

# Tóm Lược Quyền Lợi

Ngày 01 tháng 01 năm 2019 – ngày 31  
tháng 12 năm 2019

## KELSEYCARE ADVANTAGE RX (HMO)

## KELSEYCARE ADVANTAGE RX+CHOICE (HMO-POS)

Cẩm nang Tóm Lược Quyền Lợi Bảo Hiểm này trình bày tóm tắt những gì **KelseyCare Advantage Rx (HMO)** và **KelseyCare Advantage Rx+Choice (HMO-POS)** bao trả và những gì quý vị thanh toán. Cẩm nang này không liệt kê mọi dịch vụ mà chúng tôi bao trả và cũng không liệt kê mọi giới hạn hoặc trường hợp không được bao trả. Để biết được danh sách đầy đủ các dịch vụ mà chúng tôi bao trả, hãy gọi cho chúng tôi và đề nghị "Chứng Thư Bảo Hiểm."

### Những gợi ý so sánh các lựa chọn Medicare của quý vị

- Nếu quý vị muốn so sánh chương trình của chúng tôi với các chương trình chăm sóc Medicare khác, hãy hỏi xin cẩm nang Tóm Lược Các Phúc Lợi của các chương trình khác. Hoặc sử dụng Công Cụ Tìm Kiếm Chương Trình Medicare trên <http://www.medicare.gov>.
- Nếu quý vị muốn biết thêm về khoản bao trả và chi phí của Original Medicare, hãy tìm hiểu trong cẩm nang "Medicare & You" ("**Medicare & Quý Vị**") hiện tại của mình. Quý vị có thể xem trực tuyến trên <http://www.medicare.gov> hoặc nhận một bản sao bằng cách gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24/7. Người sử dụng TTY nên gọi 1-877-486-2048.

### Các phần trong cẩm nang này

✓	Những điều cần biết về KelseyCare Advantage Rx (HMO) và KelseyCare Advantage Rx+Choice (HMO-POS)
✓	Phí Bảo Hiểm Hàng Tháng Khoản khấu trừ Các Giới Hạn về Khoản Tiền Mà Quý Vị Thanh Toán cho Các Dịch Vụ Được Bao Trả
✓	Các Phúc Lợi Y Tế và Bệnh Viện Được Bao Trả
✓	Phúc Lợi Thuốc Kê Toa

Tài liệu này có sẵn ở các định dạng khác như chữ nổi Braille và chữ in cỡ lớn.

**CHÚ Ý:** Nếu quý vị nói tiếng Tây Ban Nha, thì quý vị sẽ được cung cấp các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Hãy gọi tới số 1-866-535-8343 (TTY: 1-866-302-9336).

**ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-535-8343 (TTY: 1-866-302-9336).

Chương trình KelseyCare Advantage được cung cấp bởi KS Plan Administrators, LLC, một Medicare Advantage HMO có hợp đồng Medicare. Việc đăng ký tham gia chương trình KelseyCare Advantage phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. Thông tin này không phải là bản mô tả đầy đủ các phúc lợi. Liên lạc với chương trình để biết thêm thông tin.

**Trước khi đưa ra quyết định đăng ký tham gia, quý vị cần phải hiểu đầy đủ các phúc lợi và quy tắc của chúng tôi. Nếu có bất kỳ câu hỏi nào, quý vị có thể gọi điện và nói chuyện với đại diện dịch vụ khách hàng theo số 1-866-535-8343 (TTY: 1-866-302-9336).**

### Hiểu Rõ Các Phúc Lợi

- Xem lại danh sách đầy đủ các phúc lợi được nêu trong Chứng Thư Bảo Hiểm (EOC), đặc biệt là đối với những dịch vụ mà quý vị thường xuyên gặp bác sĩ. Truy cập [KelseyCareAdvantage.com](http://KelseyCareAdvantage.com) hoặc gọi tới số 1-866-535-8343 (TTY: 1-866-302-9336) để xem bản sao của EOC.
- Xem lại danh bạ nhà cung cấp (hoặc hỏi bác sĩ của quý vị) để đảm bảo rằng các bác sĩ quý vị gặp đều đang có trong mạng lưới. Nếu bác sĩ không được liệt kê, thì điều đó có nghĩa là quý vị sẽ phải chọn một bác sĩ mới.
- Xem lại danh bạ nhà thuốc để đảm bảo nhà thuốc quý vị sử dụng cho bất kỳ loại thuốc theo toa nào đều có trong mạng lưới. Nếu nhà thuốc không được liệt kê, quý vị có thể sẽ phải chọn một nhà thuốc mới cho đơn thuốc của mình.

### Hiểu Rõ Các Quy Tắc Quan Trọng

- Ngoài khoản phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình, quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm cho chương trình Medicare Phần B của mình. Phí bảo hiểm này thường được trích ra từ chi phiếu An Sinh Xã Hội của quý vị mỗi tháng.
- Các phúc lợi, phí bảo hiểm và/hoặc khoản đồng chi trả/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 01 tháng 01 năm 2020.
- Ngoại trừ trường hợp cấp cứu hoặc khẩn cấp, chúng tôi không bao trả các dịch vụ của các nhà cung cấp ngoài mạng lưới (các bác sĩ không được liệt kê trong danh bạ nhà cung cấp), trừ khi quý vị đăng ký tham gia chương trình KelseyCare Advantage Rx+Choice (POS).
- Chương trình KelseyCare Advantage Rx+Choice cho phép quý vị gặp các nhà cung cấp ngoài mạng lưới của chúng tôi (các nhà cung cấp không ký hợp đồng). Tuy nhiên, mặc dù chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ được bao trả của nhà cung cấp không ký hợp đồng, nhưng nhà cung cấp đó phải đồng ý chữa trị cho quý vị và gửi hóa đơn tới KelseyCare Advantage. Ngoại trừ trường hợp cấp cứu hoặc khẩn cấp, các nhà cung cấp không ký hợp đồng có thể từ chối chăm sóc. Ngoài ra, quý vị sẽ trả một phần chi phí cao hơn cho các dịch vụ mà các nhà cung cấp không ký hợp đồng nhận được.

## Những Điều Cần Biết Về KelseyCare Advantage Rx (HMO) và KelseyCare Advantage Rx+Choice (HMO-POS)

### Giờ làm việc

- Từ ngày 01 tháng 10 đến ngày 31 tháng 03, quý vị có thể gọi cho chúng tôi 7 ngày một tuần từ 8:00 sáng đến 8:00 tối, Giờ Miền Trung.
- Từ ngày 01 tháng 04 đến ngày 30 tháng 09, quý vị có thể gọi cho chúng tôi từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8:00 sáng đến 8:00 tối, Giờ Miền Trung.

### Số Điện Thoại và Trang Web của KelseyCare Advantage Rx (HMO) và KelseyCare Advantage Rx+Choice (HMO-POS)

- Nếu quý vị là thành viên của chương trình này, hãy gọi đến số điện thoại miễn phí 1-866-535-8343.
- Nếu quý vị không phải là thành viên của chương trình này, hãy gọi đến số điện thoại miễn phí 1-800-663-7146.
- Người dùng TTY nên gọi đến số 1-866-302-9336
- Trang web của chúng tôi: [www.kelseycareadvantage.com](http://www.kelseycareadvantage.com)

### Ai Có Thể Tham Gia?

Để tham gia **KelseyCare Advantage Rx (HMO) hoặc KelseyCare Advantage Rx+Choice (HMO-POS)**, quý vị phải được quyền tham gia Medicare Phần A, được đăng ký vào chương trình Medicare Phần B và sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi.

Khu vực dịch vụ của chúng tôi bao gồm các hạt sau đây trong tiểu bang Texas:	
Fort Bend	Harris
Montgomery	Galveston*

*\*thể hiện một phần hạt*

Tôi có thể sử dụng bác sĩ và bệnh viện nào?	
<b>KelseyCare Advantage Rx (HMO)</b>	Có một mạng lưới các bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp khác. Nếu quý vị sử dụng nhà cung cấp dịch vụ không có trong mạng lưới của chúng tôi, chương trình có thể không thanh toán cho các dịch vụ này.
<b>KelseyCare Advantage Rx+Choice (HMO-POS)</b>	Có một mạng lưới các bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp khác. <i>Đối với một số dịch vụ, quý vị có thể sử dụng các nhà cung cấp không có trong mạng của chúng tôi.</i>

## Tôi có thể sử dụng nhà thuốc nào?

Quý vị thường phải sử dụng các nhà thuốc trong mạng lưới để mua thêm thuốc kê toa đối với các loại thuốc Phần D được bao trả.

Một số nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi cung cấp quyền lợi chia sẻ chi phí ưu tiên. Chi phí mà quý vị phải trả có thể ít hơn nếu sử dụng các nhà thuốc này.

Quý vị có thể xem danh bạ nhà cung cấp và nhà thuốc trong chương trình tại trang web của chúng tôi ([www.kelseycareadvantage.com](http://www.kelseycareadvantage.com)). Hoặc gọi cho chúng tôi theo số điện thoại bên trên. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản danh bạ nhà cung cấp và nhà thuốc.

Các nhà cung cấp ngoài mạng lưới/không ký hợp đồng không có nghĩa vụ chữa trị cho thành viên của KelseyCare Advantage, trừ trường hợp cấp cứu. Vui lòng gọi đến số dịch vụ khách hàng của chúng tôi hoặc xem Chứng Thư Bảo Hiểm của quý vị để biết thêm thông tin, bao gồm cả quyền lợi chia sẻ chi phí áp dụng cho các dịch vụ ngoài mạng lưới.

## Chúng tôi bao trả những gì?

Cũng như tất cả các chương trình y tế Medicare, chúng tôi bao trả mọi thứ mà Original Medicare bao trả – và còn *nhiều hơn thế*.

- **Các thành viên trong chương trình của chúng tôi được hưởng *tất cả* các phúc lợi do Original Medicare bao trả. Đối với một số phúc lợi trong chương trình này, quý vị có thể phải thanh toán nhiều hơn so với Original Medicare.** Đối với những phúc lợi khác, quý vị có thể phải trả ít hơn.
- **Các thành viên trong chương trình của chúng tôi cũng được hưởng *nhiều hơn những gì* Original Medicare bao trả.** Một số phúc lợi khác được trình bày trong cẩm nang này.

Chúng tôi bao trả thuốc Phần D. Ngoài ra, chúng tôi bao trả thuốc Phần B như hóa trị liệu và một số thuốc do nhà cung cấp của quý vị phân phối.

- Quý vị có thể xem danh mục thuốc đầy đủ của chương trình (danh sách thuốc theo toa Phần D) và mọi giới hạn trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ [www.kelseycareadvantage.com](http://www.kelseycareadvantage.com).
- Hoặc gọi cho chúng tôi và chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản danh mục.

## Làm thế nào để tôi xác định chi phí thuốc của mình?

Chương trình của chúng tôi nhóm mỗi loại thuốc vào một trong năm “bậc”. Quý vị sẽ cần phải sử dụng danh mục thuốc của mình để xác định loại thuốc của quý vị là thuộc bậc nào nhằm xác định số tiền quý vị sẽ phải chi trả là bao nhiêu. Số tiền mà quý vị thanh toán tùy thuộc vào bậc của thuốc và thời kỳ thụ hưởng mà quý vị đã đạt đến. Ở phần sau trong tài liệu này, chúng tôi sẽ thảo luận về các giai đoạn phúc lợi xảy ra sau khi quý vị đáp ứng khoản khấu trừ của mình: Bao trả ban đầu, gián đoạn bảo hiểm, và bao trả tai ương.

**Phí bảo hiểm hàng tháng, khoản khấu trừ, và các giới hạn về khoản tiền mà quý vị thanh toán cho các dịch vụ được bao trả**

	<b>Rx (HMO)</b>	<b>Rx+Choice (HMO-POS)</b>
<b>Phí bảo hiểm hàng tháng là bao nhiêu?</b>	0\$ mỗi tháng. Ngoài ra, quý vị phải liên tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần B của mình.	77\$ mỗi tháng. Ngoài ra, quý vị phải liên tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần B của mình.
<b>Khoản khấu trừ là bao nhiêu?</b>	50\$ mỗi năm đối với thuốc theo toa Phần D.	
<p><b>Có bất kỳ giới hạn nào về số tiền tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ được bao trả của tôi không?</b></p> <p>(Trách Nhiệm Về Khoản Tự Chi Tối Đa)</p>	<p>Có. Cũng như tất cả các chương trình y tế Medicare, chương trình của chúng tôi bảo vệ quý vị bằng cách đề ra các giới hạn hàng năm về chi phí xuất túi của quý vị cho dịch vụ chăm sóc y tế và bệnh viện.</p> <p>(Các) giới hạn hàng năm của quý vị trong chương trình này:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3.400\$ cho các dịch vụ Phần A và Phần B được bao trả mà quý vị nhận được từ nhà cung cấp trong mạng lưới.</li> </ul> <p>Nếu quý vị đạt đến giới hạn khoản tự chi, quý vị vẫn tiếp tục nhận được các dịch vụ bệnh viện và y tế được bao trả, đồng thời chúng tôi sẽ thanh toán toàn bộ chi phí cho thời gian còn lại trong năm.</p> <p>Vui lòng lưu ý rằng quý vị vẫn sẽ phải thanh toán phí bảo hiểm Phần B hàng tháng và phần chia sẻ chi phí của mình cho thuốc theo toa Phần D của quý vị.</p>	<p>Có. Cũng như tất cả các chương trình y tế Medicare, chương trình của chúng tôi bảo vệ quý vị bằng cách đề ra các giới hạn hàng năm về chi phí xuất túi của quý vị cho dịch vụ chăm sóc y tế và bệnh viện.</p> <p>(Các) giới hạn hàng năm của quý vị trong chương trình này:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3.400\$ cho các dịch vụ Phần A và Phần B được bao trả mà quý vị nhận được từ nhà cung cấp trong mạng lưới.</li> <li>• 10.000\$ cho các dịch vụ Phần A và Phần B được bao trả mà quý vị nhận được từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới.</li> </ul> <p>Nếu quý vị đạt đến giới hạn chi phí xuất túi, quý vị tiếp tục nhận được các dịch vụ bệnh viện và y tế được bao trả và chúng tôi sẽ thanh toán toàn bộ chi phí cho thời gian còn lại trong năm.</p> <p>Vui lòng lưu ý rằng quý vị vẫn sẽ phải thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng và phần đóng góp chi phí của mình cho thuốc kê toa Phần D của quý vị.</p>
<b>Có giới hạn nào về số tiền chương trình sẽ thanh toán không?</b>	Chương trình của chúng tôi có giới hạn bao trả mỗi năm cho các phúc lợi trong mạng lưới nhất định. Xin liên hệ với chúng tôi để biết các dịch vụ áp dụng.	

## Các Phúc Lợi Y Tế và Bệnh Viện Được Bao Trữ

Lưu ý:

- Các dịch vụ có dấu <sup>1</sup> có thể yêu cầu sự cho phép trước.
- Các dịch vụ có dấu <sup>2</sup> có thể yêu cầu giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

	Rx (HMO)	Rx+Choice (HMO-POS)
<b>Bao Trữ Chi Phí Bệnh Viện Nội Trú 1,2</b>	<p>Khoản đồng chi trả cho phúc lợi bệnh viện và cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) dựa theo các thời kỳ thụ hưởng. Thời kỳ thụ hưởng bắt đầu từ ngày quý vị được tiếp nhận là bệnh nhân nội trú và chấm dứt khi quý vị không còn nhận dịch vụ chăm sóc nội trú (hoặc chăm sóc chuyên môn trong SNF) trong vòng 60 ngày liên tiếp. Nếu quý vị vào bệnh viện hoặc SNF sau khi kết thúc một thời kỳ thụ hưởng, thì một thời kỳ thụ hưởng mới sẽ bắt đầu. Quý vị phải thanh toán khoản đồng chi trả bệnh viện nội trú cho từng thời kỳ thụ hưởng. Không có giới hạn về số lượng thời kỳ thụ hưởng.</p> <p>Chương trình của chúng tôi bao trả 90 ngày nằm viện điều trị nội trú.</p> <p>Chương trình của chúng tôi cũng bao trả 60 “ngày dự phòng suốt đời.” Đây là những ngày “thêm” mà chúng tôi bao trả. Nếu thời gian nằm viện của quý vị kéo dài hơn 90 ngày, quý vị có thể sử dụng những ngày thêm này. Nhưng sau khi quý vị sử dụng hết 60 ngày thêm này, khoản bao trả bệnh viện nội trú sẽ bị giới hạn đến 90 ngày.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Đồng chi trả 500\$ mỗi lần lưu trú</li> </ul>	<p>Khoản đồng chi trả cho phúc lợi bệnh viện và cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) dựa trên thời kỳ thụ hưởng. Thời kỳ thụ hưởng bắt đầu từ ngày quý vị được tiếp nhận là bệnh nhân nội trú và chấm dứt khi quý vị không còn nhận dịch vụ chăm sóc nội trú (hoặc chăm sóc chuyên môn trong SNF) trong vòng 60 ngày liên tiếp. Nếu quý vị vào bệnh viện hoặc SNF sau khi kết thúc một thời kỳ thụ hưởng, thì một thời kỳ thụ hưởng mới sẽ bắt đầu. Quý vị phải thanh toán khoản đồng chi trả bệnh viện nội trú cho từng thời kỳ thụ hưởng. Không có giới hạn về số lượng thời kỳ thụ hưởng.</p> <p>Chương trình của chúng tôi bao trả 90 ngày nằm viện điều trị nội trú.</p> <p>Chương trình của chúng tôi cũng bao trả 60 “ngày dự phòng suốt đời.” Đây là những ngày “thêm” mà chúng tôi bao trả. Nếu thời gian nằm viện của quý vị kéo dài hơn 90 ngày, quý vị có thể sử dụng những ngày thêm này. Nhưng sau khi quý vị sử dụng hết 60 ngày thêm này, khoản bao trả bệnh viện nội trú sẽ bị giới hạn đến 90 ngày.</p> <p><u>Trong mạng lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Đồng chi trả 500\$ mỗi lần lưu trú</li> </ul> <p><u>Ngoài mạng lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị phải thanh toán khoản đồng chi trả là \$1.000 mỗi thời kỳ thụ hưởng cho các ngày thứ 1 đến ngày thứ 60</li> <li>• Đồng chi trả 250\$ mỗi ngày từ ngày thứ 61 đến ngày thứ 90</li> <li>• Đồng chi trả 500\$ mỗi ngày từ ngày thứ 91 đến ngày thứ 150</li> </ul>

- Các dịch vụ có dấu <sup>1</sup> có thể yêu cầu sự cho phép trước.
- Các dịch vụ có dấu <sup>2</sup> có thể yêu cầu giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

	Rx (HMO)	Rx+Choice (HMO-POS)
<b>Bao Trả Chi Phí Bệnh Viện Ngoại Trú 1,2</b>	<p>Đồng chi trả 225\$ cho mỗi lần thăm khám tại trung tâm phẫu thuật cấp cứu do Medicare bao trả</p> <p>Đồng chi trả 300\$ cho mỗi lần thăm khám tại cơ sở bệnh viện ngoại trú do Medicare bao trả</p> <p>Đồng chi trả 300\$ cho các dịch vụ bệnh viện ngoại trú khác, ví dụ: hóa trị, nghiên cứu giấc ngủ chẩn đoán hoặc lưu trú để theo dõi</p>	<p>Đồng chi trả 225\$ cho mỗi lần thăm khám tại trung tâm phẫu thuật cấp cứu do Medicare bao trả</p> <p>Đồng chi trả 300\$ cho mỗi lần thăm khám tại cơ sở bệnh viện ngoại trú do Medicare bao trả</p> <p>Đồng chi trả 300\$ cho các dịch vụ bệnh viện ngoại trú khác, ví dụ: hóa trị, nghiên cứu giấc ngủ chẩn đoán hoặc lưu trú để theo dõi</p> <p>Ngoài mạng lưới: Đồng bảo hiểm 20% cho tất cả các dịch vụ bệnh viện ngoại trú do Medicare bao trả</p>
<b>Thăm Khám Bác Sĩ (Các Chuyên Gia và Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính) 1,2</b>	<p>Thăm khám với bác sĩ chăm sóc chính::</p> <p>Đồng chi trả 5\$ cho thăm khám Chuyên Gia:</p> <p>Gia:</p> <p>Đồng chi trả 35\$</p>	<p>Thăm khám với bác sĩ chăm sóc chính:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trong mạng lưới: Đồng chi trả 5\$</li> <li>• Ngoài mạng lưới: 50% chi phí cho thăm khám Chuyên Gia:</li> <li>• Trong mạng lưới: Đồng chi trả 35\$</li> <li>• Ngoài mạng lưới: 20% chi phí</li> </ul>

- Các dịch vụ có dấu <sup>1</sup> có thể yêu cầu sự cho phép trước.
- Các dịch vụ có dấu <sup>2</sup> có thể yêu cầu giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

	Rx (HMO)	Rx+Choice (HMO-POS)
<b>Chăm Sóc Phòng Bệnh</b> (ví dụ: vắc-xin cúm và viêm phổi, khám sàng lọc đại tháo đường, khám sàng lọc ung thư đại trực tràng)	<p>Quý vị không thanh toán bất kỳ khoản nào</p> <p>Các dịch vụ phòng bệnh khác cũng có sẵn.</p> <p>Bất kỳ dịch vụ phòng bệnh bổ sung nào do Medicare chấp thuận trong năm hợp đồng sẽ được bao trả.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trong Mạng Lưới: Quý vị không thanh toán bất kỳ khoản nào</li> <li>Ngoài mạng lưới: 50% chi phí</li> </ul> <p>Các dịch vụ phòng bệnh khác cũng có sẵn.</p> <p>Bất kỳ dịch vụ phòng bệnh bổ sung nào do Medicare chấp thuận trong năm hợp đồng sẽ được bao trả.</p>
<b>Chăm Sóc Cấp Cứu</b>	<p>Đồng chi trả 75\$</p> <p>Nếu quý vị nhập viện trong vòng 3 ngày, quý vị không phải trả phần chia sẻ chi phí cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu. Xem phần “Chăm Sóc Bệnh Nhân Nội Trú” của cẩm nang này để biết các chi phí khác.</p>	
<b>Dịch Vụ Chăm Sóc Khẩn Thiết</b>	<p>Đồng chi trả 50\$</p>	
<b>Dịch Vụ Chẩn Đoán/Xét Nghiệm/Chiếu Chụp 1,2</b>	<p>Dịch vụ x-quang chẩn đoán (như chụp MRI, CT):</p> <p>Đồng chi trả 0\$-150\$, tùy theo dịch vụ</p> <p>Xét nghiệm chẩn đoán và thủ thuật:</p> <p>Đồng chi trả 0\$-25\$, tùy theo dịch vụ</p> <p>Dịch vụ xét nghiệm: Quý vị không thanh toán bất kỳ khoản nào.</p> <p>X-quang ngoại trú: Quý vị không thanh toán bất kỳ khoản nào.</p> <p>Dịch vụ xạ trị chữa bệnh (như điều trị xạ trị bệnh ung thư)</p> <p>Đồng chi trả 50\$</p>	<p>Dịch vụ x-quang chẩn đoán (như chụp MRI, CT):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Trong mạng lưới: Đồng chi trả 0\$-150\$, tùy theo dịch vụ</li> <li>Ngoài mạng lưới: 20% chi phí cho các xét nghiệm và thủ tục Chẩn Đoán:</li> <li>Trong mạng lưới: Đồng chi trả 0\$-25\$, tùy theo dịch vụ</li> <li>Ngoài mạng lưới: 20% chi phí cho các dịch vụ Xét Nghiệm:</li> <li>Trong mạng lưới: Quý vị không thanh toán bất kỳ khoản nào</li> <li>Ngoài mạng lưới: 20% chi phí cho dịch vụ Chụp X-Quang Bệnh Nhân Ngoại Trú:</li> <li>Trong mạng lưới: Quý vị không thanh toán bất kỳ khoản nào</li> <li>Ngoài mạng lưới: 20% chi phí</li> </ul> <p>Dịch vụ xạ trị chữa bệnh (như điều trị xạ trị bệnh ung thư)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Trong mạng lưới: Đồng chi trả 50\$</li> <li>Ngoài mạng lưới: 20% chi phí</li> </ul>

- Các dịch vụ có dấu 1 có thể yêu cầu sự cho phép trước.
- Các dịch vụ có dấu 2 có thể yêu cầu giấy giới thiệu từ bác sỹ của quý vị.



	<b>Rx (HMO)</b>	<b>Rx+Choice (HMO-POS)</b>
<b>Dịch Vụ Về Thính Giác</b> 1,2	<p>Kiểm tra để chẩn đoán và điều trị các vấn đề về thính giác và thăng bằng: Đồng chi trả 35\$</p> <p>Khám kiểm tra thính giác (tối đa 1 lần mỗi năm): Đồng chi trả 35\$</p> <p>Khám kiểm tra thiết bị trợ thính (tối đa 1 lần mỗi năm): Đồng chi trả 35\$</p> <p>Trợ cấp máy trợ thính: Chương trình của chúng tôi thanh toán tối đa 125\$ mỗi năm cho thiết bị trợ thính. Quý vị phải thanh toán mọi khoản tiền vượt quá số tiền cho phép của chương trình này.</p>	<p>Kiểm tra để chẩn đoán và điều trị các vấn đề về thính giác và thăng bằng:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Trong mạng lưới: Đồng chi trả 35\$</li> <li>Ngoài mạng lưới: 20% chi phí</li> </ul> <p>khám kiểm tra thính giác Định Kỳ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Trong mạng lưới: Đồng chi trả 35\$. Quý vị được bao trả tối đa 1 lần mỗi năm.</li> </ul> <p>Khám kiểm tra thiết bị trợ thính (tối đa 1 lần mỗi năm): Đồng chi trả 35\$</p> <p>Trợ cấp máy trợ thính: Chương trình của chúng tôi thanh toán tối đa 75\$ mỗi năm cho thiết bị trợ thính. Quý vị phải thanh toán mọi khoản tiền vượt quá số tiền cho phép của chương trình này.</p>
<b>Dịch Vụ Nha Khoa</b> 1,2	<p>Dịch vụ nha khoa có giới hạn (điều này không bao gồm các dịch vụ liên quan đến chăm sóc, điều trị, trám răng, nhổ răng hoặc thay răng):</p> <p>Đồng chi trả 35\$</p>	<p>Dịch vụ nha khoa có giới hạn (điều này không bao gồm các dịch vụ liên quan đến chăm sóc, điều trị, trám răng, nhổ răng hoặc thay răng):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Trong mạng lưới: Đồng chi trả 35\$</li> <li>Ngoài mạng lưới: 50% chi phí</li> </ul>

<p><b>Các Dịch Vụ Về Thị Giác</b></p>	<p>Khám kiểm tra để chẩn đoán và điều trị các bệnh và chứng bệnh về mắt (bao gồm khám tầm soát bệnh tăng nhãn áp hàng năm): Đồng chi trả 0\$ - 35\$, tùy theo dịch vụ</p> <p>Khám kiểm tra mắt định kỳ (tối đa 1 lần mỗi năm): Quý vị không thanh toán bất kỳ khoản nào</p> <p>Kính áp tròng hoặc kính đeo mắt (tối đa 1 lần mỗi năm): Chương trình của chúng tôi thanh toán tối đa 75\$ mỗi năm cho kính áp tròng hoặc kính đeo mắt (gọng và mắt kính).</p> <p>Quý vị phải thanh toán mọi khoản tiền vượt quá số tiền cho phép của chương trình này.</p> <p>Mắt kính hoặc kính sát tròng sau khi phẫu thuật cườm: Quý vị không thanh toán bất kỳ khoản nào. Sau khi phẫu thuật đục thủy tinh thể, kính đeo mắt hoặc kính áp tròng được bao trả tới 100% theo trợ cấp của Medicare.</p>	<p>Khám kiểm tra để chẩn đoán và điều trị các bệnh và chứng bệnh về mắt (bao gồm khám tầm soát bệnh tăng nhãn áp hàng năm):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trong mạng lưới: Đồng chi trả 0\$ - 35\$, tùy theo dịch vụ</li> <li>• Ngoài mạng lưới: 20% chi phí</li> </ul> <p>khám kiểm tra mắt Định Kỳ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trong mạng lưới: Quý vị không thanh toán bất kỳ khoản nào. Quý vị được bao trả tối đa 1 lần mỗi năm.</li> </ul> <p>Kính áp tròng hoặc kính đeo mắt (tối đa 1 lần mỗi năm):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trong mạng lưới: Chương trình của chúng tôi thanh toán tối đa 75\$ mỗi năm cho kính áp tròng hoặc kính đeo mắt (gọng và mắt kính) từ một nhà cung cấp trong mạng lưới. Quý vị phải thanh toán mọi khoản tiền vượt quá số tiền cho phép của chương trình này.</li> </ul> <p>Mắt kính hoặc kính sát tròng sau khi phẫu thuật cườm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trong mạng lưới: Quý vị không phải trả bất cứ khoản nào, tối đa 100% mức bảo hiểm được Medicare cho phép. Ngoài mạng lưới: 50% chi phí, tối đa bằng mức bảo hiểm được Medicare cho phép.</li> </ul>
---------------------------------------	---	---

	Rx (HMO)	Rx+Choice (HMO-POS)
<b>Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Tâm Thần</b> (bao gồm bệnh nhân nội trú) 1,2	<p>Thăm khám nội trú:</p> <p>Chương trình của chúng tôi bao trả tối đa 190 ngày trọn đời để chăm sóc sức khỏe tâm thần nội trú tại bệnh viện tâm thần. Giới hạn chăm sóc bệnh viện nội trú không áp dụng đối với dịch vụ tâm thần nội trú được cung cấp trong bệnh viện đa khoa.</p> <p>Khoản đồng chi trả cho phúc lợi bệnh viện và cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) dựa theo các thời kỳ thụ hưởng. Thời kỳ thụ hưởng bắt đầu từ ngày quý vị được tiếp nhận là bệnh nhân nội trú và chấm dứt khi quý vị không còn nhận dịch vụ chăm sóc nội trú (hoặc chăm sóc chuyên môn trong SNF) trong vòng 60 ngày liên tiếp. Nếu quý vị vào bệnh viện hoặc SNF sau khi kết thúc một thời kỳ thụ hưởng, thì một thời kỳ thụ hưởng mới sẽ bắt đầu. Quý vị phải thanh toán khoản đồng chi trả bệnh viện nội trú cho từng thời kỳ thụ hưởng. Không có giới hạn về số lượng thời kỳ thụ hưởng.</p> <p>Chương trình của chúng tôi bao trả 90 ngày nằm viện điều trị nội trú.</p>	<p>Thăm khám nội trú:</p> <p>Chương trình của chúng tôi bao trả tối đa 190 ngày trọn đời để chăm sóc sức khỏe tâm thần nội trú tại bệnh viện tâm thần. Giới hạn chăm sóc bệnh viện nội trú không áp dụng đối với dịch vụ tâm thần nội trú được cung cấp trong bệnh viện đa khoa.</p> <p>Khoản đồng chi trả cho phúc lợi bệnh viện và cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) dựa trên thời kỳ thụ hưởng. Thời kỳ thụ hưởng bắt đầu từ ngày quý vị được tiếp nhận là bệnh nhân nội trú và chấm dứt khi quý vị không còn nhận dịch vụ chăm sóc nội trú (hoặc chăm sóc chuyên môn trong SNF) trong vòng 60 ngày liên tiếp. Nếu quý vị vào bệnh viện hoặc SNF sau khi kết thúc một thời kỳ thụ hưởng, thì một thời kỳ thụ hưởng mới sẽ bắt đầu. Quý vị phải thanh toán khoản đồng chi trả bệnh viện nội trú cho từng thời kỳ thụ hưởng. Không có giới hạn về số lượng thời kỳ thụ hưởng</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chương trình của chúng tôi bao trả 90 ngày nằm viện điều trị nội trú.</li> </ul>

- Các dịch vụ có dấu 1 có thể yêu cầu sự cho phép trước.
- Các dịch vụ có dấu 2 có thể yêu cầu giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

	<b>Rx (HMO)</b>	<b>Rx+Choice (HMO-POS)</b>
	<p>Chương trình của chúng tôi cũng bao trả 60 “ngày dự phòng suốt đời.” Đây là những ngày “thêm” mà chúng tôi bao trả. Nếu thời gian nằm viện của quý vị kéo dài hơn 90 ngày, quý vị có thể sử dụng những ngày thêm này. Nhưng sau khi quý vị sử dụng hết 60 ngày thêm này, khoản bao trả bệnh viện nội trú sẽ bị giới hạn đến 90 ngày.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Đồng chi trả 500\$ mỗi lần lưu trú khi thăm khám trị liệu nhóm Bệnh Nhân Ngoại Trú:</li> </ul> <p>Đồng chi trả 20\$</p> <p>Thăm khám trị liệu cá nhân ngoại trú:</p> <p>Đồng chi trả 35\$</p>	<p>Chương trình của chúng tôi cũng bao trả 60 “ngày dự phòng suốt đời.” Đây là những ngày “thêm” mà chúng tôi bao trả. Nếu thời gian nằm viện của quý vị kéo dài hơn 90 ngày, quý vị có thể sử dụng những ngày thêm này. Nhưng sau khi quý vị sử dụng hết 60 ngày thêm này, khoản bao trả bệnh viện nội trú sẽ bị giới hạn đến 90 ngày.</p> <p><u>Trong mạng lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Đồng chi trả 500\$ mỗi lần lưu trú</li> </ul> <p><u>Ngoài mạng lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Đồng chi trả 1.000\$ mỗi lần lưu trú của thời kỳ thụ hưởng cho các ngày thứ 1 đến ngày thứ 60</li> <li>• Đồng chi trả 250\$ mỗi ngày từ ngày thứ 61 đến ngày thứ 90</li> <li>• Đồng chi trả 500\$ mỗi ngày từ ngày thứ 91 đến ngày thứ 150</li> </ul> <p>Thăm khám trị liệu theo nhóm ngoại trú:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trong mạng lưới: Đồng chi trả 20\$</li> <li>• Ngoài mạng lưới: 50% chi phí</li> </ul> <p>Thăm khám trị liệu cá nhân ngoại trú:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trong mạng lưới: Đồng chi trả 35\$</li> <li>• Ngoài mạng lưới: 50% chi phí</li> </ul>
<b>Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Môn (SNF) 1,2</b>	<p>Chương trình của chúng tôi bao trả tối đa 100 ngày tại SNF mỗi thời kỳ thụ hưởng.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị không phải trả tiền mỗi ngày cho các ngày từ 1 đến 20</li> <li>• Đồng chi trả 125\$ mỗi ngày từ ngày thứ 21 đến ngày thứ 100</li> </ul>	<p>Chương trình của chúng tôi bao trả tối đa 100 ngày tại SNF mỗi thời kỳ thụ hưởng.</p> <p><u>Trong mạng lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị không phải trả tiền mỗi ngày cho các ngày từ 1 đến 20</li> <li>• Đồng chi trả 125\$ mỗi ngày từ ngày thứ 21 đến ngày thứ 100</li> </ul> <p><u>Ngoài mạng lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 50% chi phí cho mỗi lần lưu trú</li> </ul>

- Các dịch vụ có dấu <sup>1</sup> có thể yêu cầu sự cho phép trước.
- Các dịch vụ có dấu <sup>2</sup> có thể yêu cầu giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

	<b>Rx (HMO)</b>	<b>Rx+Choice (HMO-POS)</b>
<b>Liệu pháp Vật lý</b>	Thăm khám vật lý trị liệu và trị liệu theo liệu pháp ngôn ngữ: Đồng chi trả 35\$	Thăm khám vật lý trị liệu và trị liệu theo liệu pháp ngôn ngữ: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trong mạng lưới: Đồng chi trả 35\$</li> <li>• Ngoài mạng lưới: 50% chi phí</li> </ul>
<b>Xe Cứu Thương 1</b>	Đồng chi trả 100\$ cho mỗi chuyến một chiều.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trong mạng lưới: Đồng chi trả 100\$ cho mỗi chuyến một chiều.</li> <li>• Ngoài mạng lưới: *50% chi phí</li> </ul> <p>*Áp dụng cho các dịch vụ sử dụng xe cứu thương không phải cấp cứu</p>
<b>Dịch vụ vận chuyển</b>	<p>Quý vị không thanh toán bất kỳ khoản nào.</p> <p>Chương trình này bao gồm 20 chuyến một chiều đối với các địa điểm được chương trình phê duyệt hàng năm. Dịch vụ vận chuyển được giới hạn ở các cuộc hẹn y tế và cơ sở y tế trong khu vực dịch vụ của chương trình.</p> <p>Dịch vụ vận chuyển do KelseyCare Advantage Transportation cung cấp thông qua Circulation Health.</p>	

- Các dịch vụ có dấu <sup>1</sup> có thể yêu cầu sự cho phép trước.
- Các dịch vụ có dấu <sup>2</sup> có thể yêu cầu giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

	<b>Rx (HMO)</b>	<b>Rx+Choice (HMO-POS)</b>
<b>Thuốc Medicare Phần B</b>	<p>Đối với thuốc Phần B như thuốc hóa trị liệu<sup>1</sup>:</p> <p>20% chi phí</p> <p>Các thuốc<sup>1</sup> khác của Phần B:</p> <p>20% chi phí</p>	<p>Đối với thuốc Phần B như thuốc hóa trị liệu<sup>1</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trong mạng lưới: 20% chi phí</li> <li>• Ngoài mạng lưới: 20% chi phí</li> </ul> <p>đối với thuốc<sup>1</sup> Khác của Phần B:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trong mạng lưới: 20% chi phí</li> <li>• Ngoài mạng lưới: 20% chi phí</li> </ul>
<b>Chăm Sóc Bàn Chân</b> ( <i>dịch vụ điều trị bệnh về chân</i> ) 1,2	<p>Kiểm tra và điều trị bàn chân nếu quý vị có thương tổn thần kinh liên quan đến bệnh tiểu đường và/hoặc đáp ứng các điều kiện nhất định:</p> <p>Đồng chi trả 35\$</p>	<p>Kiểm tra và điều trị bàn chân nếu quý vị có thương tổn thần kinh liên quan đến bệnh tiểu đường và/hoặc đáp ứng các điều kiện nhất định:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trong mạng lưới: Đồng chi trả 35\$</li> <li>• Ngoài mạng lưới: 20% chi phí</li> </ul>

<p><b>Thiết Bị/Vật Tư Y Tế</b> (Thiết bị y tế lâu bền, vật tư y tế cho bệnh tiểu đường, bộ phận giả và vật tư y tế liên quan) 1</p>	<p>20% chi phí</p> <p>Nguồn tiếp liệu theo dõi bệnh tiểu đường:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị không phải trả tiền cho thiết bị đo và que xét nghiệm nếu quý vị sử dụng thương hiệu ưu tiên (Roche và LifeScan).</li> <li>• Quý vị không phải trả tiền cho các thiết bị chích máu, đầu trích máu và các giải pháp kiểm soát.</li> <li>• Các nhãn hiệu vật tư y tế không được ưu tiên cho bệnh tiểu đường (bao gồm cả thiết bị đo và que xét nghiệm) sẽ không được bao trả.</li> </ul> <p>Giày trị liệu hoặc vật chèn giày: 20% chi phí</p> <p>Bộ phận giả: 20% chi phí</p> <p>Vật dụng y tế liên quan: 20% chi phí</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trong mạng lưới: 20% chi phí</li> <li>• Ngoài mạng lưới: 50% chi phí</li> </ul> <p>cho các vật tư y tế kiểm soát bệnh Tiểu Đường:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị không phải trả tiền cho thiết bị đo và que xét nghiệm nếu quý vị sử dụng thương hiệu ưu tiên (Roche và LifeScan).</li> <li>• Quý vị không phải trả tiền cho các thiết bị chích máu, đầu trích máu và các giải pháp kiểm soát.</li> <li>• Các nhãn hiệu vật tư y tế không được ưu tiên cho bệnh tiểu đường (bao gồm cả thiết bị đo và que xét nghiệm) sẽ không được bao trả.</li> <li>• Ngoài mạng lưới: 50% chi phí (ngay cả khi sử dụng các thương hiệu ưu tiên)</li> </ul> <p>Giày trị liệu hoặc vật chèn giày:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trong mạng lưới: 20% chi phí</li> <li>• Ngoài mạng lưới: 50% chi phí</li> </ul> <p>cho các bộ phận Giả:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trong mạng lưới: 20% chi phí</li> <li>• Ngoài mạng lưới: 50% chi phí</li> </ul> <p>cho các vật tư y tế Liên Quan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trong mạng lưới: 20% chi phí</li> <li>• Ngoài mạng lưới: 50% chi phí</li> </ul>
---	---	---

	Rx (HMO)	Rx+Choice (HMO-POS)
<b>Chương Trình Rèn Luyện Thể Chất</b> (ví dụ như tập thể dục)	Chương Trình Rèn Luyện Thể Chất SilverSneakers® – Quyền thành viên cơ bản của trung tâm thể dục bao gồm các lớp rèn luyện thể chất.	
<b>Châm Cứu và Các Liệu Pháp Thay Thế Khác</b>	Không được bao trả	
<b>Chăm Sóc Chỉnh Nắn Cột Sống 1,2</b>	Thao tác chỉnh nắn cột sống để chỉnh sửa trật khớp (khi 1 hoặc nhiều xương sống của cột sống bị trật khỏi vị trí): Đồng chi trả 20\$	Thao tác chỉnh nắn cột sống để chỉnh sửa trật khớp (khi 1 hoặc nhiều xương sống của cột sống bị trật khỏi vị trí): • Trong mạng lưới: Đồng chi trả 20\$ • Ngoài mạng lưới: 20% chi phí
<b>Đào Tạo Tự Kiểm Soát Tiểu Đường 1,2</b>	Đào tạo tự kiểm soát tiểu đường: Quý vị không thanh toán bất kỳ khoản nào.	Đào tạo tự kiểm soát tiểu đường: • Trong mạng lưới: Quý vị không thanh toán bất kỳ khoản nào • Ngoài mạng lưới: 50% chi phí
<b>Chăm Sóc Sức Khỏe Tại Nhà 1,2</b>	Đồng chi trả 10\$	• Trong mạng lưới: Đồng chi trả 10\$ • Ngoài mạng lưới: 50% chi phí
<b>Viện Chăm sóc Cuối đời</b>	Quý vị không thanh toán bất kỳ khoản nào để được chăm sóc cuối đời từ bệnh viện cho người hấp hối được Medicare chứng nhận. Quý vị có thể phải thanh toán một phần chi phí thuốc và chăm sóc thay thế. Chăm sóc cuối đời được bao trả bên ngoài chương trình của chúng tôi. Vui lòng liên hệ với chúng tôi để biết thêm chi tiết.	
<b>Lạm Dụng Thuốc Dành Cho Bệnh Nhân Ngoại Trú 1,2</b>	Thăm khám trị liệu theo nhóm: Đồng chi trả 20\$ Thăm khám trị liệu cá nhân: Đồng chi trả 35\$	Thăm khám trị liệu theo nhóm: • Trong mạng lưới: Đồng chi trả 20\$ • Ngoài mạng lưới: 50% chi phí cho thăm khám trị liệu Cá Nhân: • Trong mạng lưới: Đồng chi trả 35\$ • Ngoài mạng lưới: 50% chi phí
<b>Phẫu Thuật Dành Cho Bệnh Nhân Ngoại Trú 1,2</b>	Trung tâm phẫu thuật ngoại chấn: Đồng chi trả 225\$ cho bệnh viện Ngoại Trú: Đồng chi trả 300\$	Trung tâm phẫu thuật ngoại chấn: • Trong mạng lưới: Đồng chi trả 225\$ • Ngoài mạng lưới: 20% chi phí cho bệnh viện Ngoại Trú: • Trong mạng lưới: Đồng chi trả 300\$ • Ngoài mạng lưới: 20% chi phí

- Các dịch vụ có dấu 1 có thể yêu cầu sự cho phép trước.
- Các dịch vụ có dấu 2 có thể yêu cầu giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.



	Rx (HMO)	Rx+Choice (HMO-POS)
<b>Các vật dụng mua tự do không</b>	Không được bao trả	
<b>Lọc Thận 1,2</b>	Đồng chi trả 25\$	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trong mạng lưới: Đồng chi trả 25\$</li> <li>Ngoài mạng lưới: *50% chi phí</li> </ul> <p>*Áp dụng cho dịch vụ lọc thận ngoài mạng lưới trong khu vực dịch vụ</p>
<b>Khám Bệnh Từ Xa</b>	<p>Thăm Khám Qua Mạng và Thăm Khám Qua Video là phúc lợi được bao trả cho các bác sĩ chăm sóc chính và chuyên khoa của chương trình Kelsey-Seybold.</p> <p>Thăm khám qua mạng</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Thăm khám PCP: Đồng chi trả 0\$</li> <li>Thăm khám chuyên khoa: Đồng chi trả 25\$ cho thăm khám qua Video</li> <li>Thăm khám PCP: Đồng chi trả 0\$</li> <li>Thăm khám chuyên khoa: Đồng chi trả 35\$</li> </ul>	<p>Thăm Khám Qua Mạng và Thăm Khám Qua Video là phúc lợi được bao trả cho các bác sĩ chăm sóc chính và chuyên khoa của chương trình Kelsey-Seybold.</p> <p>Thăm khám qua mạng</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Thăm khám PCP: Đồng chi trả 0\$</li> <li>Thăm khám chuyên khoa: Đồng chi trả 25\$ cho thăm khám qua Video</li> <li>Thăm khám PCP: Đồng chi trả 0\$</li> <li>Thăm khám chuyên khoa: Đồng chi trả 35\$</li> </ul>
<b>Phục Hồi Chức Năng Cho Bệnh Nhân Ngoại Trú 1,2</b>	<p>Dịch vụ phục hồi tim (tối đa 2 buổi mỗi ngày, mỗi buổi một giờ, tối đa là 36 buổi trong 36 tuần):</p> <p>Đồng chi trả 35\$</p> <p>Thăm khám trị liệu theo liệu pháp hướng nghiệp:</p> <p>Đồng chi trả 35\$</p>	<p>Dịch vụ phục hồi tim (tối đa 2 buổi mỗi ngày, mỗi buổi một giờ, tối đa là 36 buổi trong 36 tuần):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Trong mạng lưới: Đồng chi trả 35\$</li> <li>Ngoài mạng lưới: 50% chi phí cho thăm khám trị liệu Nghề Nghiệp:</li> <li>Trong mạng lưới: Đồng chi trả 35\$</li> <li>Ngoài mạng lưới: 50% chi phí</li> </ul>

- Các dịch vụ có dấu <sup>1</sup> có thể yêu cầu sự cho phép trước.
- Các dịch vụ có dấu <sup>2</sup> có thể yêu cầu giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

**Bao Trả  
Ban Đầu**

Sau khi quý vị thanh toán khoản khấu trừ hàng năm của mình, quý vị sẽ thanh toán các khoản sau đây cho đến khi tổng chi phí thuốc hàng năm của quý vị đạt 3.820\$. Tổng chi phí thuốc hàng năm là tổng chi phí thuốc do quý vị và chương trình Phần D thanh toán.

Quý vị có thể nhận thuốc tại các nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới.

**Mức Chia Sẻ Chi Phí Thuốc Bán Lẻ Tiêu Chuẩn**

<b>Bậc</b>	<b>Lượng thuốc cấp đủ cho một tháng</b>	<b>Lượng thuốc cấp đủ cho ba tháng</b>
Bậc 1 (Thuốc Thế Phẩm Ưu Tiên)	Đồng chi trả 8\$	Đồng chi trả 24\$
Bậc 2 (Thuốc Thế Phẩm)	Đồng chi trả 20\$	Đồng chi trả 60\$
Bậc 3 (Thuốc Biệt Dược Ưu Tiên)	Đồng chi trả 45\$	Đồng chi trả 135\$
Bậc 4 (Thuốc Biệt Dược Không Ưu Tiên)	Đồng chi trả 70\$	Đồng chi trả 210\$
Bậc 5 (Thuốc Bậc Đặc Trị)	32% chi phí	Không có lượng thuốc cấp dài hạn cho các thuốc Đặc Trị Bậc 5.

**Mức Chia Sẻ Chi Phí Thuốc Bán Lẻ Ưu Tiên**

<b>Bậc</b>	<b>Lượng thuốc cấp đủ cho một tháng</b>	<b>Lượng thuốc cấp đủ cho ba tháng</b>
Bậc 1 (Thuốc Thế Phẩm Ưu Tiên)	Đồng chi trả 3\$	Đồng chi trả 7,50\$
Bậc 2 (Thuốc Thế Phẩm)	Đồng chi trả 17\$	Đồng chi trả 42,50\$
Bậc 3 (Thuốc Biệt Dược Ưu Tiên)	Đồng chi trả 40\$	Đồng chi trả 100\$
Bậc 4 (Thuốc Biệt Dược Không Ưu Tiên)	Đồng chi trả 60\$	Đồng chi trả 150\$
Bậc 5 (Thuốc Bậc Đặc Trị)	32% chi phí	Không có lượng thuốc cấp dài hạn cho các thuốc Đặc Trị Bậc 5.

Nếu quý vị lưu trú trong cơ sở chăm sóc dài hạn, quý vị sẽ thanh toán khoản tiền tương tự như tại nhà thuốc bán lẻ.

Quý vị có thể nhận thuốc từ nhà thuốc ngoài mạng lưới, nhưng quý vị có thể phải thanh toán nhiều hơn so với thuốc tại nhà thuốc trong mạng lưới.

## Bao trả Khoảng Trống Bảo Hiểm

Hầu hết các chương trình bảo hiểm thuốc của Medicare đều có khoảng trống bảo hiểm (hay còn được gọi là “tạm ngừng bảo trả thuốc”). Điều này có nghĩa là có sự thay đổi tạm thời về số tiền bạn sẽ trả cho thuốc của mình. Khoảng trống bảo hiểm bắt đầu sau khi tổng chi phí thuốc hàng năm (bao gồm những gì chương trình của chúng tôi đã thanh toán và số tiền quý vị đã thanh toán) đạt 3.820\$.

Trong giai đoạn khoảng trống bảo hiểm, quý vị sẽ thanh toán 25% chi phí của chương trình cho thuốc biệt dược được bao trả và 37% chi phí của chương trình cho thuốc thể phẩm được bao trả cho đến khi tổng chi phí của quý vị là 5.100\$. Sau khi đạt đến mức này, quý vị sẽ kết thúc giai đoạn khoảng trống bảo hiểm. Không phải ai cũng trải qua giai đoạn khoảng trống bảo hiểm.

Theo chương trình này, quý vị thậm chí còn có thể phải trả ít hơn cho thuốc biệt dược và thuốc thể phẩm trong danh mục thuốc. Chi phí của quý vị sẽ thay đổi theo bậc. Quý vị sẽ cần sử dụng danh mục thuốc để tìm bậc thuốc. Hãy xem biểu đồ sau để biết quý vị sẽ mất bao nhiêu tiền.

### Mức Chia Sẻ Chi Phí Thuốc Bán Lẻ Tiêu Chuẩn

Bậc	Thuốc Được Bao Trả	Lượng thuốc cấp đủ cho một tháng	Lượng thuốc cấp đủ cho ba tháng
Bậc 1 (Thuốc Thể Phẩm Ưu Tiên)	Tất cả	Đồng chi trả 8\$	Đồng chi trả 24\$

### Mức Chia Sẻ Chi Phí Thuốc Bán Lẻ Ưu Tiên

Bậc	Thuốc Được Bao Trả	Lượng thuốc cấp đủ cho một tháng	Lượng thuốc cấp đủ cho ba tháng
Bậc 1 (Thuốc Thể Phẩm Ưu Tiên)	Tất cả	Đồng chi trả 3\$	Đồng chi trả 7,50\$

## Bao Trả Tai Ương

Sau khi chi phí thuốc tự trả hàng năm của quý vị (bao gồm thuốc mua qua nhà thuốc bán lẻ của quý vị và đặt hàng mua qua đường bưu điện) đạt đến 5.100\$, quý vị phải trả một trong các khoản sau, tùy theo khoản nào lớn hơn:

- 5% chi phí, hoặc
- Khoản đồng chi trả 3,4\$ cho thuốc thể phẩm (bao gồm thuốc biệt dược được coi là thuốc thể phẩm) và khoản đồng chi trả 8,5\$ cho tất cả các loại thuốc khác.

## **Phân Biệt Đối Xử là Trái Với Pháp Luật**

KelseyCare Advantage tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa vào chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính. KelseyCare Advantage không loại trừ bất kỳ ai hay đối xử khác biệt với họ vì chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật, hay giới tính.

KelseyCare Advantage:

- Cung cấp sự hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để giúp họ trao đổi thông tin với chúng tôi một cách hiệu quả, như:
  - Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đủ trình độ
  - Thông tin viết dưới định dạng khác (bản in lớn, âm thanh, định dạng điện tử có thể truy cập, các định dạng khác)
- Cung cấp dịch vụ miễn phí về ngôn ngữ cho người không sử dụng Tiếng Anh là ngôn ngữ chính, như:
  - Thông dịch viên đạt tiêu chuẩn
  - Thông tin được viết bằng ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần các dịch vụ này, hãy liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên KelseyCare Advantage. Nếu quý vị cho rằng KelseyCare Advantage đã không thể cung cấp các dịch vụ này hoặc đã đối xử phân biệt với quý vị dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính, thì quý vị có thể nộp đơn khiếu nại đến: KelseyCare Advantage, Attn: Grievance Department, 11511 Shadow Creek Parkway, Pearland, TX 77584, 1-866-535- 8343, TTY 1-866-302-9336, Fax 713-442-9536 Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại trực tiếp tại văn phòng, qua điện thoại, qua thư hoặc qua fax. Nếu quý vị cần trợ giúp trong việc khiếu nại, thì bộ phận Dịch Vụ Thành Viên KelseyCare Advantage sẽ hỗ trợ quý vị.

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về quyền công dân tới Bộ Y Tế và Dịch Vụ Dân Sinh Hoa Kỳ, Văn Phòng Đặc Trách Dân Quyền bằng hình thức điện tử qua Cổng Khiếu Nại của Văn Phòng Đặc Trách Dân Quyền tại địa chỉ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, hoặc bằng cách gửi thư hay gọi điện thoại tới: U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD) Mẫu đơn khiếu nại có tại <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## Dịch Vụ Thành Viên KelseyCare Advantage

Cách thức	Dịch Vụ Thành Viên - Thông Tin Liên Lạc	
<b>Gọi</b>	<p><b>1-866-535-8343</b></p> <p>Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ số điện thoại bộ phận Dịch Vụ Thành Viên: 713-442-CARE (2273) hoặc số điện thoại miễn phí: 1-866-535-8343.</p> <p>Từ ngày 01 tháng 10 đến hết ngày 30 tháng 03, giờ làm việc là 8:00 sáng đến 8:00 chiều, bảy ngày một tuần. Trong dịp Lễ Tạ Ơn và Ngày Giáng sinh, các cuộc gọi được xử lý bởi hệ thống thư thoại của chúng tôi. Từ ngày 01 tháng 04 đến hết ngày 30 tháng 09, giờ làm việc là 8:00 sáng đến 8:00 chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu. Vào Thứ Bảy, Chủ Nhật và ngày nghỉ lễ, các cuộc gọi được xử lý bởi hệ thống thư thoại của chúng tôi.</p> <p>Dịch Vụ Thành Viên cũng có sẵn các dịch vụ phiên dịch ngôn ngữ miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.</p>	
<b>TTY</b>	<p><b>1-866-302-9336</b> - Số điện thoại này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người có khó khăn với việc nghe hoặc nói.</p> <p>Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Từ ngày 01 tháng 10 đến hết ngày 30 tháng 03, giờ làm việc là 8:00 sáng đến 8:00 chiều, bảy ngày một tuần. Trong dịp Lễ Tạ Ơn và Ngày Giáng sinh, các cuộc gọi được xử lý bởi hệ thống thư thoại của chúng tôi. Từ ngày 01 tháng 04 đến hết ngày 30 tháng 09, giờ làm việc là 8:00 sáng đến 8:00 chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu. Vào Thứ Bảy, Chủ Nhật và ngày nghỉ lễ, các cuộc gọi được xử lý bởi hệ thống thư thoại của chúng tôi. Dịch Vụ Thành Viên cũng có sẵn các dịch vụ phiên dịch ngôn ngữ miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.</p>	
<b>Fax</b>	713-442-5450	
<b>Write (Ghi)</b>	<p>KelseyCare Advantage            Gửi: Dịch Vụ Thành Viên            11511 Shadow Creek Parkway            Pearland, TX 77584</p>	<p>- HOẶC -</p> <p>P.O. Box 841569            Pearland, TX 77584-9832</p>
<b>Trang web</b>	www.kelseycareadvantage.com	

