩm không ưu tiên.
Bậc 5 (bậc chia sẻ chi phí cao nhất)	Bậc Thuốc Đặc Trị: là bậc cao nhất, bao gồm thuốc biệt dược và thuốc thế phẩm giá cao.
Bậc 6	Thuốc Chăm Sóc Chọn Lọc: là bậc thấp nhất, bao gồm vắc-xin phòng ngừa và các thuốc thế phẩm chăm sóc chọn lọc để điều trị các bệnh như tiểu đường, huyết áp cao và cholesterol cao.

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.

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 quý vị và nhà cung cấp của quý vị sử dụng thuốc theo những cách hiệu quả nhất. 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. Bất kỳ khi nào có một loại thuốc an toàn, có chi phí thấp hơn cho hiệu quả về mặt y tế tương tự như loại thuốc có chi phí cao hơn, những quy tắc của chương trình sẽ khuyến khích quý vị và nhà cung cấp của quý vị sử dụng thuốc nào có chi phí thấp hơn.

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 thuốc giống nhau sẽ khác nhau ở các yếu tố như độ mạnh, số lượng hoặc dạng bào chế được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị kê toa, cũng như những hạn chế hay khoản chia sẻ chi phí sẽ áp dụng lên các phiên bản thuốc khác nhau (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?

Các phần dưới đây cho quý vị biết thêm về các loại hạn chế mà chúng tôi sử dụng cho một số loại 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. Hãy liên hệ Dịch Vụ Hội Viên nếu quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị muốn biết làm thế nào để được chi trả cho thuốc của mình. Nếu quý vị muốn chúng tôi miễn trừ hạn chế cho quý vị, quý vị 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. (Đọc Chương 9.)

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 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 thay cho thuốc biệt dược. Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp của quý vị đã cho chúng tôi biết với lý do sức khỏe mà thuốc thế phẩm và các thuốc được bao trả khác dùng 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 "**sự cho phép trước**." Điều này được áp dụng để đảm bảo an toàn y tế và hỗ trợ hướng dẫn dùng một số thuốc nhất định đúng cách. 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 được nhận mỗi lần mua thuốc kê toa. 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 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

Có những trường hợp mà có một loại thuốc kê toa nào đó mà quý vị 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 hoặc có trong danh mục với những hạn chế của chúng tôi. 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 được giải thích trong Phần 4.
- 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.
- 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. 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 các lựa chọn dành cho quý vị:

- Quý vị có thể nhận được một lượng thuốc tạm thời.
- 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, chương trình phải cung cấp một lượng thuốc tạm thời cho loại thuốc mà quý vị đang dùng. Lượng thuốc tạm thời này giúp quý vị có thời gian để trao đổi với nhà cung cấp của mình về sự thay đổi trong bảo hiểm và quyết định nên làm gì.

Để đủ điều kiện nhận lượng thuốc tạm thời, loại thuốc quý vị đang dùng **phải không còn trong Danh Sách Thuốc của chương trình HOẶC hiện đang bị hạn chế theo cách nào đó.**

- **Nếu quý vị là hội viên mới,** chúng tôi sẽ bao trả cho lượng thuốc tạm thời trong 90 ngày đầu làm hội viên trong chương trình.
- **Nếu quý vị đã tham gia chương trình vào năm ngoái,** chúng tôi sẽ bao trả thuốc tạm thời của quý vị trong 90 ngày đầu của năm dương lịch.
- Lượng thuốc tạm thời sẽ được cấp cho tối đa 30 ngày. Nếu toa thuốc của quý vị chỉ kê để dùng ít ngày hơn, chúng tôi sẽ cho phép kê thêm đến tối đa 30 ngày thuốc. Thuốc trong toa thuốc phải do nhà thuốc trong mạng lưới cung cấp. (Xin lưu ý rằng nhà thuốc chăm sóc dài hạn (long-term care, LTC) có thể cung cấp thuốc với số lượng ít hơn mỗi lần để tránh lãng phí.)
- **Đối với những hội viên đã tham gia chương trình được hơn 90 ngày và cư trú trong cơ sở chăm sóc dài hạn và cần được cấp thuốc ngay lập tức:**

  Chúng tôi sẽ bao trả một lượng thuốc cụ thể cấp thiết trong 31 ngày, hoặc ít hơn nếu toa thuốc của quý vị được kê cho ít ngày hơn. Lần cấp thuốc này nằm ngoài lượng 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 biết thêm thông tin về lượng thuốc tạm thời, hãy gọi bộ phận Dịch Vụ Hội Viên.

Trong thời gian sử dụng 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 đã hết. Quý vị có hai lựa chọn:

1) Quý vị có thể đổi sang loại thuốc khác

Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để biết được có thuốc nào khác phù hợp với quý vị mà vẫn được chương trình bao trả không. 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.

2) Quý vị có thể yêu cầu một ngoại lệ

Quý vị và nhà cung cấp có thể yêu cầu chương trình đưa ra ngoại lệ cho mình 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 sức khỏe

hợp lý để yêu cầu chúng tôi đưa ra ngoại lệ, nhà cung cấp của quý vị có thể giúp quý vị yêu cầu xét ngoại lệ. 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 quý vị biết về bất cứ thay đổi nào trước năm mới. 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 trao đổi với nhà cung cấp của quý vị. Có thể sẽ 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 cung cấp 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.

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**.
- **Chuyển một loại thuốc sang bậc chia sẻ chi phí cao hơn hoặc thấp hơn**.
- **Thêm hoặc bỏ hạn chế đối với bảo hiểm cho một loại thuốc**.
- **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 có thay đổi với Danh Sách Thuốc, chúng tôi sẽ đăng thông tin trên trang web của mình về những thay đổi đó. Chúng tôi cũng sẽ cập nhật Danh Sách Thuốc trực tuyến của mình theo lịch đều đặn. Trong phần dưới đây, chúng tôi có 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.

Những thay đổi trong bảo hiểm thuốc mà sẽ ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình 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 xóa thuốc biệt dược ra khỏi Danh Sách Thuốc ngay nếu dự định thay thế loại thuốc đó bằng phiên bản thuốc thế phẩm mới đã được thông qua của cùng loại thuốc đó. Thuốc thế phẩm sẽ xuất hiện trong cùng bậc chia sẻ chi phí hoặc bậc thấp hơn và đi kèm mức độ hạn chế như cũ hoặc thấp hơn. Ngoài ra, khi thêm thuốc thế phẩm mới, chúng tôi có thể quyết định giữ lại thuốc biệt dược trong Danh Sách Thuốc của mình, nhưng ngay lập tức chuyển thuốc đó sang bậc chia sẻ chi phí cao hơn và/hoặc áp dụng thêm hạn chế.
    - 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. 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 đó. 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.

- 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. Xem Chương 9 để biết thông tin về cách yêu cầu một ngoại lệ.

- **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 đánh giá là không an toàn hoặc bị thu hồi khỏi thị trường vì một lý do khác. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi sẽ ngay lập tức loại bỏ thuốc đó khỏi Danh Sách Thuốc. Nếu quý vị đang dùng loại thuốc đó, chúng tôi sẽ thông báo ngay cho quý vị.
  - 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 không phải là loại mới trên thị trường để thay thế một loại thuốc biệt dược trên Danh Sách Thuốc hoặc thay đổi bậc chia sẻ chi phí và/hoặc thêm các hạn chế mới đối với thuốc biệt dược đó. 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 cho quý vị biết về sự thay đổi và cấp thuốc bổ sung để dùng trong 30ngày cho 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 để đáp ứng mọi hạn chế mới về loại thuốc mà quý vị đang dùng.
  - 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 đó cho quý vị. Xem Chương 9 để biết thông tin về cách yêu cầu một ngoại lệ.

Những thay đổi trong Danh Sách Thuốc mà sẽ không ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình

Chúng tôi có thể thay đổi một số thứ trong Danh Sách Thuốc mà những thay đổi này không được miêu tả ở trên. Trong những trường hợp này, sự thay đổi sẽ không được áp dụng với quý vị nếu quý vị dùng thuốc tại thời điểm thực hiện thay đổi; tuy nhiên, những thay đổi này sẽ ảnh hưởng đến quý vị bắt đầu từ ngày 1 tháng 1 của năm chương trình tới nếu quý vị vẫn dùng chương trình cũ.

Nói chung, những thay đổi mà sẽ không ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình hiện tại là:

- Chúng tôi chuyển thuốc của quý vị sang bậc chia sẻ chi phí cao hơn.
- Chúng tôi đề ra một hạn chế mới đối với việc sử dụng thuốc của quý vị.
- 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 thay thế thuốc biệt dược hoặc thay đổi khác được ghi lại trong các phần 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 tăng phí 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.

Chúng tôi sẽ không trực tiếp nói với quý vị về những loại thay đổi này trong năm chương trình hiện tại. Quý vị cần kiểm tra Danh Sách Thuốc cho năm chương trình tới (khi có danh sách trong giai đoạn đăng ký mở) để xem thuốc mà quý vị đang dùng có thay đổi nào mà sẽ ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình tiếp theo không.

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 nhận được các loại thuốc bị loại trừ, quý vị phải tự thanh toán chi phí (ngoại trừ các thuốc bị loại trừ cụ thể được chi trả bởi khoản bao trả nâng cao của chúng tôi). Nếu quý vị kháng cáo và thuốc được yêu cầu không bị loại trừ theo Part D thì chúng tôi sẽ bao trả cho thuốc đó. (Để biết thông tin về việc kháng cáo một quyết định, hãy xem Chương 9)

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.

- 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).

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. Thông tin bổ sung ở bên dưới.)

- Thuốc không kê toa (còn được gọi là thuốc mua tự do)
- Thuốc được sử dụng để làm tăng khả năng sinh sản
- Thuốc được sử dụng để giảm các triệu chứng ho hoặc cảm lạnh
- Thuốc được sử dụng cho mục đích thẩm mỹ hoặc để thúc đẩy mọc tóc
- Các sản phẩm vitamin và khoáng chất kê toa, ngoại trừ vitamin dành cho bà bầu và các chế phẩm chứa florua
- Thuốc được sử dụng để điều trị rối loạn chức năng tình dục hoặc rối loạn cương dương
- Thuốc được sử dụng 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 trả các loại thuốc sau đây trong bậc chia sẻ chi phí Bậc 2:

sildenafil 25 MG - QL 6/30
sildenafil 50 MG - QL 6/30
sildenafil 100 MG - QL 6/30
folic acid 1 MG - QL 30/30
ergocalciferol 1.25 MG - QL 4/28
vitamin B12 1000 MCG/ML - QL 1/30

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 tài liệu này.)

Ngoài ra, nếu quý vị **đang nhận được "Trợ Giúp Bổ Sung"** để thanh toán cho toa thuốc của mình, thì chương trình "Trợ Giúp Bổ Sung" sẽ không thanh toán cho các loại thuốc thường

không được bao trả. Tuy nhiên, nếu quý vị có bảo hiểm thuốc qua Medicaid, chương trình Medicaid của tiểu bang 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.)

CHƯƠNG 8 Mua thuốc kê toa

Phần 8.1 Cung cấp thông tin hội viên

Để mua thuốc kê toa, quý vị hãy cung cấp thông tin thẻ hội viên chương trình của mình tại nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị chọn. Thông tin này có trên thẻ hội viên. Nhà thuốc trong mạng lưới sẽ tự động lập hóa đơn cho chương trình đối với phần chia sẻ chi phí thuốc *của chúng tôi*. 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 thông tin hội viên?

Nếu quý vị không mang theo thông tin hội viên chương trình khi mua thuốc kê toa, quý vị hoặc nhà thuốc có thể 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 kê toa cho quý vị miễn là thuốc đó đáp ứng tất cả các quy tắc của chúng tôi về bảo hiểm được mô tả trong Chương này.

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 hạn (LTC) (chẳng hạn như cơ sở điều dưỡng) có nhà thuốc riêng hoặc sử dụng một nhà thuốc cung cấp thuốc cho tất cả những người cư trú trong đó. Nếu là

người cư trú trong một cơ sở LTC, quý vị có thể nhận được thuốc kê toa của mình thông qua nhà thuốc của cơ sở này hoặc nhà thuốc mà họ sử dụng, miễn là nhà thuốc thuộc mạng lưới của chúng tôi.

Kiểm tra *Danh Mục Nhà Thuốc* của quý vị để tìm hiểu xem nhà thuốc của cơ sở LTC hoặc nhà thuốc họ sử dụng có thuộc mạng lưới của chúng tôi hay không. Nếu không thuộc mạng lưới, hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin, vui lòng liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên. Nếu quý vị đang ở trong một cơ sở LTC, chúng tôi phải đảm bảo rằng quý vị thường xuyên nhận được các quyền lợi Part D của mình thông qua mạng lưới các nhà thuốc LTC của chúng tôi.

Điều gì xảy ra nếu quý vị là người cư trú trong cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC) và cần thuốc không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi hoặc bị hạn chế vì lý do nào đó?

Hãy tham khảo Phần 5.2 để biết thông tin về thuốc cấp tạm thời hoặc cấp thiết.

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?

Nếu quý vị hiện có bảo hiểm thuốc kê toa khác thông qua hãng sở của mình (hoặc của vợ/chồng quý vị) hoặc nhóm hưu trí, vui lòng liên hệ với **người quản lý quyền 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 có bảo hiểm cho người lao động hoặc nhóm hưu trí, bảo hiểm thuốc kê toa mà quý vị nhận được từ chúng tôi sẽ là bảo hiểm *phụ* so với bảo hiểm theo nhóm 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.

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, hãy yêu cầu cung cấp một bản sao từ quản trị viên quyền lợi của hãng sở hoặc chương trình hưu trí hoặc từ chính chủ hãng sở hay nghiệp đoàn.

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

Chương trình chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi không bao trả cùng một loại thuốc cùng một lúc. Nếu quý vị đăng ký chương trình chăm sóc cuối đời Medicare và cần phải dùng một số loại thuốc nhất định (ví dụ: 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 không chậm trễ trong việc nhận các loại thuốc mà chương trình của chúng tôi cần bao trả này, vui lòng đề nghị nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc người kê toa thông báo trước khi cấp thuốc theo toa cho quý vị.

Trong trường hợp quý vị chọn không tham gia chương trình chăm sóc cuối đời của mình nữa hoặc rời khỏi chương trình chăm sóc cuối đời, chương trình của chúng tôi sẽ bao trả cho thuốc của quý vị như được giải thích trong tập tài liệu này. Để nhà thuốc không bị chậm trễ khi quyền lợi chăm sóc cuối đời Medicare của quý vị kết thúc, hãy mang theo tài liệu đến nhà thuốc để xác minh việc thu hồi hoặc rời khỏi của quý vị.

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.

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
- Toa thuốc được kê có loại thuốc chứa 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 giúp đảm bảo các hội viên sử dụng an toàn 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 giảm đau nhóm 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 sức khỏe. Khi làm việc với các bác sĩ của quý vị, nếu chúng tôi cho rằng việc sử dụng thuốc giảm đau nhóm opioid hoặc thuốc benzodiazepine kê 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. Nếu chúng tôi sắp xếp cho quý vị trong DMP của chúng tôi, những giới hạn có thể là:

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

Chúng tôi sẽ thông báo trước cho quý vị qua thư nếu có kế hoạch hạn chế cách lấy thuốc và cũng như lượng thuốc quý vị được nhận. Thư sẽ giải thích những hạn chế mà chúng tôi cho là nên áp dụng cho quý vị. Quý vị 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 cũng như giới hạn, quý vị và người kê toa của mình có quyền kháng cáo. Nếu quý vị kháng cáo, chúng tôi sẽ xem xét 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.

Quý vị sẽ không được sắp xếp vào DMP của chúng tôi nếu mắc một số bệnh trạng nhất định, chẳng hạn đau liên quan đến ung thư hoặc bệnh hồng cầu hình liềm, quý vị đang nhận dịch vụ chăm sóc cuối đời, chăm sóc giảm nhẹ hoặc sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn.

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

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 thuốc giảm đau nhóm 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. Trong thời gian đánh giá, quý vị có thể trao đổi về thuốc, chi phí và bất kỳ vấn đề hoặc thắc mắc nào quý vị có về thuốc kê toa và thuốc mua tự do không kê toa. Quý vị sẽ nhận được một bản tóm lược kế hoạch hành động bằng văn bản, trong đó có gợi ý những việc cần làm bao gồm các bước quý vị cần làm để thuốc đạt hiệu quả tốt nhất. Quý vị cũng sẽ nhận được một danh sách thuốc bao gồm tất cả các loại thuốc quý vị đang dùng, lượng thuốc sử dụng, thời điểm và lý do sử dụng. 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 trao đổi với bác sĩ về kế hoạch hành động và danh sách thuốc của mình. Hãy mang theo bản tóm lược đó 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 chương trình này, vui lòng liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên.

CHƯƠNG 6:

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

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 Kê 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 bộ phận Dịch Vụ Hội Viên và đề nghị được nhận "Điều Khoản Bổ Sung LIS".

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. 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 phần thông tin thanh toán, quý vị cần biết những thuốc nào được bao trả, nơi để mua thuốc kê toa, và những quy tắc nào cần tuân thủ khi quý vị nhận thuốc được bao trả. Chương 5, từ Phần 1 đến 4, giải thích các quy tắc này.

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

Có nhiều loại chi phí tự trả khác nhau dành cho thuốc Part D. 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"** là số tiền cố định quý vị phải trả mỗi khi mua thuốc kê toa.
- Khoản **"đồng bảo hiểm"** là một tỷ lệ phần trăm của tổng chi phí mà quý vị phải trả mỗi khi mua thuốc kê toa.

Phần 1.3 Cách Medicare tính toán chi phí tự trả của quý vị

Medicare có các quy định về những khoản được tính và những khoản *không* được tính vào chi phí tự trả của quý vị. Dưới đây là các quy tắc mà chúng tôi phải tuân theo để theo dõi các chi phí tự trả của quý vị.

Các khoản thanh toán này <u>được đưa vào</u> chi phí tự trả của quý vị

<u>Chi phí tự trả của quý vị bao gồm</u> các khoản thanh toán được liệt kê bên dưới (miễn là chúng dành cho các loại thuốc Part D được bao trả và quý vị đã tuân thủ các quy tắc về bảo hiểm thuốc được giải thích trong Chương 5):

- Số tiền quý vị thanh toán cho các loại thuốc khi quý vị có thể đang trong 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 tự trả 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 bởi bạn bè hoặc người thân, bởi hầu hết các tổ chức từ thiện, bởi các chương trình hỗ trợ thuốc điều trị AIDS, bởi một Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Tiểu Bang (State Pharmaceutical Assistance Program) được Medicare chứng nhận, hoặc bởi Dịch Vụ Y Tế Cho Người Mỹ Da Đỏ. 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 Khoảng Chờ Bao Trả Medicare (Medicare Coverage Gap Discount Program) thực hiện cũng được tính. 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 quý vị) đã chi tổng cộng $7,400 chi phí tự trả 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 tự trả của quý vị

Chi phí tự trả của quý vị **không được phép bao gồm** bất kỳ loại chi phí thanh toán nào sau đây:

- 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 kê 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 Medicare Prescription Drug Plan (Thuốc Kê 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 Medicare Prescription Drug Plan.
- Các khoản thanh toán do chương trình thực hiện cho thuốc biệt dược hoặc thuốc thế phẩm của quý vị khi đang ở Khoảng Chờ Bao Trả.
- 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 Tai Nạn 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 tự trả cho thuốc của quý vị, quý vị được yêu cầu cho chương trình của chúng tôi biết bằng cách gọi cho Bộ Phận Chăm Sóc Hội Viên.

Làm thế nào để quý vị có thể theo dõi tổng số tiền tự trả của mình?

- **Chúng tôi sẽ giúp quý vị.** Báo cáo EOB Part D mà quý vị nhận được có nêu mức chi phí tự trả hiện tại của quý vị. Khi số tiền này đạt đến $7,400, báo cáo này sẽ cho quý vị biết

quý vị đã rời 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 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 thành viên của KelseyCare Advantage Gold Freedom là gì?

Có bốn "giai đoạn thanh toán thuốc" cho việc bảo hiểm thuốc kê toa của quý vị theo KelseyCare Advantage Gold Freedom. Số tiền quý vị thanh toán phụ thuộc vào việc quý vị đang ở giai đoạn nào tại thời điểm quý vị mua hoặc bổ sung thuốc theo toa. Chi tiết về mỗi giai đoạn được trình bày từ Phần 4 đến 7 của chương này. Các giai đoạn là:

Giai đoạn 1: Giai Đoạn Khấu Trừ Hằng 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

Thông Báo Quan Trọng Về Khoản Thanh Toán của Quý vị cho Insulin - Quý vị sẽ thanh toán không quá $35 cho lượng thuốc dùng trong một tháng đối với mỗi sản phẩm insulin mà chương trình của chúng tôi bao trả, bất kể sản phẩm đó thuộc bậc chia sẻ chi phí nào, ngay cả khi quý vị chưa thanh toán khoản khấu trừ của mình.

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 hằng tháng được gọi là *Giải Thích về Quyền Lợi Part D* ("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 "**tự trả**" của quý vị.
- Chúng tôi theo dõi "**tổng chi phí thuốc**" của quý vị. Đây là số tiền quý vị tự trả hoặc người khác thanh toán thay cho quý vị cộng với số tiền mà chương trình thanh toán.

Nếu quý vị đã mua một hoặc nhiều toa thuốc thông qua chương trình trong tháng trước đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản *Giải Thích về Quyền Lợi Part D* ("EOB Part D"). 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". Bản này cho biết tổng chi phí thuốc và tổng số tiền thanh toán cho thuốc của quý vị kể từ đầu năm.
- **Thông tin giá thuốc.** Thông tin này sẽ hiển thị tổng giá thuốc và thông tin về việc tăng giá từ lần kê toa đầu tiên cho mỗi yêu cầu kê toa với 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 có sẵn khác với mức chia sẻ chi phí thấp hơn cho mỗi yêu cầu 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 mỗi khi quý vị mua thuốc kê toa.** Điều này giúp chúng tôi đảm bảo rằng chúng tôi biết về các toa thuốc quý vị đang mua và những gì quý vị đang thanh toán.
- **Đảm bảo rằng chúng tôi có thông tin chúng tôi cần.** Đôi khi quý vị phải trả toàn bộ chi phí của một loại thuốc kê toa. Trong những trường hợp này, chúng tôi sẽ không tự động lấy thông tin chúng tôi cần để theo dõi chi phí tự trả của quý vị. Để giúp chúng tôi theo dõi các chi phí tự trả của quý vị, hãy cung cấp cho chúng tôi bản sao các biên lai của quý vị. Dưới đây là ví dụ về thời điểm quý vị nên cung cấp cho chúng tôi các bản sao của biên lai thuốc của quý vị:
    - 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 quyền 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.
- 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 việc này, hãy xem Chương 7, Phần 2.

- **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 tự trả của quý vị. Ví dụ, các khoản thanh toán được thực hiện bởi Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Tiểu Bang, Chương trình hỗ trợ thuốc AIDS (ADAP), Dịch Vụ Y Tế Cho Người Mỹ Da Đỏ và hầu hết các tổ chức từ thiện đều tính vào chi phí tự trả 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 bản EOB Part D, vui lòng xem qua để đảm bảo thông tin đã đầy đủ và chính xác. Nếu quý vị cho rằng bản này còn thiếu nội dung, hoặc quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi. Báo cáo cũng có phiên bản điện tử trên trang caremark.com. Hãy đảm bảo cất giữ các báo cáo này.

PHẦN 4 Trong Giai Đoạn Khấu Trừ, quý vị thanh toán toàn bộ chi phí thuốc Bậc 3, 4 và 5

Giai Đoạn Khấu Trừ là giai đoạn thanh toán đầu tiên cho bảo hiểm thuốc của quý vị. Quý vị sẽ trả một khoản khấu trừ hàng năm là $100 với 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. **"Toàn bộ chi phí"** thường thấp hơn tổng giá bán thông thường của thuốc vì chương trình của chúng tôi đã thương lượng chi phí thấp hơn cho hầu hết các loại thuốc tại nhà thuốc trong mạng lưới.

Sau khi thanh toán $100 cho thuốc Bậc 3, 4 và 5, quý vị kết thúc Giai Đoạn Khấu Trừ và chuyển sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu.

Không áp dụng khoản khấu trừ đối với KelseyCare Advantage Gold Freedom cho Insulin Chọn Lọc. Trong Giai Đoạn Khấu Trừ, chi phí tự trả của quý vị cho những thuốc Insulin Chọn Lọc này là khoản đồng thanh toán $30 - $35 cho một tháng 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 Insulin Chọn Lọc 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 theo 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 6 bậc chia sẻ chi phí

Mỗi loại thuốc trong Danh Sách Thuốc của chương trình đều thuộc một trong 6 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 Loại Thuốc Có Trong Bậc
Bậc 1 (bậc chia sẻ chi phí thấp nhất)	Thế Phẩm Ưu Tiên: bao gồm các thuốc thế phẩm ưu tiên và có thể bao gồm một số thuốc biệt dược.
Bậc 2	Thế Phẩm: bao gồm các thuốc thế phẩm và có thể bao gồm một số thuốc biệt dược.
Bậc 3	Biệt Dược Ưu Tiên: bao gồm các thuốc biệt dược ưu tiên, thuốc thế phẩm không ưu tiên.
Bậc 4	Thuốc Không Ưu Tiên: bao gồm các thuốc biệt dược và thế phẩm không ưu tiên.
Bậc 5 (bậc chia sẻ chi phí cao nhất)	Bậc Thuốc Đặc Trị: là bậc cao nhất, bao gồm thuốc biệt dược và thuốc thế phẩm giá cao.
Bậc 6	Thuốc Chăm Sóc Chọn Lọc: là bậc thấp nhất, bao gồm vắc-xin phòng ngừa và các thuốc thế phẩm chăm sóc chọn lọc để điều trị các bệnh như tiểu đường, huyết áp cao và cholesterol cao.

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. Quý vị có thể thanh toán với chi phí thấp hơn tại các nhà thuốc cung cấp cho phép mức chia sẻ chi phí ưu tiên.
- 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. 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.
- 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 và *Danh Mục Nhà Thuốc* của chương trình.

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.

Như trình bày trong bảng bên dưới, số tiền đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm phụ thuộc vào bậc chia sẻ chi phí.

Đôi khi giá thuốc sẽ thấp hơn khoản đồng thanh toán của quý vị. Trong những trường hợp này, quý vị thanh toán giá thuốc thấp hơn thay vì khoản đồng thanh toán.

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 đủ dùng đến 30 ngày)	**Khoản chia sẻ chi phí bán lẻ ưu tiên (Trong mạng lưới)** (lượng thuốc đủ dùng đến 30 ngày)	**Khoản chia sẻ chi phí ưu tiên Đặt hàng qua bưu điện** (lượng thuốc đủ dùng đến 30 ngày)	**Khoản chia sẻ chi phí chăm sóc dài hạn (LTC)** (lượng thuốc đủ dùng đến 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 đủ dùng 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 (Thuốc 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 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

	Khoản chia sẻ chi phí bán lẻ tiêu chuẩn (Trong mạng lưới) (lượng thuốc đủ dùng đến 30 ngày)	**Khoản chia sẻ chi phí bán lẻ ưu tiên (Trong mạng lưới)** (lượng thuốc đủ dùng đến 30 ngày)	**Khoản chia sẻ chi phí ưu tiên Đặt hàng qua bưu điện** (lượng thuốc đủ dùng đến 30 ngày)	**Khoản chia sẻ chi phí chăm sóc dài hạn (LTC)** (lượng thuốc đủ dùng đến 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 đủ dùng đến 30 ngày)
Chia sẻ chi phí Bậc 6 (Thuốc Select Care)	$0 đồng thanh toán	$0 đồng thanh toán	$0 đồng thanh toán	$0 đồng thanh toán	$0 đồng thanh toán

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 dùng cho cả tháng. Đôi khi quý vị hoặc bác sĩ của quý vị muốn quý vị nhận lượng thuốc ít hơn lượng cho một tháng (ví dụ: khi quý vị lần đầu thử dùng một loại thuốc nào đó). Quý vị cũng có thể yêu cầu bác sĩ kê toa và dược sĩ cấp ít hơn một tháng thuốc cho quý vị, nếu điều này giúp quý vị có kế hoạch tốt hơn cho ngày kê các toa thuốc khác.

Nếu quý vị nhận được ít hơn lượng thuốc cho cả tháng của một số loại thuốc nhất định, quý vị sẽ không phải thanh toán lượng thuốc trong cả tháng.

- 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. Vì mức đồng bảo hiểm đươc tính dựa trên tổng chi phí của thuốc, chi phí của quý vị sẽ thấp hơn vì tổng chi phí cho thuốc 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 thay vì cho cả một tháng. Chúng tôi sẽ tính toán số tiền quý vị phải thanh toán mỗi ngày cho thuốc của mình ("tỷ lệ chia sẻ chi phí theo ngày") và nhân nó với số ngày quý vị nhận được thuốc.

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 dài hạn"). Lượng thuốc dài hạn đủ dùng đến 90 ngày.

Bảng dưới đây thể hiện số tiền quý vị phải thanh toán khi nhận lượng thuốc dài hạn.

- Đôi khi giá thuốc sẽ thấp hơn khoản đồng thanh toán của quý vị. Trong những trường hợp này, quý vị thanh toán giá thuốc thấp hơn thay vì khoản đồng thanh toán.

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 đủ dùng đến 90 ngày)	**Khoản chia sẻ chi phí bán lẻ ưu tiên (Trong mạng lưới)** (lượng thuốc đủ dùng đến 90 ngày)	**Khoản chia sẻ chi phí ưu tiên Đặt hàng qua bưu điện** (lượng thuốc đủ dùng 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 (Thuốc 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 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.
Chia sẻ chi phí Bậc 6 (Thuốc Select Care)	$0 đồng thanh toán	$0 đồng thanh toán	$0 đồng thanh toán

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 $4,660

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 đạt đến **giới hạn** $4,660 cho Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu.

Chúng tôi cung cấp bảo hiểm bổ sung cho một số loại thuốc kê toa thường không được bao trả trong chương trình Medicare Prescription Drug Plan. Các khoản thanh toán cho các loại thuốc này sẽ không được tính vào giới hạn bao trả ban đầu hoặc tổng chi phí tự trả của quý vị.

Giải Thích về Quyền Lợi Part D (EOB Part D) mà chúng tôi gửi cho quý vị sẽ giúp quý vị theo dõi số tiền mà quý vị, 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 $4,660 trong một năm.

Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết nếu quý vị đạt đến số tiền 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. Xem Phần 1.3 để biết thêm thông tin về cách Medicare tính toán chi phí tự trả của quý vị.

PHẦN 6 Chi phí trong Giai Đoạn Khoảng Chờ Bao Trả

Khi quý vị đang ở Giai Đoạn Khoảng Chờ Bao Trả, Chương Trình Chiết Khấu Khoảng Chờ Bao Trả Medicare 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 tự trả của quý vị như thể là quý vị đã thanh toán cho họ đầy đủ và giúp quý vị vượt qua khoảng chờ bao trả.

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, thuốc Thế Phẩm Bậc 2 và thuốc Select Care Bậc 6. 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. Chỉ số tiền quý vị thanh toán mới được tính vào chi phí tự trả và giúp quý vị vượt qua khoảng chờ bao trả.

KelseyCare Advantage Gold Freedom cung cấp bảo hiểm khoảng chờ bổ sung cho Insulin Chọn Lọc. Trong Giai Đoạn Khoảng Chờ Bao Trả, chi phí tự trả của quý vị cho Insulin Chọn Lọc sẽ là khoản đồng thanh toán $30 - $35 cho một tháng 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 Insulin Chọn Lọc 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).

Quý vị tiếp tục thanh toán các chi phí thuốc này cho đến khi các khoản thanh toán tự trả hằng năm của quý vị đạt đến số tiền tối đa mà Medicare đã ấn định. Khi quý vị đạt đến giới hạn tự trả

là $7,400, quý vị sẽ rời khỏi Giai Đoạn Khoảng Chờ Bao Trả và chuyển sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa.

Medicare có các quy định về những khoản được tính và những khoản *không* được tính vào chi phí tự trả của quý vị.

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

Quý vị đủ điều kiện cho Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa khi chi phí tự trả của quý vị đã đạt đến giới hạn $7,400 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. Quý vị sẽ chi trả:

- **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* – $4.15 đối với thuốc thế phẩm hoặc thuốc được sử dụng như thuốc thế phẩm và $10.35 đối với tất cả các loại thuốc khác.
- **Phần chia sẻ chi phí của quý vị** cho một loại thuốc bị loại trừ được bao trả như một quyền lợi bổ sung sẽ là
  - - *hoặc* khoản đồng bảo hiểm 5% chi phí thuốc
  - hoặc $4.15

PHẦN 8 Vắc-Xin Part D. Số tiền quý vị thanh toán tùy thuộc vào cách thức và nơi quý vị chủng ngừa

Thông Báo Quan Trọng Về Khoản Thanh Toán của Quý vị cho Vắc-xin - Chương trình của chúng tôi bao trả hầu hết các loại vắc xin Part D miễn phí cho quý vị, ngay cả khi quý vị chưa thanh toán khoản khấu trừ của mình. Gọi đến bộ phận Dịch Vụ Hội Viên để biết thêm thông tin.

Bảo hiểm của chúng tôi cho việc chủng ngừa Part D gồm hai phần:

- Phần đầu tiên của bảo hiểm là chi phí của **chính vắc-xin**.
- 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.)

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 quyền lợi y tế. (Xem *Bảng Quyền Lợi Y Tế* (các khoản mục được bao trả và các dịch vụ quý vị phải thanh toán) trong Chương 4).
   - 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.**
   - Bản thân vắc-xin có thể được phân phối bởi một nhà thuốc hoặc bởi văn phòng của bác sĩ.
3. **Ai tiêm vắc-xin cho quý vị.**
   - Dược sĩ có thể tiêm vắc-xin tại nhà thuốc hoặc nhà cung cấp khác có thể tiêm vắc-xin tại phòng mạch của bác sĩ.

Số tiền quý vị phải thanh toán tại thời điểm chủng ngừa Part D có thể thay đổi tùy theo từng trường hợp và việc quý vị đang ở Giai Đoạn Thuốc nào.

- Đôi khi quý vị sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí cho cả vắc-xin và chi phí để nhà cung cấp 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 chích ngừa, quý vị sẽ chỉ phải thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình theo những quyền lợi Part D của quý vị.

Dưới đây là ba ví dụ về cách quý vị có thể được tiêm vắc-xin Part D.

Tình huống 1: 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 để nhà cung cấp chích ngừa cho quý vị.
- 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.

- 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 chi trả. (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 tiền 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.
- 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 chi trả. (Nếu quý vị tham gia chương trình "Trợ Giúp Bổ Sung", chúng tôi sẽ bồi hoàn cho quý vị khoản chênh lệch này.)

CHƯƠNG 7:

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.

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

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. 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 các trường hợp này, 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. Có thể có những thời hạn mà quý vị phải đáp ứng để được bồi hoàn. Xin xem Phần 2 của chương này.

Cũng có đôi khi quý vị nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp dịch vụ cho toàn bộ chi phí chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận, hoặc nó có thể nhiều hơn mức chia sẻ chi phí của quý vị như đã thảo luận trong tài liệu Đầu tiên hãy cố gắng giải quyết các hóa đơn với nhà cung cấp. Nếu điều đó không hiệu quả, hãy gửi hóa đơn 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. Nếu chúng tôi quyết định không thanh toán, chúng tôi sẽ thông báo cho nhà cung cấp. Quý vị đừng bao giờ trả nhiều hơn mức chia sẻ chi phí được chương trình cho phép. Nếu nhà cung cấp này được ký hợp đồng, quý vị vẫn có quyền được điều trị.

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 cấp cứu y tế 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 cấp cứu hoặc cấp thiết từ bất kỳ nhà cung cấp nào, cho dù nhà cung cấp đó có thuộc mạng lưới của chúng tôi hay không. Trong những trường hợp này,

   - Quý vị chỉ chịu trách nhiệm thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình cho dịch vụ cấp cứu hoặc cấp thiết. Các nhà cung cấp dịch vụ cấp cứu được yêu cầu một cách hợp pháp phải cung cấp dịch vụ chăm sóc cấp cứu. Nếu quý vị vô tình tự thanh toán toàn bộ số tiền tại thời điểm quý vị nhận dịch vụ chăm sóc, hãy yêu cầu chúng tôi trả lại cho quý vị phần chi phí thuộc trách nhiệm 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 khoản mà quý vị cho rằng mình không phải trả. 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 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.
- 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. (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 tự trả 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 gửi các thủ tục giấy tờ như biên lai và hóa đơn để chúng tôi xử lý việc bồi hoàn.

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, 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.

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. Hãy nhớ rằng chúng tôi chỉ bao trả cho nhà

thuốc ngoài mạng lưới trong một số trường hợp hạn chế. Xem Chương 5, Phần 2.5 để biết thông tin về những trường hợp này.

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 toa 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 cấp cứu 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 tự trả cao hơn. Nếu quý vị tìm kiếm dịch vụ chăm sóc cấp cứu 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 tự trả 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. Vui lòng xem Chương 9 của tập sách này để biết 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

Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn tiền bằng cách gửi văn bản yêu cầu. 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. **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.

Để đảm bảo rằng quý vị đang cung cấp cho chúng tôi tất cả thông tin cần thiết để chúng tôi đưa ra quyết định, quý vị có thể điền vào biểu mẫu yêu cầu của chúng tôi để yêu cầu thanh toán. Đối với yêu cầu bồi hoàn bảo hiểm y tế, hãy gửi văn bản đến địa chỉ bên dưới.

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
P.O. Box 841569
Pearland, TX 77584-9832

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, chúng tôi sẽ thanh toán cho 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.

- 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. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải thích lý do tại sao chúng tôi không gửi khoản thanh toán và giải thích về 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. Quy trình kháng cáo là một quy trình chính thức với các thủ tục chi tiết và thời hạn quan trọng. Để biết chi tiết về cách thực hiện kháng cáo này, hãy xem Chương 9 của tập sách này.

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

Phần 1.1 Chúng tôi phải cung cấp thông tin theo cách phù hợp với quý vị và thống nhất với những nhạy cảm về văn hoá (bằng các ngôn ngữ không phải tiếng Anh, chữ nổi Braille, chữ in cỡ lớn hoặc các định dạng thay thế khác, v.v.)

Chương trình của chúng tôi được yêu cầu phải đảm bảo rằng tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp một cách có văn hóa và có thể tiếp cận được với tất cả những người đăng ký, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có văn hóavà nguồn gốc dân tộc đa dạng. Chương trình đáp ứng các yêu cầu về khả năng tiếp cận này thông qua các cách bao gồm, nhưng không giới hạn ở việc cung cấp dịch vụ biên dịch, dịch vụ thông dịch viên, máy tin từ xa hoặc kết nối TTY (điện thoại văn bản hoặc máy đánh chữ).

Chương trình của chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời câu hỏi của các hội viên không nói tiếng Anh. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin bằng chữ nổi Braille, 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 quyền 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.

Chương trình của chúng tôi bắt buộc phải cung cấp cho những người đăng ký nữ tùy chọn tiếp cận trực tiếp với chuyên gia sức khỏe phụ nữ trong mạng lưới các dịch vụ chăm sóc sức khỏe định kỳ và phòng ngừa cho phụ nữ.

Nếu các nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình cho một chuyên khoa không có sẵn, thì chương trình có trách nhiệm xác định các nhà cung cấp chuyên khoa bên ngoài mạng lưới, những người sẽ cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc cần thiết. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chỉ trả chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu quý vị thấy mình ở trong tình huống không có chuyên gia nào trong mạng lưới của chương trình bảo hiểm cho dịch vụ quý vị cần, hãy gọi cho chương trình để biết thông tin về nơi đến để có được dịch vụ này với mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

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 và phù hợp với quý vị, gặp chuyên gia sức khỏe phụ nữ hoặc tìm chuyên gia mạng lưới, vui lòng gọi để gửi khiếu nại với Dịch Vụ Hội Viên theo số 713-442-CARE (2273) hoặc số miễn phí 1-866-535-8343. (Người dùng TTY vui lòng gọi số 711.) Thời gian 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 – 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 – 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, giờ làm việc từ 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 khiếu nại đến Medicare bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc gửi trực tiếp đến Văn Phòng Dân Quyền (Office for Civil Rights) theo số 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

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

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to: provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We 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.

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialists or finding a network specialist, please call to file a grievance with Member Services at 713-442-CARE (2273) or toll-free at 1-866-535-8343. (TTY users should call 711.) 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. 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 at 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

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

Quý vị có quyền chọn một bác sĩ chăm sóc chính (PCP) trong mạng lưới của chương trình để cung cấp và sắp xếp các dịch vụ được bao trả của mình. 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 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.
- Quý vị có các quyền liên quan đến thông tin của quý vị và quyền 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.
- Ngoại trừ các trường hợp được lưu ý dưới đây, nếu chúng tôi định cung cấp thông tin sức khỏe của quý vị cho bất kỳ ai không cung cấp dịch vụ chăm sóc hoặc trả tiền chăm sóc cho quý vị, *chúng tôi phải xin phép bằng văn bản từ quý vị hoặc người nào đó mà quý vị đã trao quyền hợp pháp đưa ra quyết định thay cho quý vị trước đó.*
- 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.
    - 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. Thông thường, điều này yêu cầu thông tin giúp nhận dạng duy nhất quý vị không được chia sẻ.

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 đó. 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 quyền riêng tư đối với thông tin sức khỏe cá nhân của mình, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên.

Thông Báo Thực Hành Bảo Vệ Quyền Riêng Tưcủa KelseyCare Advantage Gold Freedom

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 Luật về Quyền Riêng Tư của Đạo Luật Cung Cấp Bảo Hiểm Y Tế và Trách Nhiệm Giải Trình (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 1996.

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 quyền 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.

Thông Báo về 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 các thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị (“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 quý vị bởi 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 quyền 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 khoa; điều phối các quyền 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 quyền 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 Gold Freedom 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 hằng 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 quyền 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.

- **Bồi Thường Tai Nạn 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 vấn đề Bồi Thường Tai Nạn 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 đề cương 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 Plan** – 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 "Group Health Plan". 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 Bảo Hiểm Sức Khỏe Theo Nhóm 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 ở địa chỉ P.O. Box 841569, Pearland, Texas 77584-9832.

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 một cách ngẫu nhiên theo 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 TINICBẢO 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 thông tin 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 cấp cứu. Chúng tôi có thể yêu cầu quý vị yêu cầu các giới hạn này bằng văn bản.

QUYỀN ĐƯỢC NHẬN THÔNG BÁO THỰC ICHÀNH BẢO VỆ QUYỀN RIÊNG TƯ CỦA KS Plan Administrators, LLC

Quý vị có quyền nhận được bản sao Thông Báo Thực Hành Bảo Vệ Quyền Riêng Tư 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 ICTHÔNG BÁO NÀY HOẶC KHIẾU NẠI VỀ CÁC THỰC HÀNH BẢO VỆ QUYỀN RIÊNG TƯ CỦA CHÚNG TÔIIC

Để yêu cầu một bản sao Thông Báo Thực Hành Bảo Vệ Quyền Riêng Tư này bất kỳ lúc nào hoặc có thêm thông tin về thông báo này, quý vị có thể liên hệ:

KS Plan Administrators, LLC
Bộ phận Dịch Vụ Hội Viên
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:

Giám đốc Tuân thủ,
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:
Ban Khiếu Nại, Quyền Riêng Tư về Y Tế (Medical Privacy, Complaint Division), Văn Phòng Dân Quyền (Office for Civil Rights, OCR)
Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ,
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 vệ quyền riêng tư của chúng tôi lên OCR hoặc KS Plan Administrators, LLC.

THAY ĐỔI THICÔNG BÁO NÀY

Chúng tôi có thể thực hiện thay đổi đối với thông báo này và các thực hành bảo vệ quyền riêng tư 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 THÔICNG 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 thành viên của KelseyCare Advantage Gold Freedom, quý vị có quyền nhận một số loại thông tin từ chúng tôi.

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

- **Thông tin về chương trình của chúng tôi**. Bao gồm, ví dụ, thông tin về tình trạng tài chính của chương trình.
- **Thông tin về các nhà cung cấp và các nhà 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 nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi và cách chúng tôi thanh toán cho các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi.
- **Thông tin về bảo hiểm của quý vị và các quy tắc quý vị phải tuân theo khi sử dụng bảo hiểm của mình.** Chương 3 và 4 cung cấp thông tin liên quan đến các dịch vụ y tế. Chương 5 và 6 cung cấp thông tin về bảo hiểm của quý vị đối với thuốc kê toa Part D.
- **Thông tin về lý do tại sao một mục nào đó không được bao trả và quý vị có thể làm gì khi đó.** Chương 9 cung cấp thông tin về việc yêu cầu giải thích bằng văn bản về lý do tại sao dịch vụ y tế hoặc thuốc Part D không được bao trả hoặc nếu bảo hiểm của quý vị bị hạn chế. Chương 9 cũng cung cấp thông tin về việc yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định, còn được gọi là kháng cáo.

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 của quý vị. 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.** 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.

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 định hướng trước trong những trường hợp này 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. Quý vị cũng có thể liên hệ bộ phận Dịch Vụ Hội Viên và yêu cầu biểu mẫu.

- **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 thay 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**.

- Bệnh viện 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)
Gửi đến: Điều Phối Viên Dịch Vụ Khách Hàng
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, quan ngại hay khiếu nại nào và cần yêu cầu bao trả hoặc kháng cáo, Chương 9 của tài liệu này cho biết quý vị có thể làm gì. 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**.

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 đã bị đối xử bất công hoặc quyền của quý vị không được tôn trọng do chủng tộc, khuyết tật, tôn giáo, giới tính, sức khỏe, dân tộc, tín ngưỡng (tín ngưỡng), tuổi tác, khuynh hướng tình dục hoặc nguồn gốc quốc gia của mình, quý vị nên gọi cho **Văn Phòng Nhân Quyền** thuộc Bộ Dịch vụ Y tế và 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.**
- Quý vị có thể **gọi SHIP**. Để biết chi tiết, hãy chuyển đến Chương 2, Phần 3.
- Hoặc, **quý vị có thể gọi cho Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24/7 (TTY 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.**
- Quý vị có thể **gọi SHIP**. Để biết chi tiết, hãy chuyển đến 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 (TTY 1-877-486-2048).

PHẦN 2 Quý vị có một số trách nhiệm với tư cách là hội viên của chương trình

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.

- **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 *Chứng Thư Bảo Hiểm* 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.
    - 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. Chương 1 cho quý vị biết về cách kết hợp những quyền lợi này.
- **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 nhận được dịch vụ chăm sóc tốt nhất, hãy nói với bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác về các vấn đề 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 toa, vitamin và thực phẩm chức năng.
    - Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, hãy hỏi và nhận câu trả lời mà quý vị có thể hiểu được.
- **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:
    - Quý vị phải tiếp tục trả phí bảo hiểm cho Medicare Part B của mình để tiếp tục là thành 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.
    - 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 hằng 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.

- **Nếu quý vị chuyển nhà *trong phạm vi* khu vực dịch vụ của chúng tôi, chúng tôi cần được 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 *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.**
- Nếu quý vị chuyển đi, vui lòng thông báo cho Sở An Sinh Xã Hội (Social Security) (hoặc Ban Hưu Trí Hỏa Xa).

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

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 vấn đề, quý vị cần sử dụng **quy trình cho các quyết định bao trả và kháng cáo**.
- Đối với các vấn đề khác, quý vị cần sử dụng **quy trình khiếu nại;** cũng được gọi là phàn nàn.

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

Hướng dẫn trong Phần 3 sẽ giúp quý vị xác định quy trình phù hợp để sử dụng và những gì quý vị nên làm.

Phần 1.2 Các điều khoản pháp lý thì sao?

Có các thuật ngữ pháp lý 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 làm cho mọi thứ dễ dàng hơn, chương này:

- Sử dụng các từ đơn giản hơn thay cho các thuật ngữ pháp lý nhất định. Ví dụ, chương này nhìn chung sẽ đề cập 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 mang tính 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. Biết sử dụng thuật ngữ nào sẽ giúp quý vị giao tiếp chính xác hơn để nhận được trợ giúp hoặc thông tin phù hợp cho tình huống của quý vị. Để giúp quý vị biết 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 Nơi nhận thêm thông tin và hỗ trợ được cá nhân hóa

Chúng tôi luôn sẵn sàng trợ giúp quý vị. Ngay cả khi quý vị có khiếu nại về cách đối xử của chúng tôi với quý vị, chúng tôi có nghĩa vụ tôn trọng quyền khiếu nại của quý vị. Do đó, quý vị nên luôn liên hệ với bộ phận dịch vụ khách hàng để được trợ giúp. 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. Dưới đây là hai pháp nhân có thể hỗ trợ quý vị.

Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (SHIP)

Mỗi tiểu bang có một chương trình của chính phủ với các cố vấn được đào tạo. 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 và URL trang web trong Chương 2, Phần 3 của tài liệu này.

Medicare

Quý vị cũng có thể liên hệ với Medicare để nhận trợ giúp. Để liên hệ với Medicare:

- Quý vị có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24/7. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048.
- Quý vị cũng 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?

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.

Có phải vấn đề hoặc thắc mắc của quý vị liên quan đến quyền lợi hoặc bảo hiểm của quý vị không?

Điều này bao gồm các vấn đề về việc chăm sóc y tế hoặc thuốc kê toa có được bao trả hay không, cách thức chúng được bao trả và các vấn đề liên quan đến việc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc kê toa.

Có.

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.

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

Các quyết định bao trả và kháng cáo giải quyết các vấn đề liên quan đến quyền lợi và bảo hiểm của quý vị cho các dịch vụ y tế và thuốc kê toa, bao gồm cả việc 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 trước khi nhận dịch vụ

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, cho dù trước hay sau khi nhận được dịch vụ, và quý vị không hài lòng, 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 bao trả mà chúng tôi đã đưa ra. Trong một số trường hợp nhất định, mà chúng ta sẽ thảo luận sau, quý vị có thể yêu cầu một kháng cáo cấp tốc hoặc một "kháng cáo nhanh" về quyết định bao trả. Kháng cáo của quý vị được xử lý bởi những người xét duyệt khác với những người đã đưa ra quyết định ban đầu.

Khi quý vị kháng cáo một quyết định lần đầu tiên, đây 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 các quy tắc hay không. 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 hạn chế, yêu cầu kháng cáo Cấp 1 sẽ bị loại bỏ, 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 bỏ yêu cầu kháng cáo Cấp 1, chúng tôi sẽ gửi thông báo giải thích lý do tại sao yêu cầu bị bác bỏ và cách yêu cầu xem xét lại việc bác bỏ.

Nếu chúng tôi không bác trường hợp của quý vị nhưng từ chối tất cả hoặc một phần Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị, thì quý vị có thể tiếp tục Kháng Cáo Cấp 2. Kháng cáo Cấp 2 được tiến hành bởi một tổ chức đánh giá độc lập không liên kết với chúng tôi. (Các kháng cáo về dịch vụ y tế và thuốc Part B sẽ tự động được gửi đến tổ chức xét duyệt độc lập để Kháng Cáo Cấp 2 nên quý vị không cần phải làm gì. Đối với các kháng cáo về thuốc Part D, nếu chúng tôi từ chối tất cả hoặc một phần kháng cáo của quý vị, quý vị sẽ cần Kháng Cáo Cấp 2. (Các kháng cáo về thuốc Part D được thảo luận chi tiết trong Phần 6 của chương này). Nếu quý vị không hài lòng với quyết định của kháng cáo Cấp 2, quý vị có thể tiếp tục thông qua các cấp kháng cáo bổ sung (Phần 9 trong chương này giải thích các quy trình kháng cáo Cấp 3, 4 và 5).

Phần 4.2 Cách nhận trợ giúp khi quý vị yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng cáo

Dưới đây là các nguồn nếu quý vị quyết định yêu cầu bất kỳ loại quyết định bao trả nào hoặc kháng cáo một quyết định:

- Quý vị **có thể gọi cho chúng tôi theo Dịch Vụ Hội Viên.**
- Quý vị **có thể nhận được sự trợ giúp miễn phí** từ Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang của quý vị.
- **Bác sĩ của quý vị có thể đưa ra yêu cầu cho quý vị.** Nếu bác sĩ của quý vị giúp kháng cáo qua Cấp 2, họ sẽ cần được chỉ định làm đại diện cho quý vị. Vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên và yêu cầu biểu mẫu "Chỉ Định Người Đại Diện". (Biểu 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.)
    - 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.
    - Đối với thuốc kê toa Part D, bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thể thay mặt quý vị yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng cáo Cấp 1. Nếu kháng cáo Cấp 1 của quý vị bị từ chối, bác sĩ hoặc người kê toa của quý vị có thể yêu cầu kháng cáo Cấp 2.
- **Quý vị có thể yêu cầu 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.
    - 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)". (Biểu 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 đó hành động 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.
    - 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. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi sẽ

gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản giải thích quyền của quý vị được yêu cầu tổ chức đánh giá độc lập xem xét lại quyết định bác bỏ kháng cáo của chúng tôi.

- **Quý vị cũng có quyền thuê một luật sư.** 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 kháng cáo quyết định.

Phần 4.3 Phần nào của chương này cung cấp thông tin chi tiết cho tình huống của quý vị?

Có bốn tình huống khác nhau 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 kê 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: “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” (*Chỉ áp dụng cho các dịch vụ sau:* chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn và dịch vụ của Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Cho Bệnh Nhân Ngoại Trú (CORF))

Nếu quý vị không chắc mình nên sử dụng phần nào, vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên. Quý vị cũng có thể nhận trợ giúp hoặc thông tin từ các tổ chức chính phủ như SHIP.

PHẦN 5 Dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng cáo một quyết định bao trả

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 quyền lợi của quý vị đối với dịch vụ chăm sóc y tế. Những quyền lợi này được mô tả trong Chương 4 của tài liệu này: *Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản mục được bao trả và khoản mục quý vị chi trả)*. Để đơn giản hóa mọi việc, chúng tôi thường đề cập đến "bảo hiểm

chăm sóc y tế" hoặc "chăm sóc y tế", bao gồm các vật phẩm và dịch vụ y tế cũng như 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. **Yêu cầu một quyết định bao trả. Phần 5.2.**

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. **Yêu cầu một quyết định bao trả. Phần 5.2.**

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. **Tạo một kháng cáo. Phần 5.3.**

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. **Gửi hóa đơn cho chúng tôi. Phần 5.5.**

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. **Tạo một kháng cáo. Phần 5.3.**

   Lưu ý: Nếu bảo hiểm bị dừng cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện, dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc các dịch vụ của Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Ngoại Trú Toàn Diện (CORF), quý vị cần đọc phần 7 và 8 của Chương này. Các quy tắc đặc biệt áp dụng cho các loại hình chăm sóc này.

Phần 5.2 Từng bước: Làm thế nào để yêu cầu một quyết định bao trả

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."** "Quyết định bao trả nhanh" được gọi là **"quyết định cấp tốc."**

Bước 1: Quyết định xem quý vị cần "quyết định bao trả tiêu chuẩn" hay "quyết định bao trả nhanh".

"Quyết định bao trả tiêu chuẩn" thường được đưa ra trong vòng 14 ngày hoặc 72 giờ đối với thuốc Phần B. "Quyết định bao trả nhanh" thường được đưa ra trong vòng 72 giờ đối với dịch vụ y tế hoặc 24 giờ đối với thuốc Phần B. Để nhận quyết định bao trả nhanh, quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu:

- Quý vị *chỉ* có thể *yêu cầu* bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế *mà quý vị chưa 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 không chấp thuận quyết định bao trả nhanh, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư rằng:
  - Giải thích rằng chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn
  - Giải thích rằng nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu quyết định bao trả nhanh, thì chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định bao trả nhanh.
  - Giải thích rằng quý vị có thể 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.

Bước 2: Yêu cầu chương trình của chúng tôi đưa ra quyết định bao trả hoặc quyết định bao trả nhanh.

- 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. Chương 2 có thông tin liên hệ.

Bước 3: Chúng tôi xem xét yêu cầu của quý vị về bảo hiểm chăm sóc y tế và phản hồi quý vị.

Đối với các quyết định bao trả tiêu chuẩn, chúng tôi sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.

Điều này 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 quý vị yêu cầu **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,** 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 quý vị yêu cầu một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế. Nếu chúng tôi 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 cho rằng chúng tôi *không cần* kéo dài thêm thời gian, quý vị có thể gửi "khiếu nại nhanh". Chúng tôi sẽ phản hồi khiếu nại quý vị ngay sau khi chúng tôi đưa ra quyết định. (Quy trình khiếu nại khác với quy trình cho các quyết định bao trả và kháng cáo. Xem Phần 10 của chương này để biết thông tin về khiếu nại.)

Đối với các quyết định bao trả nhanh, chúng tôi sử dụng khung thời gian cấp tốc

Một quyết định bao trả nhanh có nghĩa là chúng tôi sẽ phản hồi quý vị trong vòng 72 giờ nếu quý vị yêu cầu 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,** nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, chúng tôi **có thể cần thêm tối đa 14 ngày.** Nếu chúng tôi 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 cho rằng chúng tôi *không* cần kéo dài thêm thời gian, quý vị có thể gửi "khiếu nại nhanh". (Xem Phần 10 của chương này để biết thông tin về các khiếu nại.) Chúng tôi sẽ gọi cho quý vị ngay sau khi chúng tôi đưa ra quyết định.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi từ chối.

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

- Nếu chúng tôi từ chối, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định này bằng cách kháng cáo. Điều này có nghĩa là yêu cầu một lần nữa để nhận được bao trả chăm sóc y tế mà quý vị muốn. Nếu quý vị kháng cáo, điều đó có nghĩa là quý vị sẽ được chuyển đến Cấp 1 của quy trình kháng cáo.

Phần 5.3 Từng bước: Cách thực hiện kháng cáo Cấp 1

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. "Kháng cáo nhanh" còn được gọi là **"xem xét lại cấp tốc."**

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

"Kháng cáo tiêu chuẩn" thường được thực hiện trong vòng 30 ngày. "Kháng cáo nhanh" thường được thực hiện trong vòng 72 giờ.

- Nếu quý vị kháng cáo một quyết định 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. 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.
- Các yêu cầu xin "kháng cáo nhanh" cũng giống như các yêu cầu xin "quyết định bao trả nhanh" trong Phần 5.2 của chương này.

Bước 2: Yêu cầu chương trình của chúng tôi về việc kháng cáo hoặc kháng cáo Nhanh

- **Nếu quý vị yêu cầu kháng cáo tiêu chuẩn, hãy đưa ra kháng cáo tiêu chuẩn của quý vị bằng văn bản.** Quý vị cũng có thể yêu cầu kháng cáo bằng cách gọi cho chúng tôi. Chương 2 có thông tin liên hệ.
- **Nếu quý vị yêu cầu một kháng cáo nhanh, hãy đưa ra kháng cáo của quý vị bằng văn bản hoặc** gọi cho chúng tôi. Chương 2 có thông tin liên hệ.
- **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 có thể bao gồm một căn bệnh nghiêm trọng khiến quý vị không thể liên hệ với chúng tôi hoặc nếu chúng tôi đã 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. Quý vị và bác sĩ của quý vị có thể bổ sung thêm thông tin để hỗ trợ kháng cáo của quý vị.**

<u>Bước 3:</u> 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. 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 cần, có thể liên hệ với quý vị hoặc bác sĩ của quý vị.

Thời hạn cho một "kháng cáo nhanh"

- Đối với các kháng cáo nhanh, chúng tôi phải phản hồi quý vị **trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi 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.
  - 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 quý vị yêu cầu một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế. Nếu chúng tôi kéo dài thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể kéo dài thêm thời gian 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. Phần 5.4 giải thích quy trình 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 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 gửi quyết định bằng văn bản và tự động chuyển kháng cáo của quý vị đến tổ chức xét duyệt độc lập để xử lý kháng cáo Cấp 2. Tổ chức xét duyệt độc lập sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản khi họ nhận được đơn kháng cáo của quý vị.

Thời hạn cho một "kháng cáo tiêu chuẩn"

- Đối với kháng cáo tiêu chuẩn, chúng tôi phải phản hồi 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 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 quý vị yêu cầu một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế. Nếu chúng tôi 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 cho rằng chúng tôi *không cần* kéo dài thêm thời gian, quý vị có thể gửi "khiếu nại nhanh". Khi quý vị gửi đơn khiếu nại nhanh, chúng tôi sẽ phản hồi quý vị trong vòng 24 giờ. (Xem Phần 10 của chương này để biết thông tin về khiếu nại.)
- Nếu chúng tôi không đưa ra câu trả lời cho quý vị trước thời hạn (hoặc hết khoảng thời gian đã gia hạn), chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị đến kháng cáo Cấp 2, nơi một Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập sẽ xem xét kháng cáo. Phần 5.4 giải thích quy trình 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 cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm trong vòng 30 ngày nếu quý vị yêu cầu một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế, hoặc **trong vòng 7 ngày** nếu quý vị yêu cầu 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 xử lý Kháng Cáo Cấp 2.

Phần 5.4 Từng bước: Cách thực hiện Kháng Cáo Cấp 2

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."**

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 quyết định liệu quyết định chúng tôi đưa ra là đúng hay cần thay đổi. Medicare sẽ giám sát công việc của tổ chức này.

Bước 1: Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập xem xét đơn kháng cáo của quý vị.

- 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**.
- Quý vị có quyền cung cấp thông tin bổ sung cho Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập để hỗ trợ 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

- Đối với "kháng cáo nhanh", tổ chức xét duyệt phải phản hồi quý vị về kháng cáo Cấp 2 **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 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

- Đối với "kháng cáo tiêu chuẩn" nếu quý vị yêu cầu một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế, tổ chức xét duyệt phải phản hồi quý vị về kháng cáo Cấp 2 **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 xét duyệt 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 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 xé duyệt đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu đối với một hạng mục hoặc dịch vụ y tế**, chúng tôi phải cho phép bảo hiểm chăm sóc y tế trong vòng 72 giờ hoặc cung cấp dịch vụ trong vòng 14 ngày sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức xét duyệt cho các yêu cầu tiêu chuẩn. Đối với các yêu cầu giải quyết nhanh, chúng tôi có 72 giờ kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức xét duyệt.
- **Nếu tổ chức xét duyệt đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu đối với thuốc kê toa của Medicare Part B**, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp thuốc kê toa Part B trong vòng **72 giờ** sau khi chúng tôi nhận quyết định từ tổ chức xét duyệt đối với **các yêu cầu tiêu chuẩn.** Đối với **các yêu cầu giải quyết nhanh**, chúng tôi có trong vòng **24 giờ** kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức xét duyệt.
- **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" hoặc "từ chối kháng cáo của quý vị."). Trong trường hợp này, tổ chức xét duyệt độc lập sẽ gửi cho quý vị một lá thư:

- Giải thích quyết định của họ
- Thông báo cho quý vị về quyền kháng cáo Cấp 3 nếu giá trị đô la của bảo hiểm chăm sóc y tế đáp ứng một mức tối thiểu nhất định. Thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được từ tổ chức xét duyệt độc lập sẽ cho quý vị biết số tiền đô la quý vị phải đáp ứng để tiếp tục quy trình kháng cáo.
- Hướng dẫn quý vị cách nộp đơn kháng cáo Cấp 3.

Bước 3: 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 quý vị muốn kháng cáo Cấp 3, chi tiết về cách thực hiện điều này có trong thông báo bằng văn bản 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. Đoạn 9 trong chương này giải thích 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?

Chương 7 mô tả khi nào quý vị có thể cần yêu cầu hoàn trả 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 thủ tục giấy tờ yêu cầu hoàn trả, quý vị đang yêu cầu một quyết định bao trả. Để đưa ra quyết định 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. Chúng tôi cũng sẽ kiểm tra xem quý vị có tuân thủ tất cả các quy tắc sử dụng bảo hiểm của mình để chăm sóc y tế hay không.

- **Nếu chúng tôi đồng ý với yêu cầu của quý vị:** Nếu dịch vụ chăm sóc y tế được bao trả và quý vị tuân theo tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị khoản thanh toán cho phần chi phí của chúng tôi trong vòng 60 ngày sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị chưa thanh toán các dịch vụ, chúng tôi sẽ gửi thanh toán trực tiếp đến nhà cung cấp.
- **Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị:** Nếu dịch vụ chăm sóc y tế *không* được bao trả, hoặc quý vị *không* tuân theo tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ không thanh toán. Thay vào đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thư thông báo rằng chúng tôi không thanh toán cho các dịch vụ và lý do tại sao.

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. Đối với các kháng cáo liên quan đến việc hoàn trả, vui lòng lưu ý:

- Chúng tôi phải phản hồi quý vị trong vòng 60 ngày kể từ khi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận và thanh toán, quý vị không được phép yêu cầu kháng cáo nhanh.
- Nếu tổ chức xét duyệt độc lập quyết định chúng tôi phải thanh toán, chúng tôi phải gửi cho quý vị hoặc nhà cung cấp khoản thanh toán 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 kê toa Part D của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng cáo

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

Quyền lợi của quý vị bao gồm bảo hiểm cho nhiều loại thuốc kê toa. Để được bao trả, thuốc phải được sử dụng theo chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. (Xem Chương 5 để biết thêm thông tin về một chỉ định được chấp nhận về mặt y tế.) Để biết chi tiết về thuốc Part D, các quy tắc, hạn chế và chi phí, vui lòng xem Chương 5 và 6. **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. Chúng tôi cũng sử dụng thuật ngữ "danh sách thuốc" thay vì "Danh Sách Thuốc Được Bao Trả" hoặc "Danh Mục Thuốc".

- Nếu quý vị không biết liệu một loại thuốc có được bao trả hay không hoặc nếu quý vị đáp ứng các quy tắc, quý vị có thể hỏi chúng tôi. Một số loại thuốc yêu cầu quý vị phải được chúng tôi chấp thuận trước khi chúng tôi chi trả.
- Nếu nhà thuốc của quý vị cho quý vị biết rằng quý vị không thể được cấp thuốc theo đúng toa, 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.

Quyết định bao trả Part D và kháng cáo

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."**

Quyết định bao trả là quyết định chúng tôi đưa ra về quyền lợi và khoản bao trả của quý vị hoặc về số tiền chúng tôi sẽ trả cho thuốc của quý vị. Phần này cho biết quý vị có thể làm gì nếu xảy ra bất kỳ trường hợp nào sau đây:

- Yêu cầu bao trả một loại thuốc Part D không có trong *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả* của chương trình **Có thể yêu cầu một ngoại lệ Phần 6.2**
- Yêu cầu từ bỏ giới hạn đối với bảo hiểm của chương trình đối với một loại thuốc (chẳng hạn như giới hạn về số lượng thuốc mà quý vị có thể nhận được). **Có thể yêu cầu một ngoại lệ Phần 6.2**
- Yêu cầu trả số tiền chia sẻ chi phí thấp hơn cho một loại thuốc được bao trả ở bậc chia sẻ chi phí cao hơn. **Có thể yêu cầu một ngoại lệ Phần 6.2**
- Yêu cầu được phê duyệt trước cho một loại thuốc. **Yêu cầu một quyết định bao trả. Phần 6.4**
- Thanh toán cho một loại thuốc kê toa mà quý vị đã mua. Yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị. **Phần 6.4**

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.

Phần 6.2 Ngoại lệ là gì?

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."** 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."** Yêu cầu trả một mức giá thấp hơn cho một loại thuốc không ưu tiên được bao trả đôi khi được gọi là yêu cầu **"ngoại lệ theo bậc"**.

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.

Để chúng tôi xem xét yêu cầu ngoại lệ của quý vị, bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị sẽ cần giải thích lý do y tế tại sao quý vị cần ngoại lệ được chấp thuận. 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 của chúng tôi.** Nếu chúng tôi đồng ý chi trả cho một loại thuốc không có trong Danh Sách Thuốc, quý vị sẽ cần thanh toán số tiền chia sẻ chi phí áp dụng cho thuốc ở Bậc 5 (Bậc Thuốc Đặc Trị). Quý vị không thể yêu cầu ngoại lệ đối với số tiền chia sẻ chi phí mà chúng tôi yêu cầu quý vị chi trả cho thuốc.
2. **Xóa bỏ hạn chế đối với thuốc được bao trả.** Chương 5 mô tả các quy tắc hoặc hạn chế bổ sung áp dụng cho một số loại thuốc trong Danh Mục Thuốc của chúng tôi. Nếu chúng tôi đồng ý đưa ra một ngoại lệ và từ 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 6 bậc chia sẻ chi phí. Nói chung, số bậc chia sẻ chi phí càng thấp, quý vị sẽ càng trả ít hơn khi quý vị chia sẻ chi phí thuốc.
   - 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.

   - Nếu loại thuốc quý vị đang dùng là một sản phẩm sinh học, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bao trả thuốc của quý vị với mức chia sẻ chi phí thấp hơn. Đây sẽ là mức chi phí thấp nhất có chứa các sản phẩm thay thế sinh học để điều trị tình trạng của quý vị.
   - 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 Thuốc Đặc Trị).

- Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu ngoại lệ theo bậc của quý vị và có nhiều hơn một bậc chia sẻ chi phí thấp hơn với các loại thuốc thay thế mà quý vị không thể dùng, thì quý vị thường sẽ 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 về một ngoại lệ theo bậc, chúng tôi thường *không* chấp thuận yêu cầu của quý vị về một ngoại lệ trừ khi tất cả các loại thuốc thay thế trong (các) bậc chia sẻ chi phí thấp hơn cũng không hoạt động cho 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 toa 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, quý vị có thể yêu cầu xem xét lại bằng cách kháng cáo.

Phần 6.4 Từng bước: Cách yêu cầu quyết định bao trả, bao gồm cả một trường hợp ngoại lệ

Điều khoản pháp lý
"Quyết định bao trả nhanh" được gọi là một **"quyết định bao trả cấp tốc."**

Bước 1: Quyết định xem quý vị cần "quyết định bao trả tiêu chuẩn" hay "quyết định bao trả nhanh".

"Quyết định bao trả tiêu chuẩn" được đưa ra **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố của bác sĩ. **"Quyết định bao trả nhanh"** được đưa ra **trong vòng 24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố của bác sĩ.

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" **Để nhận quyết định** bao trả nhanh, quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu:

- Quý vị phải yêu cầu một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được. (Quý vị không thể yêu cầu quyết định bao trả nhanh để được hoàn trả cho loại thuốc quý vị đã mua.)
- Sử dụng thời hạn tiêu chuẩn có thể gây tổn hại nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị hoặc làm giảm 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 yêu cầu quyết định** bao trả nhanh mà 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 không chấp thuận quyết định bao trả nhanh, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư rằng:
    - Giải thích rằng chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn
    - Giải thích 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 cho quý vị.
    - Cho quý vị biết cách quý vị có thể gửi "khiếu nại nhanh" về quyết định của chúng tôi đưa ra cho quý vị một quyết định bao trả tiêu chuẩn thay vì quyết định bao trả nhanh mà quý vị đã yêu cầu. Chúng tôi sẽ trả lời khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ sau khi nhận được.

Bước 2: Yêu cầu một "quyết định bao trả tiêu chuẩn" hoặc "quyết định bao trả nhanh".

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 cũng có thể truy cập quy trình quyết định bao trả thông qua trang web của chúng tôi. Chúng tôi phải chấp nhận bất kỳ yêu cầu nào bằng văn bản, bao gồm cả yêu cầu được gửi trên Mẫu yêu cầu xác định bao trả mô hình CMS hoặc trên biểu mẫu của chương trình của chúng tôi, mà có sẵn trên trang web của chúng tôi. Chương 2 có thông tin liên hệ. **Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người khác thay mặt quý vị** có thể gửi yêu cầu xác định bao trả điện tử bảo mật có sẵn trên trang web của chúng tôi. Để hỗ trợ chúng tôi xử lý yêu cầu của quý vị, vui lòng đảm bảo cung cấp tên, thông tin liên hệ và thông tin xác định yêu cầu bị từ chối đang được kháng cáo.

Quý vị, bác sĩ của quý vị (hoặc người kê toa khác), hoặc người đại diện của quý vị có thể làm điều này. Quý vị cũng có thể yêu cầu một luật sư đại diện cho quý vị. 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.

- **Nếu quý vị đang yêu cầu một ngoại lệ, hãy cung cấp "tuyên bố hỗ trợ"** là lý do y tế cho ngoại lệ. Bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thể gửi fax hoặc gửi mail bản kê khai 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.

Bước 3: Chúng tôi xem xét yêu cầu của quý vị và phản hồi quý vị.

Thời hạn cho một "quyết định bao trả nhanh"

- Chúng tôi thường phải phản hồi quý vị **trong vòng 24 giờ** kể từ khi nhận được yêu cầu của quý vị.
    - Đối với các trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ phản hồi quý vị trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố hỗ trợ của bác sĩ. Chúng tôi sẽ phản hồi quý vị sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị cần chúng tôi làm vậy.
    - Nếu không đáp ứng được thời hạn này, chúng tôi buộc phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo, tại đây yêu cầu đó sẽ được một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét.
- **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

- Chúng tôi thường phải phản hồi quý vị **trong vòng 72 giờ** kể từ khi nhận được yêu cầu của quý vị.
    - Đối với các trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ phản hồi quý vị trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố hỗ trợ của bác sĩ. Chúng tôi sẽ phản hồi quý vị sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị cần chúng tôi làm vậy.
    - Nếu không đáp ứng được thời hạn này, chúng tôi buộc phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo, tại đây yêu cầu đó sẽ được một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét.

- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu,** chúng tôi **phải cung cấp bảo hiểm** trong vòng 72 giờ kể từ khi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc văn bản từ bác sĩ hỗ trợ 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 không đáp ứng được thời hạn này, chúng tôi buộc phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo, tại đây yêu cầu đó sẽ được một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét.
- **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 4:</u> Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu bảo hiểm của quý vị, quý vị có thể kháng cáo.

- Nếu chúng tôi từ chối, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định này bằng cách kháng cáo. Điều này có nghĩa là yêu cầu một lần nữa để nhận được bao trả thuốc mà quý vị muốn. Nếu quý vị kháng cáo, thì đó là quy trình kháng cáo Cấp 1.

Phần 6.5 Từng bước: Cách thực hiện kháng cáo Cấp 1

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. "Kháng cáo nhanh" còn được gọi là **"xem xét lại cấp tốc."**

<u>Bước 1:</u> Quyết định xem quý vị cần "kháng cáo tiêu chuẩn" hay "kháng cáo nhanh".

Một "Kháng cáo tiêu chuẩn" thường được thực hiện trong vòng 7 ngày.* "Kháng cáo nhanh" thường được thực hiện trong vòng 72 giờ. *Nếu sức khỏe của quý vị cấp bách, hãy yêu cầu "kháng cáo nhanh"

- Nếu quý vị kháng cáo quyết định chúng tôi đưa ra về loại thuốc mà quý vị chưa nhận được, quý vị và bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa 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.

<u>Bước 2:</u> Quý vị, đại diện của quý vị, bác sĩ hoặc người kê toa khác phải liên hệ với chúng tôi và làm kháng cáo Cấp 1. Nếu sức khỏe của quý vị cần phải có phản hồi nhanh, quý vị phải yêu cầu **"kháng cáo nhanh."**

- **Đối với các kháng cáo tiêu chuẩn, hãy gửi văn bản yêu cầu** hoặc gọi cho chúng tôi. Chương 2 có thông tin liên hệ.
- **Đối với các kháng cáo nhanh, hãy gửi đơn kháng cáo của quý vị bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi theo số** 1-866-535-8343. Chương 2 có thông tin liên hệ.
- **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. Hãy đảm bảo cung cấp tên, thông tin liên hệ và thông tin liên quan đến yêu cầu của quý vị để hỗ trợ chúng tôi xử lý yêu cầu của quý vị.
- **Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người khác thay mặt quý vị** có thể gửi yêu cầu xác định bao trả 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, 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 có thể bao gồm một căn bệnh nghiêm trọng khiến quý vị không thể liên hệ với chúng tôi hoặc nếu chúng tôi đã 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 và bác sĩ của quý vị có thể bổ sung thêm thông tin để hỗ trợ kháng cáo của quý vị.

<u>Bước 3:</u> 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"

- Đối với các kháng cáo nhanh, chúng tôi phải phản hồi quý vị **trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi 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 một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét. Phần 6.6 giải thích quy trình kháng cáo Cấp 2.
- **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" đối với loại thuốc mà quý vị chưa nhận được

- Đối với kháng cáo tiêu chuẩn, chúng tôi phải phản hồi quý vị **trong vòng 7 ngày** kể từ khi nhận được kháng cáo của quý vị. 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 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 một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét. Phần 6.6 giải thích quy trình kháng cáo Cấp 2.
- **Nếu chúng tôi đồng ý một phần hoặc toàn bộ tất cả những yêu cầu của quý vị,** chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm nhanh nhất nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu, nhưng **không muộn hơn 7 ngày** sau khi chúng tôi 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 "khuyến cáo tiêu chuẩn" về việc 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 không đáp ứng được thời hạn này, chúng tôi buộc phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo, tại đây yêu cầu đó sẽ được một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét.

- **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 và hướng dẫn quý vị cách kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Bước 4: 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 quý vị quyết định thực hiện một kháng cáo khác, điều đó có nghĩa là kháng cáo của quý vị đang chuyển sang Cấp 2 của quy trình kháng cáo.

Phần 6.6 Từng bước: Cách thực hiện kháng cáo Cấp 2

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."**

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 quyết định liệu quyết định chúng tôi đưa ra là đúng hay cần thay đổi. Medicare sẽ giám sát công việc của tổ chức này.

Bước 1: 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 một 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 xét duyệt. Tuy nhiên, nếu chúng tôi không hoàn thành việc xem xét của mình trong khung thời gian hiện hành hoặc đưa ra quyết định bất lợi về việc xác định "có nguy cơ" theo chương trình quản lý thuốc của chúng tôi, chúng tôi sẽ tự động chuyển đơn khiếu nại của quý vị đến IRE.
- 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**.
- Quý vị có quyền cung cấp thông tin bổ sung cho Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập để hỗ trợ cho kháng cáo của quý vị.

Bước 2: Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập xem xét đơn 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.

Thời hạn "kháng cáo nhanh"

- 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 đồng ý cho phép quý vị "kháng cáo nhanh", tổ chức 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.

Thời hạn "kháng cáo tiêu chuẩn"

- Đối với kháng cáo tiêu chuẩn, tổ chức xét duyệt phải phản hồi Kháng Cáo Cấp 2 cho 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.

Bước 3: Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập sẽ phản hồi quý vị.

Đối với "kháng cáo nhanh":

- **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.

Đối với "kháng cáo tiêu chuẩn":

- **Nếu** Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu bảo hiểm, chúng tôi phải **cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được tổ chức xét duyệt chấp thuận **trong vòng 72 giờ** kể từ khi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá.
- **Nếu** Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị 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 **một phần hoặc toàn bộ** kháng cáo của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định của chúng tôi không chấp thuận yêu cầu của quý vị (hoặc một phần 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.") Trong trường hợp này, tổ chức xét duyệt độc lập sẽ gửi cho quý vị một lá thư:

- Giải thích quyết định của họ

- Thông báo cho quý vị về quyền kháng cáo Cấp 3 nếu giá trị đô la của bảo hiểm chăm sóc y tế đáp ứng một mức tối thiểu nhất định. 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.
- Cho quý vị biết giá trị đô la phải được tranh chấp để tiếp tục quá trình kháng cáo.

Bước 4: 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 quý vị muốn tiếp tục kháng cáo Cấp 3, chi tiết về cách thực hiện có trong văn bản thông báo mà quý vị nhận được sau quyết định kháng cáo Cấp 2 của mình.
- 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.

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 sẽ giúp bố trí chăm sóc cho quý vị nếu cần sau khi quý vị xuất viện.

- Ngày quý vị xuất viện được gọi là "**ngày xuất viện**."
- Khi ngày xuất viện của quý vị được quyết định, bác sĩ hoặc nhân viên bệnh viện sẽ thông báo cho quý vị biết.
- Nếu 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 đó sẽ được xem xét.

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 vòng hai ngày kể từ khi nhập viện, quý vị sẽ nhận được một thông báo bằng văn bản được gọi là *Một Thông Điệp Quan Trọng từ Medicare về Quyền của Quý Vị.* Mọi người có Medicare đều nhận được một bản sao của thông báo này Nếu quý vị không nhận được thông báo từ một người nào đó tại bệnh viện (ví dụ, nhân viên phụ trách hoặc y tá), hãy hỏi bất kỳ nhân viên bệnh

viện nào. Nếu quý vị cần trợ giúp, vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần (TTY 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:
   - 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.
   - Nơi tiếp nhận mọi báo cáo phản ánh của quý vị về chất lượng chăm sóc tại bệnh viện.
   - Quý vị có quyền **yêu cầu xem xét ngay lập tức** quyết định xuất viện nếu quý vị cho rằng mình sẽ được xuất viện quá sớm. Đây là một cách chính thức, hợp pháp để yêu cầu hoãn ngày xuất viện của quý vị để chúng tôi sẽ bao trả cho việc chăm sóc tại bệnh viện của quý vị trong thời gian dài hơn.

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.
   - 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 cho biết ngày xuất viện của quý vị. Ký **thông báo này *không* có nghĩa** là quý vị đồng ý với ngày xuất viện.

3. Hãy giữ bản sao thông báo **của quý vị** để quý vị có thông tin về việc khiếu kháng cáo (hoặc báo cáo mối quan tâm về chất lượng chăm sóc) nếu quý vị cần.
   - Nếu quý vị ký thông báo hơn hai ngày trước ngày xuất viện, quý vị sẽ nhận được một bản sao khác trước khi dự kiến xuất viện.
   - Để xem trước bản sao của thông báo này, quý vị có thể gọi cho Dịch vụ Thành viên hoặc 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), 24/7. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048. Quý vị cũng có thể xem thông báo trực tuyến tại www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Phần 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.**

- **Đáp ứng thời hạn.**
- **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. Hoặc gọi cho Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang của quý vị, một tổ chức chính phủ cung cấp hỗ trợ cá nhân hóa.

Trong 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.

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 tiền 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. Những chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi.

<u>Bước 1:</u> 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.

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 cho tiểu bang của quý vị trong Chương 2.

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**.
    - **Nếu quý vị đáp ứng thời hạn này,** quý vị có thể 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.

Sau khi qyý vị yêu cầu xem xét ngay việc xuất viện của mình, Tổ chức Cải tiến Chất lượng sẽ liên hệ với chúng tôi. Vào buổi trưa của ngày sau khi chúng tôi được liên hệ, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị **Thông Báo Chi Tiết về Việc Xuất Viện.** Thông báo này cung cấp ngày dự kiến xuất viện của quý vị và giải thích chi tiết lý do tại sao bác sĩ, bệnh viện và chúng tôi cho rằng quý vị xuất viện vào ngày đó là đúng (phù hợp về mặt y tế).

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

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

- Các chuyên gia y tế tại Tổ chức Cải tiến Chất lượng ("người xét duyệt") sẽ hỏi quý vị (hoặc đại diện của quý vị) tại sao quý vị tin rằng nên tiếp tục bảo hiểm 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 cho họ.
- Vào buổi trưa của ngày sau khi những người xét duyệt cho chúng tôi biết về kháng cáo của quý vị, quý vị sẽ nhận được thông báo bằng văn bản từ chúng tôi cho biết ngày xuất viện dự kiến của quý vị. Thông báo này cũng giải thích chi tiết lý do tại sao bác sĩ, bệnh viện của quý vị và chúng tôi cho rằng việc quý vị xuất viện vào ngày đó là đúng (phù hợp về mặt y tế).

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 xét duyệt *đồng ý*, **chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp các dịch vụ bệnh viện** nội trú **được bảo hiểm của quý vị miễn là các dịch vụ này cần thiết về mặt y khoa.**
- Quý vị sẽ phải tiếp tục thanh toán phần chia sẻ 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.

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

- Nếu tổ chức xét duyệt *từ chối*, 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.

<u>Bước 4:</u> Nếu phản hồi cho Kháng cáo Cấp 1 của quý vị là từ chối, quý vị 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

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.

<u>Bước 1:</u> 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.

<u>Bước 2:</u> 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.

<u>Bước 3:</u> Trong vòng 14 ngày kể từ khi nhận được yêu cầu kháng cáo Cấp 2 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.

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 đối với kháng cáo Cấp 1 của quý vị. 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.

<u>Bước 4:</u> 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 quý vị muốn kháng cáo Cấp 3, chi tiết về cách thực hiện việc này có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau quyết định kháng cáo Cấp 2 của mình.
- 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 7.4 Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn để làm kháng cáo Cấp 1 thì sao?

Điều Khoản Pháp Lý
"Đánh giá nhanh" (hoặc "kháng cáo nhanh") còn được gọi là **"kháng cáo cấp tốc."**

Thay vào đó, quý vị có thể kháng cáo lên chúng tôi

Như đã giải thích ở trên, quý vị phải nhanh chóng tiến hành kháng cáo Cấp 1 về ngày xuất viện của mình. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn liên hệ với Tổ chức Cải tiến Chất lượng, có một cách khác để quý vị 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

<u>Bước 1:</u> Hãy liên hệ với chúng tôi và yêu cầu "đánh giá nhanh".

- **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". Chương 2 có thông tin liên hệ.

<u>Bước 2:</u> 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 xem liệu quyết định về thời điểm quý vị nên rời bệnh viện có công bằng và tuân theo tất cả các quy tắc hay không.

<u>Bước 3:</u> Chúng tôi sẽ ra quyết định trong vòng 72 giờ sau khi quý vị yêu cầu "xét duyệt nhanh".

- **Nếu chúng tôi đồng ý với kháng cáo 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. Chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp các dịch vụ bệnh viện nội trú được bảo hiểm của quý vị miễn là chúng 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 đã 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 của quý vị, trường hợp của quý vị sẽ *tự động* được chuyển đến cấp tiếp theo của quy trình kháng cáo.

Từng bước: Quy Trình Kháng Cáo *Thay Thế* Cấp 2

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."**

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 quyết định liệu quyết định chúng tôi đưa ra là đúng hay cần thay đổi. Medicare sẽ giám sát công việc của tổ chức này.

Bước 1: Chúng tôi sẽ tự động chuyển tiếp trường hợp của quý vị đến Tổ Chức Xét Duyệt Độc Lập.

- Chúng tôi được yêu cầu 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. Phần 10 của chương này hướng dẫn cách khiếu nại.)

Bước 2: 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.

- 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 trả lại cho quý vị phần chia sẻ của chúng tôi đối với chi phí chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được kể từ ngày quý vị xuất viện theo kế hoạch. 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 rằng ngày xuất viện dự kiến của quý vị là phù hợp về mặt y tế.
    - Thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được từ tổ chức xét duyệt độc lập sẽ cho biết cách bắt đầu kháng cáo Cấp 3 với quy trình xem xét do Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư xét xử xử lý.

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 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 sẽ quyết định chấp nhận quyết định của quý vị hay tiếp tục kháng cáo Cấp 3.
- 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

Khi quý vị đang nhận **dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc điều dưỡng chuyên môn hoặc chăm sóc phục hồi chức năng (Cơ sở Phục hồi chức năng Ngoại trú Toàn diện)**, quý vị có quyền tiếp tục nhận các dịch vụ được bao trả cho loại hình chăm sóc đó miễn là chăm sóc cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh tật hoặc thương tích của quý vị.

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

Điều Khoản Pháp Lý
"**Thông báo Medicare Không Bao Trả.**" Nó cho quý vị biết cách quý vị có thể yêu cầu **"kháng cáo theo dõi nhanh".** Yêu cầu kháng cáo theo dõi nhanh là một cách chính thức, hợp pháp để yêu cầu thay đổi quyết định bao trả của chúng tôi về thời điểm ngừng bao trả chăm sóc cho quý vị.

1. Quý vị nhận được thông báo bằng văn bản ít nhất hai ngày trước khi chương trình của chúng tôi ngừng bao trả dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Thông báo cho quý vị biết:
   - Ngày mà chúng tôi sẽ ngừng bao trả chăm sóc cho quý vị.
   - Cách yêu cầu "kháng cáo theo dõi nhanh" để yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả việc chăm sóc của quý vị trong một khoảng thời gian dài hơn.
2. Quý vị, hoặc người nào đó thay mặt quý vị, sẽ được yêu cầu ký vào thông báo bằng văn bản để chứng tỏ rằng quý vị đã nhận được. Việc ký thông báo này *chỉ* thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông tin về thời điểm ngừng bảo hiểm của quý vị. **Ký <u>không</u> có nghĩa là quý vị đồng ý** với quyết định ngừng chăm sóc của chương trình.

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.**
- **Đáp ứng thời hạn.**
- **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. Hoặc gọi cho Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang của quý vị, một tổ chức chính phủ cung cấp hỗ trợ cá nhân hóa.

Trong Kháng cáo Cấp 1, Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ đánh giá kháng cáo của quý vị. Nó quyết định xem ngày kết thúc dịch vụ chăm sóc của quý vị có phù hợp về mặt y tế hay không.

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 tiền để kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare. Điều này bao gồm việc xét duyệt các quyết định về kế hoạch

về thời điểm ngừng chi trả một số loại chăm sóc y tế nhất định. Những chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi.

Bước 1: Kháng cáo Cấp 1 của quý vị: liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng và yêu cầu *kháng cáo* theo dõi nhanh. **Quý vị phải hành động thật nhanh.**

Quý vị có thể liên hệ với tổ chức này bằng cách nào?

- Thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được (*Thông báo Medicare Không Bao Trả)* cho quý vị biết cách liên hệ với tổ chức này. Hoặc tìm tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ chức Cải tiến Chất lượng cho tiểu bang của quý vị trong Chương 2.

Hãy hành động thật nhanh:

- Quý vị phải liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng để bắt đầu kháng cáo **muộn nhất vào trưa của ngày trước ngày có hiệu lực** trên Thông báo Medicare Không Bao Trả.

Thời hạn của quý vị để liên hệ với tổ chức này.

- 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.

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

Điều khoản pháp lý
"**Giải Thích Chi Tiết về Việc Không Bao Trả."** Thông báo cung cấp chi tiết về lý do kết thúc bao trả.

Điều gì xảy ra trong quá trình đánh giá này?

- Các chuyên gia y tế tại Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng ("những người xét duyệt") sẽ hỏi quý vị hoặc đại diện của quý vị về lý do quý vị cho rằng phải 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 cho chúng tôi biết về kháng cáo của quý vị, quý vị sẽ nhận được **Giải Thích Chi Tiết về Việc Không Bao Trả** từ chúng tôi, giải thích chi tiết lý do chấm dứt bảo hiểm của chúng tôi dành cho quý vị.

<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?

- 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). Có thể có những giới hạn đối với các dịch vụ được bao trả.

Điều gì xảy ra nếu những người xét duyệt từ chối?

- Nếu những người xét duyệt *từ chối,* thì **bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc vào ngày chúng tôi đã thông báo cho quý vị.**
- Nếu quý vị quyết định tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, hoặc 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.

<u>Bước 4:</u> Nếu phản hồi cho kháng cáo Cấp 1 của quý vị là từ chối, quý vị quyết định xem có muốn thực hiện một kháng cáo khác hay không.

- Nếu những người xét duyệt *từ chối* kháng cáo Cấp 1 của quý vị – <u>và</u> quý vị chọn tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau khi bảo hiểm dịch vụ chăm sóc của quý vị kết thúc – thì quý vị có thể thực hiện một kháng cáo Cấp 2.

Phần 8.4 Từng bước: Cách thực hiện kháng cáo Cấp 2 để yêu cầu chương trình của chúng tôi bao trả chăm sóc cho quý vị trong thời gian dài hơn

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 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.

<u>Bước 1:</u> 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 xét duyệt đồng ý?

- **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 đã được đưa ra đối với kháng cáo Cấp 1.
- 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 quý vị muốn tiếp tục kháng cáo Cấp 3, chi tiết về cách thực hiện việc này có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau quyết định kháng cáo Cấp 2 của mình.
- 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 8.5 Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn thực hiện kháng cáo Cấp 1 thì sao?

Thay vào đó, quý vị có thể kháng cáo lên chúng tôi

Như đã giải thích ở trên, quý vị phải nhanh chóng liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng để bắt đầu kháng cáo lần 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

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".

- **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". Chương 2 có thông tin liên hệ.

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.

Bước 3: Chúng tôi đưa ra quyết định cho quý vị trong vòng 72 giờ sau khi quý vị yêu cầu "đánh giá nhanh"

- **Nếu chúng tôi đồng ý với kháng cáo 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 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 khoản chia sẻ 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.

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.

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."**

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 cho "kháng cáo nhanh" của quý vị. Tổ chức này quyết định xem có nên thay đổi quyết định hay không. **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 giám sát công việc của tổ chức này.

Bước 1: Chúng tôi sẽ tự động chuyển tiếp trường hợp của quý vị đến tổ chức xét duyệt độc lập.

- Chúng tôi được yêu cầu 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. Phần 10 của chương này hướng dẫn cách khiếu nại.)

Bước 2: 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.

- 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 trả lại cho quý vị phần chia sẻ của chúng tôi về chi phí chăm sóc mà quý vị đã nhận được kể từ ngày chúng tôi cho biết 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 bao trả các dịch vụ.
- **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 dutệt độc lập sẽ cho quý vị biết bằng văn bản những gì quý vị có thể làm nếu quý vị muốn tiếp tục kháng cáo 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 quý vị muốn tiếp tục kháng cáo Cấp 3, chi tiết về cách thực hiện việc này có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau quyết định kháng cáo Cấp 2 của mình.
- Kháng cáo Cấp 3 được Thẩm phán Luật Hành chính hoặc trọng tài xét duyệt. 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 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 đã 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. Văn bản phản hồi mà quý vị nhận được đối với kháng cáo Cấp 2 sẽ giải thích cách thực hiện 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 Luật Hành Chính hoặc một trọng tài làm việc cho chính phủ Liên Bang** sẽ xét duyệt kháng cáo của quý vị và phản hồi cho quý vị.

- **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*.** Không giống như quyết định ở kháng cáo Cấp 2, chúng tôi có quyền kháng cáo một quyết định Cấp 3 có lợi cho quý vị. Nếu chúng tôi quyết định kháng cáo, đó sẽ là kháng cáo Cấp 4.
  - Nếu chúng tôi quyết định *không* kháng cáo, 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. Thông báo mà quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết phải làm gì để thực hiện kháng cáo Cấp 4.

Kháng cáo Cấp 4	Hội **Đồng Kháng Cáo Medicare** (Hội đồng) sẽ xét duyệt 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 xét duyệt một quyết định kháng cáo Cấp 3 có lợi, thì quy trình kháng cáo *có thể kết thúc* hoặc *có thể không.*** Không giống như quyết định ở Cấp 2, chúng tôi có quyền kháng cáo một quyết định Cấp 4 có lợi cho quý vị. Chúng tôi sẽ quyết định xem có cần kháng cáo quyết định này lên Cấp 5 hay không.
  - 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 xét duyệt. Nếu Hội Đồng từ chối kháng cáo của quý vị, thông báo mà 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 và cách tiếp tục với kháng cáo Cấp 5.

Kháng Cáo Cấp 5	Một thẩm phán tại **Tòa Án Quận Liên Bang** sẽ xét duyệt kháng cáo của quý vị.

- Thẩm phán sẽ xem xét tất cả thông tin và quyết định *có* hoặc *không* đối với yêu cầu của quý vị. Đây là phản hồi chung thẩm. Không còn cấp kháng cáo nào nữa sau Tòa Án Quận Liên Bang.

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 đã 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 Luật Hành Chính hoặc một trọng tài làm việc cho chính phủ Liên Bang** sẽ xét duyệt 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**. 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. Thông báo mà quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết phải làm gì để thực hiện kháng cáo Cấp 4.

Kháng cáo Cấp 4	Hội **Đồng Kháng Cáo** Medicare (Hội đồng) sẽ xét duyệt 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**. 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 xét duyệt. Nếu Hội Đồng từ chối kháng cáo của quý vị hoặc từ chối yêu cầu xem xét kháng cáo của quý vị, thông báo sẽ cho quý vị biết liệu các quy tắc có cho phép quý vị tiếp tục Kháng Cáo Cấp 5 hay không. Nó 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 xét duyệt kháng cáo của quý vị.

- Thẩm phán sẽ xem xét tất cả thông tin và quyết định *có* hoặc *không* đối với yêu cầu của quý vị. Đây là phản hồi chung thẩm. Không còn cấp kháng cáo nào nữa sau Tòa Án Quận Liên Bang.

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

Phần 10.1 Quy trình khiếu nại xử lý những loại vấn đề nào?

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. Dưới đây là ví dụ về các loại vấn đề được xử lý bằng quy trình 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	• Ai đó đã không tôn trọng quyền riêng tư hoặc tiết lộ thông tin bí mật của quý vị?
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 Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi 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 hoặc phòng thi hoặc khi nhận toa thuốc.
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	• Chúng tôi đã không cung cấp cho quý vị một thông báo bắt buộc phải không? • Thông tin bằng văn bản của chúng tôi có 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 bao trả và kháng cáo)	Nếu quý vị đã yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bao trả 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: • Quý vị đã yêu cầu tột "quyết định bao trả nhanh" hoặc "kháng cáo nhanh", và chúng tôi đã nói rằng chúng tôi từ chối, thì quý vị có thể khiếu nại. • Quý vị cho rằng chúng tôi đang không đáp ứng thời hạn cho các quyết định bao trả hoặc kháng cáo: quý vị có thể khiếu nại. • Quý vị tin rằng chúng tôi đang không đáp ứng thời hạn bao trả hoặc hoàn trả cho quý vị đối với một số dịch vụ y tế hoặc thuốc đã được phê duyệt; quý vị có thể khiếu nại. • Quý vị tin rằng chúng tôi đã không đáp ứng được thời hạn bắt buộc để chuyển trường hợp của quý vị đến tổ chức xét duyệt độc lập; quý vị có thể khiếu nại.

Phần 10.2 Hướng dẫn cách khiếu nại

Điều khoản pháp lý
• **"Khiếu nại"** cũng được gọi là **"phàn nàn."** • **"Tạo ra một khiếu nại"** cũng được gọi là **"đưa ra một lời phàn nàn."** • "**Sử dụng quy trình khiếu nại"** cũng được gọi là "**sử dụng quy trình đưa ra một lời phàn nàn."** • **"Khiếu nại nhanh"** cũng được gọi là **"phàn nàn cấp tốc."**

Phần 10.3 Từng bước: Khiếu nại

Bước 1: 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.
- **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. Nếu quý vị yêu cầu phản hồi bằng văn bản, chúng tôi sẽ trả lời bằng văn bản, nếu quý vị nộp đơn khiếu nại (phàn nàn), hoặc nếu khiếu nại của quý vị liên quan đến chất lượng chăm sóc, chúng tôi sẽ trả lời quý vị bằng văn bản.
- **Thời hạn** đưa ra khiếu nại là 60 ngày kể từ khi quý vị gặp vấn đề mà quý vị muốn khiếu nại.

<u>Bước 2:</u> 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.
- **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 quý vị khiếu nại vì chúng tôi đã từ chối yêu cầu của quý vị về "quyết định bao trả 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**.
- **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 đưa ra lý do của chúng tôi trong phản hồi cho quý vị.

Phần 10.4 Quý vị cũng có thể khiếu nại về chất lượng chăm sóc lên Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng

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** trực tiếp lên Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng. Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng là một nhóm các bác sĩ hành nghề và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ Liên bang trả lương để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc dành cho bệnh nhân tham gia Medicare. Chương 2 có thông tin liên hệ.

Hoặc

- **Quý vị có thể khiếu nại lên cả** Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng và chúng tôi cùng một lúc.

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 về KelseyCare Advantage Gold Freedom đến Medicare. Để gửi đơn khiếu nại đến Medicare, hãy truy cập www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Quý vị cũng có thể gọi đến số 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

PHẦN 1 Giới thiệu 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 Gold Freedom 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. Phần 2 và 3 cung cấp thông tin để quý vị có thể tự nguyện chấm dứt tư cách hội viên của mình.
- Cũng có một số trường hợp hạn chế mà 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 có dự định 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?

Phần 2.1 Quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong Giai Đoạn Ghi Danh Hằng Năm

Quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi trong suốt **Giai Đoạn Ghi Danh Hằng Năm** (còn được gọi là "Giai Đoạn Ghi Danh Mở Hằng Năm"). Trong suốt thời gian này, quý vị hãy 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 Hằng Năm** là từ ngày **15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12**.
- **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, bao gồm hoặc không bao gồm bao trả thuốc kê toa.
    - Original Medicare *có* một chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt.
    - Original Medicare *không có* chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt.
    - Nếu quý vị chọn phương án này, Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi 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.

- **Tư cách hội viên của quý vị sẽ chấm dứt khi chương trình của chúng tôi** khi bảo hiểm của chương trình 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 hằng năm** là từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3.
- **Trong suốt giai đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage hằng năm,** quý vị có thể:
  - Chuyển sang một chương trình Medicare Advantage Plan khác bao gồm hoặc không bao gồm 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.
- **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 đề nghị 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 thành viên của KelseyCare Advantage Gold Freedom 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**.

Quý vị có thể đủ điều kiện chấm dứt tư cách hội viên của mình trong Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt nếu bất kỳ trường hợp nào sau đây áp dụng cho quý vị. 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 toa 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 tùy thuộc vào tình hình của quý vị.

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. Quý vị có thể chọn:

- Một chương trình sức khỏe Medicare khác, bao gồm hoặc không bao gồm bao trả thuốc kê toa.
- Original Medicare *có* một chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt.
- – *hoặc* – 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 Part D nếu quý vị tham gia chương trình thuốc Medicare sau đó.

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.

- **Nếu quý vị nhận được "Trợ Giúp Bổ Sung" 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.

Phần 2.4 Quý vị có thể lấy thêm thông tin ở đâu về thời điểm quý vị có thể kết thúc tư cách thành viên của mình?

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về việc chấm dứt tư cách hội viên của mình, quý vị có thể:

- **Gọi đến Dịch Vụ Hội Viên.**
- Quý vị có thể tìm thông tin trong cẩm nang ***Medicare & You 2023***.
- Liên hệ **Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần (TTY 1-877-486-2048).

PHẦN 3 Làm cách nào để quý vị chấm dứt tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi?

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 Gold Freedom khi chương trình bảo hiểm mới của quý vị bắt đầu.
• Original Medicare *có* 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 Gold Freedom khi chương trình bảo hiểm mới của quý vị bắt đầu.
• Original Medicare *không có* chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt.	• **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. • 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 vui lòng gọi số 1-877-486-2048. • Quý vị sẽ bị rút tên khỏi KelseyCare Advantage Gold Freedom 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

Cho đến khi tư cách hội viên của quý vị kết thúc, và bảo hiểm Medicare mới của quý vị bắt đầu, 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.

- **Tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi để được chăm sóc y tế.**
- **Tiếp tục sử dụng các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi** hoặc đặt hàng qua đường bưu điện để nhận thuốc kê toa của mình.
- **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 Gold Freedom buộc phải chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình trong một số trường hợp nhất định

Phần 5.1 Khi nào chúng tôi phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình?

KelseyCare Advantage Gold Freedom buộc 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 hạn, 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.
- Nếu quý vị bị giam giữ (đi tù).
- Nếu quý vị không còn 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, hãy gọi Dịch Vụ Hội Viên.

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

KelseyCare Advantage Gold Freedom không được phép yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do gì liên quan đến sức khỏe.

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, hãy gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), phục vụ 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần. (TTY 1-877-486-2048).

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.

CHƯƠNG 11

Thông báo pháp lý

PHẦN 1 Thông báo về luật điều chỉnh

Luật chính áp dụng cho tài liệu *Chứng Thư Bảo Hiểm* 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. 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.

PHẦN 2 Thông báo về không phân biệt đối xử

Chúng tôi không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, dân tộc, nguồn gốc quốc gia, màu da, tôn giáo, giới tính, tuổi tác, khuynh hướng tình dục, khuyết tật về tâm thần hoặc thể chất, tình trạng sức khỏe, yêu cầu kinh nghiệm, lịch sử y tế, thông tin di truyền, bằng chứng về khả năng bảo hiểm hoặc vị trí địa lý trong khu vực kinh doanh. 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), Phần 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. Quý vị có thể xem lại thông tin từ Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ tại https://www.hhs.gov/ocr/index.

Nếu quý vị bị khuyết tật và cần trợ giúp trong việc tiếp cận với dịch vụ chăm sóc, vui lòng gọi cho chúng tôi tại Dịch Vụ Hội Viên. 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 Trả Phụ của 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 phần 422.108 và 423.462, KelseyCare Advantage Gold Freedom, 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

Số Tiền Được Phép – Số tiền tối đa được phép chi trả cho các dịch vụ được bao trả được cung cấp bởi các nhà cung cấp và cơ sở tham gia hoặc các nhà cung cấp và cơ sở không tham gia.

Trung Tâm Phẫu Thuật Trong Ngày – Trung Tâm Phẫu Thuật Trong Ngày 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.

Gian Đoạn Ghi Danh Hằng Năm – Khoảng thời gian từ ngày 15 tháng 10 cho đến ngày 7 tháng 12 mỗi năm khi các thành viên có thể thay đổi chương trình sức khỏe hoặc thuốc hoặc chuyển sang Original Medicare.

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.

Tính Hóa Đơn Khoản Chênh Lệch – 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 thành viên của KelseyCare Advantage Gold Freedom, quý vị chỉ phải thanh toán số tiền chia sẻ chi phí của chương trình 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 "tính hóa đơn khoản chênh lệch" hoặc tính phí quý vị nhiều hơn số tiền mà chương trình thông báo quý vị phải trả.

Giai Đoạn Quyền Lợi – 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 quyền lợi bắt đầu từ ngày quý vị nhập viện hoặc tới cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Giai đoạn quyền 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 quyền lợi đã kết thúc, thì một giai đoạn quyền lợi mới sẽ bắt đầu. Không giới hạn số giai đoạn quyền lợi.

Thuốc Biệt Dược (Brand Name) – Thuốc kê 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.

Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa – Giai đoạn trong Quyền Lợi Thuốc Part D, quý vị trả một khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm thấp cho thuốc của mình sau khi quý vị hoặc các bên đủ điều kiện khác thay mặt quý vị đã chi $7,400 cho các loại thuốc được bao trả trong năm bảo hiểm.

Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) – Cơ quan Liên bang quản lý Medicare.

Chương Trình Chronic-Care Special Needs Plan (Chăm Sóc Đặc Biệt Cho Nhu Cầu Mãn Tính) – C-SNP là SNP hạn chế đăng ký cho những cá nhân có nhu cầu đặc biệt với các tình

trạng mãn tính nghiêm trọng hoặc tàn tật cụ thể, được định nghĩa trong 42 CFR 422.2. C-SNP phải có các thuộc tính đặc biệt ngoài việc cung cấp các dịch vụ Medicare Part A và B cơ bản và điều phối hoạt động chăm sóc theo yêu cầu trong tất cả các chương trình Medicare Advantage Coordinated Care Plans, để nhận được chỉ định đặc biệt cùng sự quảng bá và chỗ lưu trú cho người ghi danh dành cho các C-SNP.

Đồng Bảo Hiểm – Số tiền mà quý vị có thể phải trả, được biểu thị bằng tỷ lệ phần trăm (ví dụ: 20%) như phần chia sẻ của quý vị đối với chi phí cho các dịch vụ hoặc thuốc kê toa sau khi quý vị thanh toán bất kỳ khoản khấu trừ nào.

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. Nó cũng bao gồm các khiếu nại nếu kế hoạch của quý vị không tuân theo các khoảng thời gian trong quy trình kháng cáo.

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.

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 bị bệnh hoặc chấn thương, bao gồm vật lý trị liệu, các dịch vụ xã hội hoặc tâm lý, liệu pháp hô hấp, liệu pháp vận động và dịch vụ bệnh lý ngôn ngữ nói và dịch vụ đánh giá môi trường gia đình.

Đồng Thanh Toán – 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 cố định (ví dụ: $10), chứ không phải là một tỷ lệ phần trăm.

Chia Sẻ Chi Phí – Chia sẻ chi phí chỉ 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.

Bậc Chia Sẻ Chi Phí – Mọi loại thuốc trong danh sách thuốc được bao trả đều thuộc một trong 6 bậc chia sẻ chi phí. Nói chung, bậc chia sẻ chi phí càng cao thì chi phí mua thuốc của quý vị càng cao.

Xác Định Phạm Vi Bao Trả – 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 toa thuốc. Nói chung, nếu quý vị mang toa thuốc của mình đến một nhà thuốc và nhà 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 về phạm vi bảo hiểm được gọi là "quyết định bao trả" trong tài liệu này.

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.

Dịch Vụ Được Bao Trả – Thuật ngữ 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.

Bảo Hiểm Thuốc Kê 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.

Chăm Sóc Trông Nom – Chăm sóc trông nom 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. Việc chăm sóc trông nom, do những người không có kỹ năng hoặc đào tạo chuyên môn cung cấp, bao gồm trợ giúp trong các hoạt động sinh hoạt hằng 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 trông nom.

Tỷ Lệ Chia Sẻ Chi Phí Theo Ngày – "Tỷ lệ chia sẻ chi phí theo ngày" có thể áp dụng khi bác sĩ của quý vị kê toa 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 theo ngày là khoản đồng thanh toán chia cho số ngày trong lượng thuốc được cấp của một tháng. Đây là một ví dụ: Nếu khoản đồng thanh toán của quý vị cho lượng thuốc được cấp của 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 theo ngày" của quý vị là $1 mỗi ngày.

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.

Rút Tên hoặc **Huỷ Đăng Ký** – Quá trình chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi.

Phí Cấp Thuốc – Một khoản phí được tính mỗi lần phân phối thuốc được bao trả để thanh toán chi phí mua thuốc theo toa, chẳng hạn như thời gian dược sĩ chuẩn bị và đóng gói toa thuốc.

Chương Trình Dual Eligible Special Needs Plans (Nhu Cầu Đặc Biệt Đủ Điều Kiện Kép, D-SNP) – D-SNP ghi danh những cá nhân được hưởng cả Medicare (đề mục XVIII của Đạo Luật An Sinh Xã Hội) và hỗ trợ y tế từ một chương trình tiểu bang theo Medicaid (đề mục XIX). Các tiểu bang bảo tra một số chi phí Medicare, tùy thuộc vào tiểu bang và khả năng hội đủ điều kiện của cá nhân.

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: 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 ôxy, máy phun sương hoặc giường bệnh do nhà cung cấp đặt hàng để sử dụng trong nhà.

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 ngăn ngừa mất mạng (và, nếu quý vị là phụ nữ mang thai, mất thai nhi), mất một chi hoặc mất chức năng của một chi hoặc mất hoặc suy giảm nghiêm trọng chức năng cơ thể. 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 Cấp Cứu – Bao trả cho các dịch vụ: 1) được cung cấp bởi một nhà cung cấp đủ điều kiện để cung cấp các dịch vụ cấp cứu; và 2) cần thiết để điều trị, đánh giá hoặc ổn định tình trạng cấp cứu y tế.

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.

Ngoại Lệ – Một loại quyết định bao trả, nếu được chấp thuận, cho phép quý vị mua một loại thuốc không có trong danh mục của chúng tôi (một ngoại lệ trong danh mục) hoặc nhận một loại thuốc không ưu tiên với giá thấp hơn mức chia sẻ chi phí (một ngoại lệ phân cấp). Quý vị cũng có thể yêu cầu một ngoại lệ nếu chương trình của chúng tôi yêu cầu quý vị thử một loại thuốc khác trước khi nhận được loại thuốc quý vị yêu cầu hoặc nếu chương trình của chúng tôi giới hạn số lượng hoặc liều lượng của loại thuốc quý vị yêu cầu (một trường hợp ngoại lệ trong danh mục).

Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help) – Một chương trình của Medicare hoặc Tiểu Bang 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.

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 (các) thành phần hoạt chất giống với thuốc biệt dược. Thông thường, thuốc "thế phẩm" có tác dụng tương tự như thuốc biệt dược và thường ít tốn kém hơn.

Phàn Nàn - Loại khiếu nại quý vị đưa ra về chương trình của chúng tôi, nhà cung cấp, hoặc các nhà thuốc, bao gồm khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc của quý vị. Điều này không liên quan đến bảo hiểm hoặc tranh chấp thanh toán.

Phụ Tá Y Tế Tại Nhà – Một người cung cấp các dịch vụ không cần kỹ năng của y tá hoặc nhà trị liệu được cấp phép, chẳng hạn như trợ giúp chăm sóc cá nhân (ví dụ: tắm, đi vệ sinh, mặc quần áo, hoặc thực hiện các bài tập theo quy định).

Chăm Sóc Cuối Đời - Quyền lợi cung cấp phương pháp điều trị đặc biệt cho hội viên có bằng chứng y tế mắc bệnh nan y, nghĩa là sự sống sẽ kéo dài không quá 6 tháng. 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 quyền lợi bổ sung mà chúng tôi cung cấp.

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".

Tiền Điều Chỉnh Hằng 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 Tiền Điều Chỉnh Hằng 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.

Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu – Giới hạn bảo hiểm tối đa trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu.

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 $4,660.

Giai Đoạn Ghi Danh Ban Đầu – Thời gian ban đầu khi quý vị đủ điều kiện tham gia Medicare là khoảng thời gian mà quý vị có thể đăng ký Medicare Part A và Part B. 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 trong vòng 7 tháng, gồm 3 tháng trước tháng quý vị đủ 65 tuổi, bao gồm cả tháng quý vị đủ 65 tuổi và, và 3 tháng sau tháng quý vị 65 tuổi.

Chương Trình Institutional Special Needs Plan (Nhu Cầu Đặc Biệt Của Tổ Chức, SNP)– Một chương trình 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 này có thể bao gồm cơ sở điều dưỡng lành nghề (SNF), cơ sở điều dưỡng (NF), (SNF/NF), Cơ Sở Chăm Sóc Trung Cấp dành cho Những Người bị Khuyết Tật Trí Tuệ (ICF/IID), một cơ sở điều trị tâm thần nội trú và/hoặc các cơ sở được CMS phê duyệt cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe dài hạn tương tự được bao trả theo Medicare Part A, Medicare Part B hoặc Medicaid; và cư dân có nhu cầu và tình trạng chăm sóc sức khỏe tương tự với các loại cơ sở được nêu tên khác. Chương trình Special Needs Plan của tổ chức phải có thỏa thuận hợp đồng với (hoặc sở hữu và vận hành) (các) cơ sở LTC cụ thể.

Chương Trình Institutional Equivalent Special Needs Plan (Nhu Cầu Đặc Biệt Tương Đương Của Tổ Chức, SNP) – Một chương trình 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 Special Needs Plan này có thể hạn chế việc ghi danh đối với những cá nhân cư trú trong một cơ sở trợ giúp an dưỡng (assisted living facility, ALF) theo hợp đồng nếu cần thiết để đảm bảo cung cấp dịch vụ chăm sóc chuyên biệt một cách đồng nhất.

Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Mục Thuốc hoặc "Danh Sách Thuốc") – Một danh sách các loại thuốc kê toa được chương trình bao trả.

Hiệp Hội Hành Nghề Độc Lập (Independent Practice Association, IPA) - Một tổ chức của các bác sĩ được thành lập để ký hợp đồng với bên chi trả thứ ba.

Tổ Chức Bác Sĩ Địa Phương (Local Physician Organization, LPO) - Các Bác Sĩ Chăm Sóc Chính và Bác Sĩ Chuyên Khoa được nhóm lại với nhau theo cả vị trí địa lý và các hình thức giới thiệu hành nghề.

Trợ Cấp Cho Người Thu Nhập Thấp (Low Income Subsidy, LIS) – Xem "Trợ Giúp Bổ Sung".

Khoản Phí Tối Đa – Số tiền tối đa mà một nhà cung cấp Medicare không tham gia có thể tính phí dịch vụ cho một hội viên. Khoản phí thường được giới hạn ở 115% biểu phí Medicare cho các dịch vụ được bao trả.

Số Tiền Tự Trả Cao Nhất – Số tiền tối đa mà quý vị tự trả trong năm cho các dịch vụ Part A và Part B được bao trả trong mạng lưới dịch vụ. 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 tự trả tối đa.

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 giữa các tiểu bang khác nhau, 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.

Nhóm Y Tế - Tập hợp các bác sĩ hợp tác với nhau, theo hợp đồng.

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 khuyến khích bởi một số sách tham khảo nhất định.

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 trong thực hành y khoa.

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).

Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage – Khoảng thời gian từ ngày 1 tháng 1 cho đến ngày 31 tháng 3 khi các thành viên trong chương trình Medicare Advantage có thể hủy đăng ký chương trình của họ và chuyển sang chương trình Medicare Advantage khác, hoặc nhận 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 áp dụng trong khoảng thời gian 3 tháng kể từ khi một cá nhân đủ điều kiện tham gia Medicare lần đầu tiên.

Chương Trình Medicare Advantage (MA) Plan – 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 quyền lợi Medicare Part A và Part B. Chương trình Medicare Advantage Plan có thể là một i) HMO, ii) PPO, một iii) Chương Trình Tư Nhân Phí Dịch Vụ (Private Fee-for-Service, PFFS), hoặc iv) Chương Trình Medicare Medical Savings Account Plan (Tài Khoản Tiết Kiệm Y Tế Medicare, MSA). Bên cạnh việc lựa chọn trong số các loại chương trình này, chương trình Medicare Advantage HMO hoặc PPO cũng có thể là chương trình Special Needs Plan (SNP). Trong hầu hết các trường hợp, các chương trình Medicare Advantage Plans cũng cung cấp Medicare Part D (bảo hiểm thuốc kê toa). Các chương trình này được gọi là **Medicare Advantage Plans có Bao Trả Thuốc Kê Toa (Medicare Advantage Plans with Prescription Drug Coverage)**.

Chương Trình Chiết Khấu Khoảng Chờ Bao Trả Medicare – 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.

Các Dịch Vụ Được Medicare Bao Trả – Các dịch vụ được Medicare Part A và Part B bao trả. Tất cả các chương trình sức khỏe của Medicare phải bao gồm tất cả các dịch vụ được Medicare Part A và Part B bao trả. Các Dịch Vụ Được Medicare Bao Trả không bao gồm các quyền lợi bổ sung, chẳng hạn như thị lực, nha khoa hoặc thính lực, mà chương trình Medicare Advantage có thể cung cấp.

Chương Trình Medicare Health Plan – Một chương trình sức khỏe Medicare được cung cấp bởi một công ty tư nhân có hợp đồng với Medicare để cung cấp các quyền 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 Plans, Medicare Cost Plans, Special Needs Plans, 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).

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.

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 "lỗ hổng bao trả" trong Original Medicare. Các chính sách của Medigap chỉ hoạt động với Original Medicare. (Chương trình Medicare Advantage Plan không phải là chính sách Medigap.)

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.

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, quyền lợi, khiếu nại và kháng cáo của quý vị.

Nhà Thuốc Trong Mạng Lưới – Nhà thuốc mà ký hợp đồng với chương trình của chúng tôi nơi hội viên chương trình của chúng tôi có thể nhận được quyền lợi thuốc kê toa. Trong hầu hết các trường hợp, toa thuốc của quý vị chỉ được bao trả nếu mua tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.

Nhà Cung Cấp Trong Mạng Lưới – "Nhà cung cấp" là thuật ngữ chung cho 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. "**Nhà Cung Cấp Trong Mạng Lưới**" 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. Nhà cung cấp trong mạng lưới còn được gọi là "nhà cung cấp của chương trình".

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.

Quyết Định Của Tổ Chức – Một quyết định mà chương trình của chúng tôi đưa ra 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 tài liệu này.

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 Plans 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.

Nhà Thuốc Ngoài Mạng Lưới – Nhà 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. Hầu hết thuốc mà quý vị nhận được từ các nhà thuốc ngoài mạng lưới không được chương trình chúng tôi bao trả trừ khi áp dụng một số điều kiện nhất định.

Nhà Cung Cấp Ngoài Mạng Lưới hoặc Cơ Sở Ngoài Mạng Lưới – Nhà cung cấp hoặc cơ sở mà không có hợp đồng với chương trình của chúng tôi 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.

Chi Phí Tự Trả – 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 "tự trả" của hội viên.

Part C – xem "Chương trình Medicare Advantage (MA) Plan."

Part D – Chương Trình Quyền Lợi Thuốc Kê Toa Medicare tự nguyện.

Các Loại 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. Một số danh mục thuốc cụ thể đã bị Quốc Hội loại trừ khỏi danh mục thuốc Part D được bao trả. Một số danh mục nhất định của các loại thuốc Part D phải được bao trả bởi mọi chương trình.

Tiền Phạt Ghi Danh Muộn Part D – Số tiền được cộng vào phí bảo hiểm hằng 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.

Điểm Dịch Vụ (POS) – Một quyền lợi cho phép quý vị sử dụng các nhà cung cấp bên ngoài mạng lưới của chương trình với một khoản chi phí bổ sung. (Xem Chương 1, Phần 3.2).

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 nhà thuốc trong mạng lưới.

Chương Trình Preferred Provider Organization Plan (Tổ Chức Cung Cấp Ưu Đãi, PPO) – Chương trình Preferred Provider Organization là chương trình Medicare Advantage Plan 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 quyền 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 quyền lợi của chương trình nhận được từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Các gói PPO có giới hạn hằng năm đối với chi phí tự trả 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 tự trả 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.

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.

Người Quản Lý Quyền Lợi Thuốc Kê Toa – Người Quản Lý Quyền Lợi Thuốc Kê Toa (PBM) là một công ty quản lý hoặc xử lý quyền lợi thuốc kê toa (Part D).

Bác Sĩ Chăm Sóc Chính (PCP) – Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác mà quý vị gặp đầu tiên đối với hầu hết các vấn đề sức khỏe. 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 chăm sóc sức khỏe nào khác.

Sự Cho Phép Trước – Chấp thuận trước để nhận các dịch vụ hoặc một số loại thuốc nhất định. Các dịch vụ được bao trả cần có sự cho phép trước được đánh dấu trong Bảng Quyền Lợi ở Chương 4. Thuốc được bao trả cần có sự cho phép trước sẽ được đánh dấu trong danh mục thuốc.

Bộ Phận Giả và Dụng Cụ Chỉnh Hình – Các thiết bị y tế bao gồm, nhưng không giới hạn, nẹp tay, lưng và cổ; chân tay nhân tạo; mắt nhân tạo; và các thiết bị cần thiết để thay thế một bộ phận hoặc chức năng bên trong cơ thể, bao gồm vật tư sử dụng cho cơ quan hậu môn và liệu pháp dinh dưỡng qua đường ruột và đường tiêm.

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.

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.

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.

Khu Vực Dịch Vụ – Khu vực địa lý nơi mà quý vị cư trú để tham gia chương trình sức khoẻ riêng. 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 (phi cấp cứu). Chương trình bắt buộc rút tên quý vị nếu quý vị vĩnh viễn chuyển khỏi khu vực dịch vụ của chương trình.

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 hằng ngày trong một cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Ví dụ về chăm sóc bao gồm vật lý trị liệu hoặc tiêm vào tĩnh mạch mà chỉ y tá hoặc bác sĩ đã đăng ký mới có thể thực hiện.

Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt – Thời gian được ấn định để các hội viên có thể thay đổi các chương trình sức khỏe hoặc thuốc của họ hoặc quay trở lại với chương trình 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.

Chương Trình Special Needs Plan (Nhu Cầu Đặc Biệt) – Một chương trình Medicare Advantage Plan 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 mãn tính.

Chia Sẻ Chi Phí Tiêu Chuẩn – Chia sẻ chi phí tiêu chuẩn là chia sẻ chi phí ngoài chia sẻ chi phí ưu đãi được cung cấp tại một nhà thuốc trong mạng lưới.

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 toa ban đầu.

Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (Supplemental Security Income, SSI) – Một khoản trợ cấp hằng 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. Phúc lợi SSI không giống như phúc lợi An Sinh Xã Hội.

Dịch Vụ Cấp Thiết – Các dịch vụ được bao trả không phải là dịch vụ cấp cứu, được cung cấp khi các nhà cung cấp mạng tạm thời không khả dụng hoặc không thể truy cập được hoặc khi người đăng ký ở ngoài vùng phục vụ. Ví dụ, quý vị cần được chăm sóc ngay lập tức vào cuối tuần. Các dịch vụ phải là cấp thiết ngay lúc đó và cần thiết về mặt y khoa.