



Ngày 1 tháng 1 – 31 tháng 12 năm 2026

Chứng Từ Bảo Hiểm năm 2026:

Các Quyền Lợi, Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe và Bảo Hiểm Thuốc Medicare của quý vị với tư cách là Hội Viên của Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP)

Tài liệu này cung cấp chi tiết về phạm vi chi trả y tế và thuốc của quý vị theo Medicare và Chương trình Med-QUEST Division của Hawaii (Medicaid) từ 1 tháng 1 – 31 tháng 12 năm 2026. **Đây là một tài liệu pháp lý quan trọng. Hãy cất sổ tay này ở nơi an toàn.**

Tài liệu này sẽ giải thích các quyền lợi và quyền của quý vị. Sử dụng tài liệu này để tìm hiểu:

- Phí bảo hiểm và mức chia sẻ chi phí chương trình của chúng tôi
- Quyền lợi y tế và thuốc của chúng tôi
- Cách nộp đơn khiếu nại nếu quý vị không hài lòng với dịch vụ hoặc cách điều trị
- Cách liên hệ với chúng tôi
- Các biện pháp bảo vệ khác theo yêu cầu của luật Medicare

Nếu có câu hỏi về tài liệu này, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262. (Người sử dụng TTY xin gọi số 711). Giờ làm việc: Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi này được miễn phí.

Chương trình này, Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP), do Wellcare Health Insurance Of Arizona, Inc. (Wellcare By 'Ohana Health Plan) cung cấp (Khi *Chứng từ Bảo hiểm* này dùng “chúng tôi”, “ta”, hoặc “của chúng tôi” thì có nghĩa là Wellcare Health Insurance Of Arizona, Inc. (Wellcare By 'Ohana Health Plan). Khi dùng “chương trình” hay “chương trình của chúng tôi” thì có nghĩa là Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP).)

Tài liệu này được cung cấp miễn phí bằng tiếng Trung, Hàn, H'Mông, Tagalog, Lào, Campuchia/Khmer, Việt, Hawaii, Nhật, Karen, Samoa, Thái, Thổ Nhĩ Kỳ, Uzbek, Ilocano và Miến Điện. Chúng tôi phải cung cấp thông tin theo cách phù hợp với quý vị (bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, bằng chữ nổi braille, bằng âm thanh, bản in cỡ chữ lớn hoặc các định dạng thay thế khác, v.v.). Vui lòng gọi bộ phận Dịch Vụ Hội Viên nếu quý vị cần thông tin chương trình ở định dạng khác.

OMB Approval 0938-1051
(Expires: August 31, 2026)
4676378_HI6ZSPEOCVIE_M_0001
H9916001000

Quyền lợi và/hoặc đồng thanh toán/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 năm 2027. Danh Phần dược phẩm, mạng lưới nhà thuốc, và/hoặc mạng lưới cơ sở y tế của chúng tôi có thể thay đổi bất cứ lúc nào. Quý vị sẽ nhận được thông báo về bất kỳ thay đổi nào có thể ảnh hưởng đến quý vị trước ít nhất 30 ngày.

‘Ohana Health Plan, một chương trình do WellCare Health Insurance of Arizona, Inc. cung cấp.

Dựa trên đánh giá Mô Hình Chăm Sóc, Wellcare ‘Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) đã được Ủy Ban Bảo Đảm Chất Lượng Quốc Gia (NCQA) phê duyệt để thực hiện Chương trình Nhu cầu Đặc biệt (SNP) trong suốt năm 2028.

Mục Lục

Mục Lục

CHƯƠNG 1: Bắt đầu với tư cách là hội viên	5
PHẦN 1	Quý vị là thành viên của Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) . 5
PHẦN 2	Các yêu cầu về khả năng hội đủ điều kiện của chương trình 6
PHẦN 3	Tài liệu quan trọng dành cho hội viên..... 8
PHẦN 4	Tóm Tắt Các Chi Phí Quan Trọng cho năm 2026 11
PHẦN 5	Thông tin bổ sung về phí bảo hiểm hàng tháng 15
PHẦN 6	Luôn cập nhật hồ sơ hội viên chương trình..... 15
PHẦN 7	Cách thức các chương trình bảo hiểm khác kết hợp với chương trình chúng tôi 16
CHƯƠNG 2: Các số điện thoại và nguồn lực	18
PHẦN 1	Đầu mối liên hệ chương trình của chúng tôi 18
PHẦN 2	Nhận trợ giúp từ Medicare..... 23
PHẦN 3	Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang..... 24
PHẦN 4	Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (QIO)..... 25
PHẦN 5	An Sinh Xã Hội..... 26
PHẦN 6	Medicaid 27
PHẦN 7	Chương trình trợ giúp thanh toán thuốc kê đơn..... 29
PHẦN 8	Ủy Ban Hưu Trí Ngành Hỏa Xa (RRB) 31
PHẦN 9	Nếu quý vị có bảo hiểm theo nhóm hoặc bảo hiểm y tế nào khác từ hãng sở..... 32
CHƯƠNG 3: Sử dụng chương trình cho dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị.....	33
PHẦN 1	Cách nhận dịch vụ chăm sóc y tế và các dịch vụ khác với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi 33
PHẦN 2	Sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình để nhận dịch vụ chăm sóc y tế và các dịch vụ khác..... 35
PHẦN 3	Cách nhận dịch vụ trong trường hợp cấp cứu, có thảm họa hoặc cần được

Mục Lục

	chăm sóc khẩn cấp	40
PHẦN 4	Nếu quý vị bị lập hóa đơn trực tiếp cho toàn bộ chi phí của các dịch vụ được đài thọ thì sao?	43
PHẦN 5	Dịch vụ y tế trong nghiên cứu khảo sát lâm sàng	43
PHẦN 6	Các quy tắc về việc nhận dịch vụ chăm sóc tại cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế	45
PHẦN 7	Quy tắc về việc sở hữu các thiết bị y tế lâu bền	46
CHƯƠNG 4: Biểu đồ Quyền lợi Y tế (quyền lợi được chi trả)		48
PHẦN 1	Hiểu rõ về những dịch vụ được bao trả	48
PHẦN 2	Bảng Quyền Lợi Y Tế trình bày các quyền lợi và chi phí y tế của quý vị ..	49
PHẦN 3	Các dịch vụ được chi trả ngoài <i>chương trình</i>	105
PHẦN 4	Các dịch vụ không được chương trình của chúng tôi bao trả (trường hợp loại trừ)	106
CHƯƠNG 5: Sử dụng bảo hiểm chương trình cho thuốc Phần D		109
PHẦN 1	Các quy định cơ bản của chương trình về bảo hiểm thuốc Phần	109
PHẦN 2	Mua thuốc theo toa tại nhà thuốc trong mạng lưới hoặc qua dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện của chương trình chúng tôi	110
PHẦN 3	Thuốc của quý vị phải thuộc Danh Sách Thuốc của chương trình	115
PHẦN 4	Thuốc có giới hạn bao trả	117
PHẦN 5	Quý vị có thể làm gì nếu một trong các loại thuốc của quý vị không được bao trả theo cách quý vị mong muốn	118
PHẦN 6	Danh Sách Thuốc của chúng tôi có thể thay đổi trong năm	120
PHẦN 7	Các loại thuốc chúng tôi không bao trả	122
PHẦN 8	Cách mua thuốc kê đơn	123
PHẦN 9	Bảo hiểm thuốc Phần D trong một số trường hợp đặc biệt	124
PHẦN 10	Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc	125
PHẦN 11	Bản Giải Thích Quyền Lợi <i>Phần D</i> giải thích quý vị đang ở giai đoạn thanh toán nào	128

Mục Lục

CHƯƠNG 6: Số tiền quý vị chi trả cho thuốc Phần D..... 130

CHƯƠNG 7: Yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn cho dịch vụ y tế hoặc thuốc được chi trả..... 131

PHẦN 1	Những trường hợp quý vị nên yêu cầu chúng tôi thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc được bao trả của quý vị	131
PHẦN 2	Cách yêu cầu chúng tôi trả tiền lại cho quý vị hoặc thanh toán một hóa đơn quý vị nhận được	134
PHẦN 3	Chúng tôi sẽ cân nhắc yêu cầu thanh toán của quý vị và tuyên bố đồng ý hay không	136

CHƯƠNG 8: Quyền và trách nhiệm của quý vị 137

PHẦN 1	Chương trình của chúng tôi phải tôn trọng các quyền và sự khác biệt về văn hóa của quý vị	137
PHẦN 2	Trách nhiệm của quý vị với tư cách là hội viên chương trình của chúng tôi	158

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)..... 160

PHẦN 1	Điều cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có quan ngại.....	160
PHẦN 2	Nơi nhận thêm thông tin và trợ giúp cá nhân	160
PHẦN 3	Hiểu rõ về các khiếu nại và kháng cáo của Chương Trình Med-QUEST Division Program (Medicaid) của Medicare và Hawaii trong chương trình của chúng tôi	161
PHẦN 4	Quy trình áp dụng để xử lý vấn đề của quý vị	162
PHẦN 5	Hướng dẫn về các quyết định bảo hiểm và kháng cáo.....	162
PHẦN 6	Dịch vụ chăm sóc y tế: Cách yêu cầu một quyết định mức bảo hiểm hoặc nộp đơn kháng cáo	165
PHẦN 7	Thuốc Phần D: Cách yêu cầu một quyết định mức bảo hiểm hoặc nộp đơn kháng cáo.....	176
PHẦN 8	Cách yêu cầu chúng tôi bao trả cho thời gian nằm viện điều trị nội trú kéo dài nếu quý vị cho rằng quý vị được cho xuất viện quá sớm	186
PHẦN 9	Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả một số dịch vụ y tế nếu quý vị cho rằng bảo hiểm của quý vị kết thúc quá sớm	190

Mục Lục

PHẦN 10	Tiếp tục chuyển đơn kháng cáo của quý vị lên Cấp 3, 4 và 5	194
PHẦN 11	Cách nộp đơn khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ, dịch vụ khách hàng hoặc các quan tâm khác	198

CHƯƠNG 10: Chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi..... 203

PHẦN 1	Chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi	203
PHẦN 2	Khi nào quý vị có thể chấm dứt tham gia chương trình của chúng tôi với tư cách hội viên?	203
PHẦN 3	Cách chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi.....	207
PHẦN 4	Cho tới khi ngưng là hội viên, quý vị phải tiếp tục nhận các vật phẩm y tế, dịch vụ và thuốc qua chương trình của chúng tôi.....	208
PHẦN 5	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) phải chấm dứt tư cách thành viên chương trình của chúng tôi trong một số tình huống.....	209

CHƯƠNG 11: Thông báo pháp lý..... 211

PHẦN 1	Thông báo về luật quy định	211
PHẦN 2	Thông báo về việc không phân biệt đối xử	211
PHẦN 3	Thông báo về quyền thay thế của Người Phụ Trả Tiền cho Medicare....	211
PHẦN 4	Thu hồi quyền lợi chương trình của chúng tôi đã thanh toán theo chương trình Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) của quý vị.....	212
PHẦN 5	Thẻ hội viên.....	214
PHẦN 6	Cộng sự viên làm việc độc lập.....	214
PHẦN 7	Gian lận trong chương trình chăm sóc sức khỏe.....	215
PHẦN 8	Các trường hợp nằm ngoài kiểm soát của chương trình	215

CHƯƠNG 12: Định Nghĩa 216

Chương 1 Bắt đầu với tư cách là hội viên

CHƯƠNG 1: Bắt đầu với tư cách là hội viên

PHẦN 1 Quý vị là thành viên của Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)

Phần 1.1 Quý vị ghi danh trong Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP), là một Chương trình Dành cho Đối tượng Đặc biệt của Medicare

Quý vị được bao trả bởi cả Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Medicare và Hawaii:

- **Medicare** là một chương trình bảo hiểm y tế Liên Bang dành cho những người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi bị khuyết tật và những người mắc bệnh thận giai đoạn cuối (chứng suy thận).
- **Medicaid** là chương trình kết hợp của chính phủ Liên Bang và tiểu bang để giúp hỗ trợ chi phí y tế cho một số người nhất định có thu nhập và nguồn lực hạn chế. Bảo hiểm Medicaid khác nhau tùy theo mỗi tiểu bang và loại bảo hiểm Medicaid mà quý vị có. Một số người có bảo hiểm Medicaid có thể được giúp trả phí bảo hiểm của Medicare và những chi phí khác. Những người khác cũng được nhận bảo hiểm cho các dịch vụ và thuốc bổ sung không được Medicare bao trả.

Quý vị đã lựa chọn nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của Medicare và Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii và bảo hiểm thuốc của mình thông qua chương trình của chúng tôi, Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP). Chương trình của chúng tôi bao trả tất cả các dịch vụ Phần A và Phần B. Tuy nhiên, việc chia sẻ chi phí và tiếp cận nhà cung cấp trong chương trình của chúng tôi khác với Original Medicare.

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) là một Chương Trình Medicare Advantage chuyên biệt (Chương trình Nhu cầu Đặc biệt của Medicare), nghĩa là các quyền lợi của chương trình này được thiết kế cho những người có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt. Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) được thiết kế cho những người có Medicare và đủ điều kiện nhận hỗ trợ từ Chương trình Med-QUEST Division Hawaii (Medicaid).

Vì quý vị được hỗ trợ từ Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii với chia sẻ chi phí Medicare Part A và B (các khoản khấu trừ, đồng thanh toán và đồng bảo hiểm), quý vị có thể không phải thanh toán gì cho các dịch vụ Medicare của mình. Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii cũng có thể cung cấp các quyền lợi khác bằng cách bao trả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe thường không được Medicare bao trả. Quý vị cũng sẽ nhận Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help) từ Medicare để chi trả cho các chi phí thuốc Medicare của quý vị. Chương trình của chúng tôi sẽ giúp quản lý tất cả các quyền lợi này cho quý vị để quý vị có thể nhận các

Chương 1 Bắt đầu với tư cách là hội viên

dịch vụ sức khỏe và hỗ trợ thanh toán mà quý vị được quyền nhận.

Chương trình của chúng tôi được điều hành bởi một công ty tư nhân. Giống như tất cả các Chương Trình Medicare Advantage, Chương trình Nhu cầu Đặc biệt của Medicare này do Medicare phê duyệt. Chương trình của chúng tôi còn có hợp đồng với Chương trình Medicaid của Hawaii để điều phối quyền lợi Chương trình Med-QUEST Division của Hawaii (Medicaid) của quý vị. Chúng tôi rất hân hạnh cung cấp bảo hiểm Medicare và Chương trình Med-QUEST Division Program (Medicaid) của Hawaii, bao gồm cả bảo hiểm thuốc.

Phần 1.2 Thông tin pháp lý về *Chứng Từ Bảo Hiểm*

Tài liệu *Chứng Từ Bảo Hiểm* này là một phần của hợp đồng của chúng tôi với quý vị về cách thức mà chương trình bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Những phần khác của hợp đồng này gồm có mẫu đơn ghi danh, *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả* (danh Phần thuốc) và bất cứ thông báo nào chúng tôi gửi đến quý vị về những thay đổi trong bảo hiểm của quý vị hoặc những tình trạng ảnh hưởng đến bảo hiểm của quý vị. Những thông báo này đôi khi được gọi là *Phụ Lục* hoặc *bản sửa đổi*.

Hợp đồng này có hiệu lực cho những tháng mà quý vị ghi danh tham gia chương trình của chúng tôi từ ngày 1 tháng 1 năm 2026 đến ngày 31 tháng 12 năm 2026.

Medicare cho phép chúng tôi sửa đổi điều khoản trong chương trình bảo hiểm mà chúng tôi cung cấp cho hội viên mỗi năm dương lịch. Điều này có nghĩa là chúng tôi có thể sửa đổi chi phí và phúc lợi của chương trình sau ngày 31 tháng 12 năm 2026. Chúng tôi cũng có thể quyết định ngừng cung cấp chương trình của mình trong một khu vực dịch vụ của quý vị, sau ngày 31 tháng 12 năm 2026.

Medicare (Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid) và Chương trình Med-QUEST Division của Hawaii (Medicaid) phải phê duyệt chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể tiếp tục mỗi năm để nhận phạm vi chi trả Medicare với tư cách là thành viên của chương trình chúng tôi miễn là chúng tôi tiếp tục cung cấp chương trình và Medicare cùng Chương trình Med-QUEST Division Hawaii (Medicaid) gia hạn phê duyệt chương trình của chúng tôi.

PHẦN 2 Các yêu cầu về khả năng hội đủ điều kiện của chương trình

Phần 2.1 Các yêu cầu về khả năng hội đủ điều kiện

Quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi nếu quý vị đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Quý vị có cả Medicare Part A và Medicare Part B.
- Quý vị sống trong khu vực dịch vụ xét về địa lý của chúng tôi (được mô tả trong Phần 2.3). Những người đang bị giam giữ không được xem là cư trú trong khu vực phục vụ về mặt địa lý ngay cả khi họ đang ở trong khu vực đó.

Chương 1 Bắt đầu với tư cách là hội viên

- Nếu quý vị không phải là công dân Hoa Kỳ hoặc sống hợp pháp tại Hoa Kỳ.
- Quý vị đáp ứng các yêu cầu đủ điều kiện đặc biệt được mô tả dưới đây.

Các yêu cầu về khả năng hội đủ điều kiện đặc biệt cho chương trình của chúng tôi

Chương trình của chúng tôi được thiết kế để đáp ứng các nhu cầu của những người nhận các quyền lợi Medicaid nhất định. (Medicaid là chương trình kết hợp của chính phủ liên bang và tiểu bang để giúp hỗ trợ chi phí y tế cho một số người nhất định có thu nhập và nguồn lực hạn chế.) Để đủ điều kiện cho chương trình của chúng tôi, quý vị phải đủ điều kiện Medicare và được hỗ trợ Chia sẻ chi phí Quyền lợi Medicaid Toàn phần theo Chương trình Med-QUEST Division của Hawaii (Medicaid). Ngoài ra, quý vị phải ghi danh vào chương trình QUEST Integration thông qua 'Ohana Health Plan.

Lưu ý: Nếu quý vị mất tình trạng hội đủ điều kiện nhưng có thể dự kiến hợp lý lấy lại được tình trạng hội đủ điều kiện trong vòng 6 tháng thì quý vị vẫn đủ điều kiện để giữ tư cách hội viên. Chương 4, Phần 2 cho quý vị biết về bảo hiểm và chia sẻ chi phí trong giai đoạn này, được gọi là đủ điều kiện liên tục.

PHẦN 2.2 Medicaid

Medicaid là một là chương trình kết hợp giữa tiểu bang và liên bang để giúp trả chi phí y tế cho một số người có thu nhập và nguồn lực giới hạn. Mỗi tiểu bang quyết định những gì được tính làm thu nhập và nguồn lực, đối tượng nào đủ điều kiện, các dịch vụ nào được bao trả và chi phí cho các dịch vụ đó. Tiểu bang cũng có thể quyết định cách điều hành các chương trình của họ miễn là họ tuân theo các quy tắc của liên bang.

Ngoài ra, Medicaid còn cung cấp các chương trình để trợ giúp mọi người trả chi phí Medicare của họ, chẳng hạn như phí bảo hiểm Medicare. Những Chương Trình Tiết Kiệm Medicare này giúp cho những người có thu nhập thấp và ít nguồn lực tiết kiệm một số tiền mỗi năm:

- **Người thụ hưởng Medicare Hội đủ Điều kiện Plus (QMB+):** Giúp trả phí bảo hiểm Medicare Part A và Part B và các khoản chia sẻ chi phí khác (như tiền khấu trừ, tiền đồng bảo hiểm và khoản đồng thanh toán). Những người thụ hưởng đủ điều kiện cũng nhận toàn bộ quyền lợi Medicaid.
- **Người Thụ Hưởng Medicare Có Thu Nhập Thấp Đã Định Rõ Plus (SLMB+):** Giúp trả phí bảo hiểm chương trình Phần B. Những người thụ hưởng đủ điều kiện cũng nhận toàn bộ quyền lợi Medicaid.
- **Hội Đủ Điều Kiện Kép Nhận Toàn Bộ Quyền Lợi Bảo Hiểm (FBDE):** Medicaid có thể chi trả cho phí bảo hiểm Medicare Part A và Part B và các khoản chia sẻ chi phí khác (như tiền khấu trừ, tiền đồng bảo hiểm và khoản đồng thanh toán). Những người thụ hưởng đủ điều kiện cũng nhận toàn bộ quyền lợi Medicaid.

Chương 1 Bắt đầu với tư cách là hội viên

Phần 2.3 Khu vực dịch vụ của Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP)

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) chỉ được cung cấp cho những người sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi. Để duy trì trạng thái là hội viên trong chương trình chúng tôi, quý vị phải tiếp tục sống trong khu vực dịch vụ chương trình của chúng tôi. Khu vực dịch vụ này được trình bày dưới đây.

Khu vực dịch vụ của chúng tôi bao gồm những quận sau đây tại Hawaii: Hawaii, Honolulu, Kauai và Maui.

Nếu quý vị dự định chuyển sang một tiểu bang mới, quý vị cũng nên liên hệ với văn phòng Medicaid của tiểu bang và hỏi xem việc chuyển đi này sẽ ảnh hưởng như thế nào đến các quyền lợi Medicaid của quý vị. Số điện thoại của Medicaid được ghi trong Chương 2, Phần 6 của tài liệu này.

Nếu quý vị chuyển ra bên ngoài khu vực dịch vụ chương trình của chúng tôi, quý vị không còn là một hội viên chương trình này. Hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY xin gọi 711) để xem chúng tôi có chương trình trong khu vực mới của quý vị hay không. Khi chuyển chỗ ở, quý vị sẽ có một Thời Gian Ghi Danh Đặc Biệt để chuyển sang chương trình Original Medicare hoặc ghi danh một chương trình bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm thuốc thuộc Medicare tại nơi cư ngụ mới của quý vị.

Nếu quý vị thay chỗ ở hoặc đổi địa chỉ gửi thư thì một việc cũng rất quan trọng là quý vị phải gọi cho văn phòng An Sinh Xã Hội. Gọi điện tới văn phòng An Sinh Xã Hội theo số 1-800-772-1213 (Người dùng TTY hãy gọi 1-800-325-0778).

Phần 2.4 Công dân Hoa Kỳ hoặc cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ

Quý vị phải là công dân Hoa Kỳ hoặc có mặt hợp pháp tại Hoa Kỳ để có thể trở thành hội viên của Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế Medicare. Medicare (Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid) sẽ thông báo cho Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) nếu quý vị không hội đủ điều kiện duy trì tư cách hội viên trên cơ sở này. Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) phải hủy ghi danh quý vị nếu quý vị không đáp ứng yêu cầu này.

PHẦN 3 Tài liệu quan trọng dành cho hội viên

Phần 3.1 Thẻ hội viên chương trình của chúng tôi

Quý vị phải dùng thẻ hội viên bất cứ khi nào quý vị cần được cấp những dịch vụ mà chương trình chúng tôi bao trả và để mua thuốc theo toa tại các nhà thuốc trong mạng lưới. Mẫu thẻ hội viên:

Chương 1 Bắt đầu với tư cách là hội viên

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) 	
MEMBER ID#: 1234567890123 PLAN#: H9916-001-000 ISSUER#: (80840) 9151014609	
Member Name: Member Full Name Care Coordinator Phone: 1-888-846-4262 (TTY: 711) PCP: Physician Name PCP Phone: 1-XXX-XXX-XXXX PCP / Specialist Office Visit: \$0 Co-pays: \$0 Third Party Liability: Y/N	Member Services 1-888-846-4262 (TTY: 711) Nurse Advice Line 1-800-581-9952 (TTY: 711) Vision: Premier Eye Care 1-855-879-1448 (TTY: 711) Dental: HDS 1-844-379-4325 (TTY: 711) Provider Services / Pharmacy Prior Auth 1-888-505-1201 (TTY: 711) Pharmacist Only 1-833-750-0408 (TTY: 711)
Medicare Rx: RXBIN: 610014 RXPCN: MEDDPRIME RXGRP: 2FFA Medicaid Rx: RXBIN: XXXXXX RXPCN: XXX RXGRP: XXXXX Effective Date / Prescription Drug Active Date: MM/DD/YYYY	Send Claims To: Wellcare By 'Ohana Health Plan Attn: Claims Department P.O. Box 31372 Tampa, FL 33631-3372 Payor ID: 14163 Part D Claims: Wellcare By 'Ohana Health Plan Attn: Medicare Part D Member Reimbursement Dept. P.O. Box 31577 Tampa, FL 33631-3577 FOR EMERGENCIES: Dial 911 or go to the nearest Emergency Room Website: go.wellcare.com/OhanaHI Member Portal: go.wellcare.com/member

KHÔNG sử dụng thẻ Medicare đỏ, trắng và xanh của quý vị cho các dịch vụ y tế được bao trả khi quý vị đang là hội viên của chương trình này. Nếu quý vị sử dụng thẻ hội viên Medicare thay cho thẻ hội viên Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) của quý vị, quý vị có thể phải tự thanh toán toàn bộ chi phí cho các dịch vụ y tế. Lưu giữ thẻ Medicare của quý vị ở nơi an toàn. Quý vị có thể được yêu cầu cung cấp thẻ nếu quý vị cần dịch vụ bệnh viện, dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc tham gia các nghiên cứu lâm sàng hay còn gọi là thử nghiệm lâm sàng được Medicare phê duyệt. Nếu thẻ hội viên của quý vị bị hư, bị mất hoặc bị đánh cắp, vui lòng gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (Người dùng TTY xin gọi 711) ngay lập tức và chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thẻ mới.

Phần 3.2 Danh Phần Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc

Danh bạ Nhà cung cấp dịch vụ y tế và Nhà thuốc go.wellcare.com/2026providerdirectories liệt kê các nhà cung cấp trong mạng lưới hiện tại của chúng tôi và các nhà cung cấp thiết bị y tế bền. **Các nhà cung cấp trong mạng lưới** là các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, các nhóm y khoa, nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền, bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác có thỏa thuận với chúng tôi chấp nhận khoản thanh toán của chúng tôi và bất cứ khoản chia sẻ chi phí nào thuộc chương trình là khoản thanh toán đầy đủ.

Nhóm Y Tế là một nhóm các bác sĩ, bao gồm Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (PCP), bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác, bao gồm các bệnh viện có ký hợp đồng với chương trình để cung cấp dịch vụ cho hội viên.

Quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới để được nhận dịch vụ và chăm sóc y tế. Nếu quý vị chuyển đi nơi khác mà không có sự ủy quyền thích hợp, quý vị sẽ phải thanh toán đầy đủ. Trường hợp ngoại lệ duy nhất là những tình huống cấp cứu, các dịch vụ cần thiết khẩn cấp khi mạng lưới không cung cấp được dịch vụ (nghĩa là những tình huống bất thường hoặc không thể sử dụng dịch vụ trong mạng lưới), các dịch vụ thẩm tách ngoài khu vực và các trường hợp mà Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) cho phép sử dụng các nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Hầu hết các dịch vụ và quyền lợi sức khỏe của quý vị đều được Medicare bao trả và vì quý vị có Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii, quý vị sẽ nhận được một số dịch vụ bổ sung từ chương trình của chúng tôi. Những dịch vụ này phải cần thiết về mặt y tế và trong một số trường hợp, quý vị có thể cần giấy giới thiệu từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của

Chương 1 Bắt đầu với tư cách là hội viên

mình. Quý vị phải nhận các dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị không thể tìm thấy một nhà cung cấp trong chương trình của chúng tôi có thể cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc quý vị cần, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc quý vị cần từ một nhà cung cấp bên ngoài chương trình của chúng tôi. Trong những trường hợp đó, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) của quý vị có thể gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên để yêu cầu phê duyệt cho quý vị đến khám với nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Danh sách nhà cung cấp dịch vụ và nhà cung cấp vật tư mới nhất có trên trang web của chúng tôi tại go.wellcare.com/2026providerdirectories.

Nếu quý vị không có *Danh Phần Nhà cung cấp và Nhà thuốc*, quý vị có thể yêu cầu một bản (điện tử hoặc bản giấy) từ bộ phận Dịch vụ Thành viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY gọi 711). Bản giấy *Danh Phần Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* mà quý vị yêu cầu sẽ được gửi cho quý vị trong vòng 3 ngày làm việc.

Danh Phần Nhà Cung Cấp & Nhà Thuốc go.wellcare.com/2026providerdirectories liệt kê các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. **Các nhà thuốc trong mạng lưới** là các nhà thuốc đồng ý bán thuốc theo toa được bao trả cho các hội viên của chương trình chúng tôi. Hãy sử dụng *Danh Phần Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* để tìm kiếm nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị muốn sử dụng. Xem Chương 5, Phần 2.4 để biết thông tin về thời điểm quý vị có thể sử dụng các nhà thuốc không có trong mạng lưới của chương trình chúng tôi.

Danh Phần Nhà cung cấp và Nhà thuốc cũng cho quý vị biết những nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi có mức chia sẻ chi phí ưu đãi, có thể thấp hơn mức chia sẻ chi phí tiêu chuẩn do các nhà thuốc trong mạng lưới khác áp dụng đối với một số thuốc.

Nếu quý vị không có *Danh Phần Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*, quý vị có thể yêu cầu một bản từ Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY xin gọi 711). Ngoài ra, quý vị còn có thể tìm thông tin này trên trang web của chúng tôi tại go.wellcare.com/2026providerdirectories.

Phần 3.3 Danh Sách Thuốc (Danh Phần thuốc)

Chương trình của chúng tôi có *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả* (còn gọi là Danh Sách Thuốc hoặc danh Phần thuốc). Danh sách này cho biết loại thuốc kê toa nào được bao trả theo quyền lợi Phần D trong Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP). Các loại thuốc trong danh sách này do chương trình chúng tôi lựa chọn với sự giúp đỡ của các bác sĩ và dược sĩ. Danh Sách Thuốc phải đáp ứng các yêu cầu của Medicare. Các loại thuốc có giá thương lượng theo Chương Trình Đàm Phán Giá Thuốc Medicare sẽ được đưa vào Danh Sách Thuốc của quý vị trừ khi đã bị xóa bỏ và thay thế như được mô tả trong Chương 5, Phần 6. Medicare đã phê duyệt Danh Sách Thuốc của Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP).

Danh Sách Thuốc cũng cho biết các điều lệ hạn chế phạm vi bao trả đối với một loại thuốc.

Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản của Danh Sách Thuốc. Để biết thông tin đầy đủ và mới nhất về những loại thuốc nào được bao trả, hãy truy cập go.wellcare.com/druglist-6716 hoặc gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (Người dùng TTY xin hãy gọi số 711).

Chương 1 Bắt đầu với tư cách là hội viên

PHẦN 4 Tóm Tắt Các Chi Phí Quan Trọng cho năm 2026

	Chi phí của quý vị năm 2026
Phí bảo hiểm hàng tháng* *Phí bảo hiểm của quý vị có thể cao hơn số tiền này. Để biết thông tin chi tiết, hãy xem Phần 4.1.	\$0
Số tiền tự trả tối đa Đây là số tiền <u>nhiều nhất</u> quý vị phải tự trả cho các dịch vụ được bao trả theo Phần A và Phần B. (Để biết thông tin chi tiết, hãy xem Chương 4, Phần 1.)	\$9,250 Quý vị không có trách nhiệm thanh toán bất kỳ chi phí tự trả nào vượt quá số tiền tự trả tối đa cho các dịch vụ được bao trả theo Phần A và Phần B.
Thăm khám tại cơ sở chăm sóc chính	\$0 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám
Thăm khám bác sĩ chuyên khoa	\$0 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám
Điều trị nội trú tại bệnh viện	Đối với nằm viện được Medicare bao trả, mỗi lần nằm viện: \$0 đồng thanh toán cho mỗi lần nằm viện. Ngày Dự Trữ Trọn Đời \$0 đồng thanh toán mỗi ngày. Ngày Dự Trữ Trọn Đời, là những ngày dự trữ suốt đời, là những ngày phụ trội mà chương trình sẽ chi trả khi các hội viên nằm bệnh viện nhiều hơn số ngày được bảo hiểm bởi chương trình. Các hội viên có tổng cộng 60 ngày dự trữ có thể xài được cho suốt đời họ.
Khoản khấu trừ bảo hiểm thuốc Phần D (Xem Chương 6 để biết chi tiết.)	\$0

Chương 1 Bắt đầu với tư cách là hội viên

	Chi phí của quý vị năm 2026
Bảo hiểm thuốc Phần D (Xem Chương 6 để biết chi tiết.)	Đồng thanh toán \$0

Chi phí của quý vị có thể bao gồm như sau:

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

Phần 4.1 Phí bảo hiểm chương trình

Vì chương trình Hỗ trợ bổ sung trả phí bảo hiểm thay mặt quý vị, quý vị không phải trả phí bảo hiểm hàng tháng riêng cho *chương trình của chúng tôi*.

Nếu quý vị đã nhận được trợ giúp từ một trong các chương trình này, **thông tin về phí bảo hiểm trong Chứng Từ Bảo Hiểm này có thể không áp dụng cho quý vị**. Chúng tôi đã gửi cho quý vị một tài liệu riêng gọi là *Phụ Lục Chứng Từ Bảo Hiểm cho Những Người Nhận Trợ Giúp Bổ Sung cho Thuốc Theo Toa* (còn được gọi là *Phụ Lục về Trợ Cấp Thu Nhập Thấp* hay *Phụ Lục LIS*), cho quý vị biết về bảo hiểm thuốc của mình. Nếu quý vị không có bản thông tin này, hãy gọi bộ phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY xin gọi 711) và hỏi xin một bản *Phụ Lục LIS*.

Phần 4.2 Phí Bảo Hiểm Hàng Tháng Medicare Part B

Nhiều hội viên bị buộc phải trả phí bảo hiểm khác của Medicare

Nhiều hội viên bị buộc phải trả phí bảo hiểm Medicare khác. Như đã giải thích trong Phần 2 ở trên, để đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị phải duy trì tình trạng hội đủ điều kiện tham gia Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii cũng như có cả Medicare Part A và Medicare Part B. Đối với hầu hết các hội viên Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) sẽ thanh toán phí bảo hiểm Phần A (nếu quý vị không tự động hội đủ điều kiện) và phí bảo hiểm Phần B.

Nếu Chương trình Med-QUEST Division của Hawaii (Medicaid) không thanh toán phí bảo hiểm Medicare cho quý vị, quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare để duy trì tư cách thành viên chương trình của chúng tôi. Chi phí này bao gồm phí bảo hiểm của quý vị cho Phần B. Quý vị cũng có thể phải trả phí bảo hiểm cho Phần A nếu quý vị không đủ điều kiện

Chương 1 Bắt đầu với tư cách là hội viên

miễn phí bảo hiểm Phần A.

Phần 4.3 Tiền Phạt Ghi Danh Trễ Phần D

Vì quý vị đủ điều kiện kép, LEP không áp dụng cho quý vị miễn là quý vị duy trì trạng thái đủ điều kiện kép, nhưng nếu quý vị mất trạng thái đủ điều kiện kép, quý vị có thể phải chịu LEP. Tiền phạt ghi danh trễ Phần D là phí bảo hiểm bổ sung phải trả cho bảo hiểm Phần D nếu vào bất cứ lúc nào sau khi giai đoạn ghi danh ban đầu đã hết, quý vị không có bảo hiểm Phần D hoặc một loại bảo hiểm thuốc tiêu chuẩn khác trong 63 ngày liên tục trở lên. Bảo hiểm thuốc kê đơn có uy tín là chương trình bảo hiểm mà theo dự kiến sẽ bao trả trung bình ít nhất là tương đương với bảo hiểm thuốc tiêu chuẩn của Medicare và vì thế đáp ứng các tiêu chuẩn tối thiểu của Medicare. Tiền phạt ghi danh trễ phụ thuộc vào thời gian quý vị không có bảo hiểm thuốc kê đơn Phần D hoặc bảo hiểm thuốc kê đơn tiêu chuẩn khác. Quý vị sẽ phải trả tiền phạt này trong suốt thời gian tham gia bảo hiểm Phần D.

Quý vị **không** phải trả tiền phạt ghi danh trễ của Phần D nếu:

- Quý vị nhận được Trợ Giúp Bổ Sung của Medicare giúp quý vị trả tiền thuốc.
- Quý vị không có bảo hiểm tiêu chuẩn dưới 63 ngày liên tiếp.
- Quý vị đã có bảo hiểm thuốc có tiêu chuẩn thông qua một nguồn khác như hãng sở cũ, công đoàn, TRICARE hoặc Bộ Cựu Chiến Binh (VA). Công ty bảo hiểm hay phòng nhân sự của quý vị sẽ thông báo hàng năm để cho biết bảo hiểm thuốc của quý vị có phải là bảo hiểm có tiêu chuẩn hay không. Quý vị có thể nhận được thông tin này qua thư hoặc trong bản tin từ chương trình bảo hiểm. Hãy lưu giữ thông tin này, vì nó có thể cần thiết nếu quý vị ghi danh vào một chương trình bảo hiểm thuốc của Medicare sau này.
 - **Lưu ý:** Mọi loại thư hoặc thông báo phải khẳng định rõ rằng bảo hiểm thuốc kê đơn của quý vị là có uy tín, tức là dự kiến chi trả tương đương với mức bảo hiểm thuốc tiêu chuẩn của Medicare.
 - **Lưu ý:** Thẻ giảm giá thuốc theo toa, thuốc lấy tại phòng khám miễn phí, và các trang mạng mua thuốc hạ giá không phải là bảo hiểm thuốc kê đơn.

Medicare quyết định phí phạt ghi danh muộn Phần D. Cách thức hoạt động của chương trình:

- Trước hết, hãy đếm số tháng mà quý vị trì hoãn việc ghi danh vào một chương trình bảo hiểm thuốc của Medicare sau khi quý vị đã hội đủ điều kiện ghi danh. Hoặc đếm số tháng mà quý vị không có bảo hiểm thuốc tiêu chuẩn, nếu thời gian đó từ 63 ngày trở lên. Tiền phạt là 1% mỗi tháng quý vị không có bảo hiểm có uy tín. Ví dụ, nếu quý vị không có bảo hiểm trong 14 tháng thì phần trăm phí phạt sẽ là 14%.
- Sau đó Medicare xác định phí bảo hiểm trung bình hàng tháng của các chương trình bảo hiểm thuốc của Medicare trên toàn quốc vào năm trước (phí bảo hiểm thụ hưởng cơ sở quốc gia). Trong năm 2026, phí bảo hiểm trung bình là \$38.99.
- Để tính khoản phạt hàng tháng, nhân tỷ lệ phần trăm phạt với mức phí bảo hiểm cơ bản quốc gia và làm tròn đến 10 xu gần nhất. Trong ví dụ này là 14% nhân với \$38.99, cho kết quả là \$5.46. Được làm tròn lên \$5.50. Số tiền này sẽ được cộng vào **phí bảo hiểm hàng tháng của người phải trả tiền phạt ghi danh muộn Part D**.

Chương 1 Bắt đầu với tư cách là hội viên

Ba điều quan trọng cần biết về phí phạt ghi danh trễ Phần D hàng tháng:

- **Phí phạt có thể thay đổi mỗi năm**, vì phí bảo hiểm người thụ hưởng quốc gia có thể thay đổi mỗi năm.
- **Quý vị sẽ tiếp tục trả tiền phạt** hàng tháng miễn là quý vị đang ghi danh trong một chương trình có quyền lợi thuốc Medicare Part D, ngay cả khi quý vị đổi chương trình.
- Nếu quý vị *dưới* 65 tuổi và đã ghi danh vào Medicare, phí phạt ghi danh muộn Phần D sẽ được thiết lập lại khi quý vị bước sang tuổi 65. Sau 65 tuổi, phí phạt ghi danh trễ Phần D của quý vị sẽ được tính lại chỉ căn cứ vào số tháng quý vị không có bảo hiểm bắt đầu từ ngày kết thúc giai đoạn ghi danh ban đầu khi đủ tuổi ghi danh vào Medicare.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định về tiền phạt ghi danh trễ Phần D, quý vị hoặc người đại diện cho quý vị có thể yêu cầu xem xét lại. Nhìn chung, quý vị phải yêu cầu xem xét lại khoản phạt này **trong vòng 60 ngày** từ ngày ghi trên bức thư đầu tiên quý vị nhận được để thông báo quý vị phải trả phí phạt ghi danh trễ. Tuy nhiên, nếu quý vị đã trả phí phạt trước khi tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ không còn cơ hội để yêu cầu xem xét lại việc phạt ghi danh trễ đó.

Phần 4.4 Số Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập

Nếu quý vị không còn đủ điều kiện tham gia chương trình này do thay đổi về thu nhập, một số hội viên có thể phải trả thêm phí cho chương trình Medicare của họ, được gọi là Số Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập Phần D (IRMAA). Phí bổ sung được tính bằng cách sử dụng tổng thu nhập đã điều chỉnh được sửa đổi của quý vị như được báo cáo trên hồ sơ hoàn thuế IRS của quý vị từ 2 năm trước. Nếu số tiền này lớn hơn một con số nhất định, quý vị sẽ thanh toán số tiền phí bảo hiểm tiêu chuẩn và IRMAA bổ sung. Để biết thêm thông tin về khoản tiền đóng thêm mà quý vị có thể phải trả dựa trên mức thu nhập, vui lòng truy cập www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Nếu quý vị phải đóng thêm IRMAA, Sở An Sinh Xã Hội, chứ không phải chương trình Medicare của quý vị, sẽ gửi thư thông báo cho quý vị biết khoản phí đóng thêm này là bao nhiêu. Cho dù quý vị thường đóng phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình bằng cách nào đi nữa, số tiền thêm này sẽ luôn được khấu trừ từ tiền quyền lợi hàng tháng mà quý vị nhận được từ Sở An Sinh Xã Hội, Ủy Ban Hưu Trí Ngành Hỏa Xa, hoặc Văn Phòng Quản Lý Nhân Sự, chỉ trừ trường hợp số tiền quyền lợi hàng tháng không đủ để trả số tiền thêm đó. Nếu số tiền quyền lợi hàng tháng không đủ để trả khoản thêm thì Medicare sẽ gửi hóa đơn cho quý vị. **Quý vị phải trả thêm IRMAA trực tiếp cho chính phủ. Quý vị không thể gộp khoản này chung với phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị. Nếu không đóng thêm IRMAA này, quý vị sẽ bị hủy ghi danh khỏi chương trình bảo hiểm và sẽ mất bảo hiểm thuốc kê đơn.**

Nếu không đồng ý với việc phải đóng thêm IRMAA, quý vị có thể yêu cầu Sở An Sinh Xã Hội xem xét lại quyết định. Để biết cách làm điều này, hãy gọi cho Sở An Sinh Xã Hội theo số 1-800-772-1213 (người dùng TTY hãy gọi 1-800-325-0778).

Chương 1 Bắt đầu với tư cách là hội viên

PHẦN 5 Thông tin bổ sung về phí bảo hiểm hàng tháng

Phần 5.1 Phí bảo hiểm hàng tháng chương trình của chúng tôi không thay đổi trong năm

Chúng tôi không được phép thay đổi phí bảo hiểm hàng tháng cho chương trình của chúng tôi trong năm. Nếu phí bảo hiểm hàng tháng cho năm sau thay đổi, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị trong tháng 9 và phí bảo hiểm mới sẽ có hiệu lực từ ngày tháng 1.

Tuy nhiên, trong một số trường hợp, quý vị có thể ngừng trả phí phạt vì ghi danh trễ, nếu quý vị có nợ, hoặc quý vị cần phải bắt đầu trả phí phạt ghi danh trễ. Điều này có thể xảy ra nếu quý vị hội đủ điều kiện cho Trợ Giúp Bổ Sung hoặc nếu quý vị không còn đủ điều kiện cho Trợ Giúp Bổ Sung trong năm.

- Nếu quý vị đang trả phí phạt vì ghi danh trễ Phần D và trong năm quý vị trở nên đủ điều kiện hưởng Trợ Giúp Bổ Sung, quý vị sẽ có thể ngừng trả phí phạt.
- Nếu quý vị mất Trợ Giúp Bổ Sung, quý vị có thể bị phạt ghi danh trễ Phần D nếu quý vị không có bảo hiểm thuộc Phần D hoặc bảo hiểm thuộc được tín nhiệm khác từ 63 ngày trở lên liên tiếp.

Quý vị có thể xem thêm thông tin về Trợ Giúp Bổ Sung trong Chương 2, Phần 7.

PHẦN 6 Luôn cập nhật hồ sơ hội viên chương trình

Hồ sơ hội viên của quý vị có thông tin từ đơn ghi danh của quý vị, trong đó có địa chỉ và số điện thoại của quý vị. Hồ sơ này cho biết rõ chương trình bảo hiểm riêng biệt của quý vị, kể cả Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính/Hiệp Hội Bác Sĩ Hành Nghề Độc Lập (IPA). IPA là hiệp hội các bác sĩ, bao gồm các PCP, bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, kể cả bệnh viện, ký hợp đồng với chương trình để cung cấp các dịch vụ cho hội viên.

Bác sĩ, bệnh viện, dược sĩ và các nhà cung cấp khác trong mạng lưới chương trình của chúng tôi **dùng hồ sơ hội viên của quý vị để biết dịch vụ nào và loại thuốc nào được bao trả cũng như khoản chia sẻ chi phí của quý vị là bao nhiêu.** Vì vậy, rất quan trọng là giúp chúng tôi giữ thông tin của quý vị luôn cập nhật. **Nếu quý vị có bất kỳ thay đổi nào dưới đây, hãy cho chúng tôi biết:**

- Thay đổi tên, địa chỉ, hoặc số điện thoại của quý vị
- Thay đổi trong bất cứ bảo hiểm y tế khác mà quý vị có (chẳng hạn như từ hãng sở của quý vị, từ hãng sở của vợ/chồng hoặc bạn đời của quý vị, bồi thường lao động hoặc Chương Trình Bộ Phận Hawaii Med-QUEST (Medicaid))
- Bất kỳ yêu cầu bồi thường bảo hiểm trách nhiệm nào, chẳng hạn như yêu cầu bảo hiểm từ tai nạn ô tô
- Nếu quý vị được nhận vào viện điều dưỡng

Chương 1 Bắt đầu với tư cách là hội viên

- Nếu quý vị được chăm sóc tại một bệnh viện hay phòng cấp cứu ngoài khu vực dịch vụ hoặc ngoài mạng lưới
- Thành phần được chỉ định có trách nhiệm đối với quý vị (ví dụ như người chăm sóc cho quý vị) thay đổi
- Nếu quý vị tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng (**Lưu ý:** Quý vị không bắt buộc phải thông báo cho chương trình của chúng tôi về các nghiên cứu lâm sàng mà quý vị dự định tham gia, nhưng chúng tôi khuyến khích quý vị làm như vậy.)

Nếu có thay đổi bất kỳ thông tin nào trong sổ này, hãy cho chúng tôi biết bằng cách gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY xin gọi 711).

Ngoài ra, việc quan trọng quý vị cần làm là gọi cho văn phòng An sinh Xã hội nếu quý vị đổi chỗ ở hoặc đổi địa chỉ gửi thư. Gọi điện tới văn phòng An Sinh Xã Hội theo số 1-800-772-1213 (Người dùng TTY hãy gọi 1-800-325-0778).

PHẦN 7 Cách thức các chương trình bảo hiểm khác kết hợp với chương trình chúng tôi

Medicare yêu cầu chúng tôi thu thập thông tin về bất kỳ bảo hiểm y tế hoặc thuốc nào khác mà quý vị có để chúng tôi có thể điều phối bảo hiểm khác đó với các quyền lợi của quý vị theo chương trình của chúng tôi. Điều này được gọi là **Phối Hợp Quyền Lợi**.

Mỗi năm một lần, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư liệt kê bất cứ chương trình bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm thuốc khác mà chúng tôi biết. Hãy đọc thông tin này cẩn thận. Nếu thông tin này chính xác, quý vị không cần phải làm gì cả. Nếu thông tin không chính xác hoặc nếu quý vị có bảo hiểm khác không được liệt kê, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY xin gọi 711). Quý vị có thể cần cho những công ty bảo hiểm khác biết số hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi (một khi quý vị đã biết rõ những công ty này là công ty nào) để hóa đơn chi phí của quý vị được thanh toán và được thanh toán đúng hạn.

Khi quý vị có một chương trình bảo hiểm khác (như chương trình bảo hiểm y tế nhóm của hãng sở), những quy định do Medicare đưa ra sẽ quyết định chương trình của chúng tôi hay chương trình bảo hiểm khác của quý vị là chương trình phải trả tiền đầu tiên. Chương trình bảo hiểm phải trả tiền đầu tiên ("chương trình trả tiền chính") phải trả cho đến giới hạn của phạm vi bảo hiểm của chương trình đó. Chương trình bảo hiểm trả tiền thứ hai ("chương trình trả tiền phụ") chỉ trả phần chi phí còn lại mà chương trình bảo hiểm trả tiền đầu tiên chưa trả hết. Chương trình bảo hiểm trả tiền thứ hai có thể sẽ không trả hết tất cả các chi phí không được bao trả. Nếu quý vị có bảo hiểm y tế nào khác, xin cho bác sĩ, bệnh viện và nhà thuốc của quý vị biết.

Những quy định này áp dụng cho chương trình bảo hiểm y tế nhóm của hãng sở hoặc nghiệp đoàn:

- Nếu quý vị có bảo hiểm hưu trí, Medicare trả tiền đầu tiên.
- Nếu chương trình bảo hiểm y tế nhóm của quý vị là dựa trên việc làm hiện tại của quý vị hoặc việc làm của một thành viên trong gia đình, chương trình nào trả tiền đầu tiên tùy

Chương 1 Bắt đầu với tư cách là hội viên

thuộc vào tuổi của quý vị, số nhân viên trong hãng sở và tùy thuộc vào việc quý vị có Medicare vì lý do tuổi tác, khuyết tật, hoặc Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (ESRD) không:

- Nếu quý vị dưới 65 tuổi, bị tàn tật và quý vị (hoặc một thành viên trong gia đình của quý vị) vẫn còn làm việc, chương trình bảo hiểm sức khỏe nhóm của quý vị sẽ trả tiền đầu tiên nếu hãng sở có 100 nhân viên trở lên hoặc ít nhất một hãng sở trong chương trình của nhiều hãng sở có nhiều hơn 100 nhân viên.
- Nếu quý vị trên 65 tuổi và quý vị (hoặc vợ/chồng hay bạn đời của quý vị) vẫn còn làm việc, chương trình bảo hiểm y tế nhóm của quý vị trả tiền đầu tiên nếu hãng sở có 20 nhân viên trở lên hoặc ít nhất một hãng sở trong chương trình bảo hiểm nhóm của nhiều hãng sở có 20 nhân viên trở lên.
- Nếu quý vị có Medicare vì bị ESRD, chương trình bảo hiểm y tế nhóm của quý vị sẽ trả tiền đầu tiên trong 30 tháng đầu tiên sau khi quý vị đủ điều kiện tham gia Medicare.

Những loại bao trả bảo hiểm này thường trả đầu tiên cho những dịch vụ liên quan đến mỗi loại:

- Bảo hiểm cho những trường hợp không có lỗi (kể cả bảo hiểm xe hơi)
- Bảo hiểm vì có lỗi (kể cả bảo hiểm xe hơi)
- Quyền lợi vì chứng phổi đen
- Bồi thường lao động

Medicaid và TRICARE không bao giờ trả trước cho các dịch vụ được Medicare bao trả. Các chương trình này chỉ trả sau khi Medicare và/hoặc chương trình bảo hiểm y tế nhóm từ hãng sở đã trả.

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực

CHƯƠNG 2:

Các số điện thoại và nguồn lực

PHẦN 1 Đầu mối liên hệ chương trình của chúng tôi

Để được trợ giúp khi có câu hỏi về việc yêu cầu bồi thường, thanh toán, hoặc thẻ hội viên, hãy gọi điện hoặc viết thư về Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên của Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP). Chúng tôi sẽ rất sẵn lòng hỗ trợ quý vị.

Bộ phận Dịch Vụ Hội Viên – Thông Tin Liên Hệ

Gọi	1-888-846-4262 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Xin lưu ý là sau giờ làm việc, trong ngày nghỉ cuối tuần và ngày lễ của liên bang từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, hệ thống trả lời điện thoại tự động của chúng tôi có thể trả lời cuộc gọi của quý vị. Nếu quý vị để lại tin nhắn thoại, vui lòng ghi tên và số điện thoại của quý vị và một thành viên trong nhóm sẽ gọi lại cho quý vị trong vòng một (1) ngày làm việc. Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên 1-888-846-4262 (người dùng TTY xin gọi 711) cũng có các dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối.
Viết thư	Wellcare By 'Ohana Health Plan PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370
Trang Web	go.wellcare.com/OhanaHI

Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị

Quyết định bảo hiểm là quyết định mà chúng tôi đưa ra về các quyền lợi và bảo hiểm của quý vị

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực

hoặc về số tiền chúng tôi chi trả cho thuốc Phần D hoặc các dịch vụ y tế của quý vị. Kháng cáo là cách chính thức yêu cầu chúng tôi đánh giá và thay đổi quyết định bảo hiểm. Để biết thêm thông tin về cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo về dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc Phần D của quý vị, hãy xem Chương 9.

Quyết Định Bao Trả cho Chăm Sóc Y Tế – Thông Tin Liên Hệ

Gọi	1-888-846-4262 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối.
Viết thư	Wellcare Coverage Determinations Department - Medical PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370

Quyết Định Bao Trả cho Thuốc Phần D – Thông Tin Liên Hệ

Gọi	1-888-846-4262 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối.
Fax	1-866-388-1767

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực

Quyết Định Bao Trả cho Thuốc Phần D – Thông Tin Liên Hệ

Viết thư	Wellcare Pharmacy - Coverage Determinations P.O. Box 31397 Tampa, FL 33631-3397
Trang Web	go.wellcare.com/coveragedetermination

Kháng Cáo về Chăm Sóc Y Tế – Thông Tin Liên Hệ

Gọi	1-888-846-4262 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối.
Fax	1-866-201-0657
Viết thư	Wellcare Appeals Department - Medical P.O. Box 31368 Tampa, FL 33631-3368

Kháng Cáo về Thuốc Phần D – Thông Tin Liên Hệ

Gọi	1-888-846-4262 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối.
------------	---

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực
Kháng Cáo về Thuốc Phần D – Thông Tin Liên Hệ

TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối.
Fax	1-866-388-1766
Viết thư	Attn: Pharmacy Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383
Trang Web	go.wellcare.com/OhanaHI

Cách nộp đơn khiếu nại về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị

Quý vị có thể nộp đơn nêu khiếu nại về chúng tôi hoặc về một trong các nhà thuốc hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi, kể cả việc khiếu nại về chất lượng của dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Loại khiếu nại này không liên quan đến các tranh chấp về bảo hiểm hoặc thanh toán. Để biết thêm thông tin về cách nộp đơn khiếu nại dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, hãy xem Chương 9.

Khiếu Nại về Chăm Sóc Y Tế – Thông Tin Liên Hệ

Gọi	1-888-846-4262 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối.
Fax	1-877-297-3112
Viết thư	Wellcare Grievance Department P.O. Box 31395 Tampa, FL 33631-3395

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực

Khiếu Nại về Chăm Sóc Y Tế – Thông Tin Liên Hệ

Trang Web Medicare	Để gửi khiếu nại về Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) trực tiếp cho Medicare, truy cập www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .
---------------------------	--

Khiếu nại về thuốc Phần D – Thông Tin Liên Hệ

Gọi	1-888-846-4262 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối.
TTY	Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối.
Viết thư	P.O. Box 31384 Tampa, FL 33631-3384
Trang Web Medicare	Để nộp đơn khiếu nại về Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) trực tiếp tới Medicare, hãy truy cập www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Cách yêu cầu chúng tôi thanh toán chi phí cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc quý vị nhận được

Nếu quý vị đã nhận hóa đơn hoặc thanh toán các dịch vụ (chẳng hạn như hóa đơn của nhà cung cấp) mà quý vị cho rằng lẽ ra chúng tôi nên thanh toán, quý vị có thể cần yêu cầu chúng tôi bồi hoàn hoặc thanh toán hóa đơn của nhà cung cấp. Xem Chương 7 để biết thêm thông tin.

Nếu quý vị gửi thư yêu cầu chúng tôi trả tiền mà chúng tôi từ chối bất cứ phần nào trong yêu cầu của quý vị, quý vị có quyền nộp đơn kháng cáo quyết định của chúng tôi. Xem Chương 9 để biết thêm thông tin.

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực

Yêu Cầu Chi Trả – Thông Tin Liên Hệ

Viết thư	Medical Payment Requests: Wellcare Medical Reimbursement Department PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370 Part D Payment Requests: Wellcare Medicare Part D Claims Attn: Member Reimbursement Department P.O. Box 31577 Tampa, FL 33631-3577
Trang Web	go.wellcare.com/OhanaHI

PHẦN 2 Nhận trợ giúp từ Medicare

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 có bệnh thận giai đoạn cuối (chứng suy thận mạn tính cần được lọc thận hoặc ghép thận).

Cơ quan liên bang phụ trách về bảo hiểm Medicare là Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid, hay còn gọi là CMS. Cơ quan này ký hợp đồng với các tổ chức Medicare Advantage, trong đó có chương trình của chúng tôi.

Medicare – Thông Tin Liên Hệ

Gọi	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.
TTY	1-877-486-2048 Số điện thoại này đòi hỏi phải có thiết bị điện thoại đặc biệt, và chỉ dành cho những ai gặp khó khăn về khả năng nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số này được miễn phí.
Trò Chuyện Trực Tiếp	Trò chuyện trực tuyến tại www.Medicare.gov/talk-to-someone .
Viết thư	Viết cho Medicare tại PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Trang Web	www.Medicare.gov

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực

Medicare – Thông Tin Liên Hệ

- Nhận thông tin về các chương trình bảo hiểm y tế và thuốc Medicare trong khu vực của quý vị, bao gồm chi phí và những dịch vụ mà họ cung cấp.
- Tìm các bác sĩ tham gia Medicare hoặc các nhà cung cấp và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác.
- Tìm hiểu những dịch vụ Medicare bao trả, bao gồm các dịch vụ phòng bệnh (như khám sàng lọc, chích ngừa hoặc chích vắc-xin và thăm khám “Sức Khỏe Mạnh Toàn Diện” hàng năm).
- Nhận thông tin và biểu mẫu kháng cáo Medicare.
- Nhận thông tin về chất lượng dịch vụ chăm sóc được cung cấp bởi các chương trình, viện điều dưỡng, bệnh viện, bác sĩ, cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà, cơ sở lọc máu, trung tâm chăm sóc cuối đời, cơ sở phục hồi chức năng nội trú và bệnh viện chăm sóc dài hạn.
- Tìm kiếm các trang web và số điện thoại hữu ích.

Quý vị cũng có thể truy cập www.Medicare.gov để cho Medicare biết nếu quý vị có điều gì khiếu nại về chương trình chúng tôi.

Để nộp đơn khiếu nại tới Medicare, hãy truy cập www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare sẽ xem xét nghiêm túc khiếu nại của quý vị và sẽ sử dụng thông tin này để giúp cải thiện chất lượng chương trình Medicare.

PHẦN 3 Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang

Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (SHIP) là một chương trình của chính phủ với các cố vấn được đào tạo ở mọi tiểu bang cung cấp trợ giúp, thông tin và câu trả lời miễn phí cho các câu hỏi liên quan đến Medicare của quý vị. Tại Hawaii, SHIP được gọi là Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang Hawaii (SHIP).

Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (SHIP) Hawaii là một chương trình độc lập (không liên kết với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm y tế nào) của tiểu bang nhận tiền từ chính quyền Liên Bang để tư vấn miễn phí tại địa phương về bảo hiểm y tế cho những ai có Medicare.

Các cố vấn của Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (SHIP) Hawaii có thể giúp quý vị nắm được các quyền lợi Medicare, khiếu nại về điều trị hoặc chăm sóc y tế và giải quyết các vấn đề với hóa đơn Medicare. Các cố vấn của Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (SHIP) Hawaii còn có thể giúp trả lời các câu hỏi hoặc các vấn đề về Medicare, giúp quý vị hiểu rõ về những chương trình bảo hiểm Medicare mà quý vị có thể chọn, đồng thời trả lời những thắc mắc

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực

về việc chuyển đổi chương trình.

Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (SHIP) Hawaii.	
Gọi	1-888-875-9229
TTY	1-866-810-4379 Số điện thoại này đòi hỏi phải có thiết bị điện thoại đặc biệt, và chỉ dành cho những ai gặp khó khăn về khả năng nghe hoặc nói.
Viết thư	Hawaii SHIP, Executive Office on Aging, No. 1 Capitol District 250 South Hotel Street, Suite 406 Honolulu, Hawaii 96813-2831
Trang Web	http://www.hawaiiiship.org/

PHẦN 4 Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (QIO)

Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (QIO) được chỉ định phục vụ những người có Medicare ở mỗi tiểu bang. Tại Hawaii, Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng được gọi là Livanta - Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng của Hawaii.

Livanta - Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng của Hawaii có một nhóm bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác mà Medicare trả tiền để kiểm tra và giúp cải tiến chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare. Livanta - Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng của Hawaii là một tổ chức độc lập. QIO không có liên kết với chương trình của chúng tôi.

Hãy liên hệ với Livanta – Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng của Hawaii trong bất kỳ tình huống nào sau đây:

- Quý vị muốn khiếu nại về chất lượng chăm sóc quý vị đã nhận được. Ví dụ các mối quan ngại về chất lượng chăm sóc bao gồm nhận sai thuốc, các xét nghiệm hoặc thủ thuật không cần thiết hoặc chẩn đoán sai.
- Quý vị nghĩ là bảo hiểm nằm viện của quý vị chấm dứt quá sớm.
- Quý vị nghĩ là sự bao trả bảo hiểm cho chương trình chăm sóc sức khỏe tại gia, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc dịch vụ tại Cơ Sở Phục Hồi Ngoại Trú Toàn Diện (CORF) của quý vị chấm dứt quá sớm.

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực

Livanta – Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng của Hawaii – Thông Tin Liên Hệ	
Gọi	1-877-588-1123 9 giờ sáng – 5 giờ chiều giờ địa phương, Thứ Hai – Thứ Sáu; 10 giờ sáng – 4 giờ chiều giờ địa phương, Thứ Bảy đến Chủ Nhật
TTY	711
Viết thư	Livanta LLC/BFCC-QIO PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
Trang Web	https://www.livantaqio.cms.gov/en

PHẦN 5 An Sinh Xã Hội

Sở An Sinh Xã Hội xác định tính đủ điều kiện và xử lý việc ghi danh tham gia Medicare. Sở An Sinh Xã Hội cũng có trách nhiệm xác định những người nào phải trả thêm phí bảo hiểm cho chương trình bảo hiểm thuộc Phần D vì mức thu nhập của họ cao. Khi quý vị nhận được thư của Sở An Sinh Xã Hội cho biết là quý vị phải trả thêm tiền và quý vị có thắc mắc về số tiền phải trả hoặc nếu thu nhập của quý vị bị giảm sút vì một sự kiện lớn trong cuộc đời, quý vị có thể gọi cho Sở An Sinh Xã Hội để yêu cầu được xem xét lại.

Nếu quý vị đổi chỗ ở hoặc đổi địa chỉ gửi thư, hãy liên hệ và thông báo cho Sở An sinh xã hội biết.

An Sinh Xã Hội— Thông Tin Liên Hệ	
Gọi	1-800-772-1213 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Nhân viên thường trực từ 8 giờ sáng đến 7 giờ tối, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu. Dùng dịch vụ điện thoại tự động của sở An Sinh Xã Hội để nghe thông tin ghi âm và thực hiện một số giao dịch 24 giờ mỗi ngày.
TTY	1-800-325-0778 Số điện thoại này đòi hỏi phải có thiết bị điện thoại đặc biệt, và chỉ dành cho những ai gặp khó khăn về khả năng nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Nhân viên thường trực từ 8 giờ sáng đến 7 giờ tối, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu.

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực

An Sinh Xã Hội— Thông Tin Liên Hệ

Trang Web	www.SSA.gov
-----------	--

PHẦN 6 Medicaid

Là hội viên chương trình của chúng tôi, quý vị đủ điều kiện hưởng Medicare và Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii. Medicaid là chương trình kết hợp của chính phủ liên bang và tiểu bang để giúp hỗ trợ chi phí y tế cho một số người nhất định có thu nhập và nguồn lực hạn chế.

Ngoài ra, có những chương trình được cung cấp qua Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii để trợ giúp người có Medicare trả chi phí Medicare của họ, chẳng hạn như phí bảo hiểm Medicare. Những Chương Trình Tiết Kiệm Medicare này giúp cho những người có thu nhập thấp và ít nguồn lực tiết kiệm một số tiền mỗi năm:

- **Người thụ hưởng Medicare Hội đủ Điều kiện Plus (QMB+):** Giúp trả phí bảo hiểm Medicare Part A và Part B và các khoản chia sẻ chi phí khác (như tiền khấu trừ, tiền đồng bảo hiểm và khoản đồng thanh toán). Những người thụ hưởng đủ điều kiện cũng nhận toàn bộ quyền lợi Medicaid.
- **Người Thụ Hưởng Medicare Có Thu Nhập Thấp Đã Định Rõ Plus (SLMB+):** Giúp trả phí bảo hiểm chương trình Phần B. Những người thụ hưởng đủ điều kiện cũng nhận toàn bộ quyền lợi Medicaid.
- **Hội Đủ Điều Kiện Kép Nhận Toàn Bộ Quyền Lợi Bảo Hiểm (FBDE):** Medicaid có thể chi trả cho phí bảo hiểm Medicare Part A và Part B và các khoản chia sẻ chi phí khác (như tiền khấu trừ, tiền đồng bảo hiểm và khoản đồng thanh toán). Những người thụ hưởng đủ điều kiện cũng nhận toàn bộ quyền lợi Medicaid.

Để trở thành hội viên chương trình của chúng tôi, quý vị phải ghi danh kép vào cả Medicare và Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii và đáp ứng tất cả các yêu cầu về khả năng hội đủ điều kiện của chương trình tại thời điểm ghi danh. Nếu quý vị có câu hỏi về dịch vụ hỗ trợ mà quý vị nhận được từ Medicaid, hãy liên hệ với Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii.

Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) Hawaii – Thông Tin Liên Hệ

Gọi	1-800-316-8005 1-808-524-3370 7:45 sáng – 4:30 chiều giờ Hawaii, Thứ Hai đến Thứ Sáu
-----	--

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực

Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) Hawaii – Thông Tin Liên Hệ	
TTY	711
Viết thư	Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) 1350 S. King Street, Suite 200 Honolulu, HI 96814
Trang Web	https://medquest.hawaii.gov/en.html

Văn Phòng Thanh Tra Tiểu Bang Hawaii trợ giúp những người đã ghi danh vào Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii gặp vấn đề về dịch vụ hoặc thanh toán. Họ có thể giúp quý vị nộp đơn khiếu nại hoặc kháng cáo với chương trình của chúng tôi.

Văn Phòng Thanh Tra Tiểu Bang Hawaii - Thông Tin Liên Hệ	
Gọi	1-808-587-0770 7:45 sáng – 4:30 chiều giờ địa phương, Thứ Hai đến Thứ Sáu
TTY	1-808-587-0774 Số điện thoại này đòi hỏi phải có thiết bị điện thoại đặc biệt, và chỉ dành cho những ai gặp khó khăn về khả năng nghe hoặc nói.
Viết thư	Office of the Ombudsman 465 South King Street, 4th Floor Honolulu, Hawaii 96813
Trang Web	https://www.ombudsman.hawaii.gov/

Chương Trình Thanh Tra Dịch Vụ Chăm Sóc Lâu Dài Hawaii hỗ trợ mọi người nhận thông tin về các viện dưỡng lão và giải quyết các vấn đề giữa viện dưỡng lão và các cư dân hoặc gia đình của họ.

Chương Trình Thanh Tra Dịch Vụ Chăm Sóc Lâu Dài Hawaii – Thông Tin Liên Hệ	
Gọi	1-808-586-7268 7:45 sáng – 4:30 chiều giờ địa phương, Thứ Hai đến Thứ Sáu
TTY	711

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực

Chương Trình Thanh Tra Dịch Vụ Chăm Sóc Lâu Dài Hawaii – Thông Tin Liên Hệ	
Viết thư	Executive Office on Aging 250 South Hotel Street, Suite 406 Honolulu, HI 96813
Trang Web	https://www.hi-ltc-ombudsman.org/

PHẦN 7 Chương trình trợ giúp thanh toán thuốc kê đơn

Trang web Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) cung cấp thông tin về cách giảm chi phí thuốc theo toa của quý vị. Các chương trình dưới đây có thể trợ giúp những người có thu nhập hạn chế.

Trợ Giúp Bổ Sung từ Medicare

Vì quý vị đủ điều kiện tham gia Chương trình Med-QUEST Division của Hawaii (Medicaid), quý vị đủ điều kiện và nhận Hỗ trợ bổ sung từ Medicare để chi trả chi phí cho chương trình thuốc theo đơn của quý vị. Quý vị sẽ không cần làm gì thêm để được nhận Trợ Giúp Bổ Sung.

Nếu có thắc mắc về Trợ Giúp Bổ Sung, vui lòng gọi:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048;
- Văn phòng Sở An Sinh Xã Hội theo số 1-800-772-1213, từ 8 giờ sáng đến 7 giờ tối, Thứ Hai - Thứ Sáu. Người dùng TTY hãy gọi số 1-800-325-0778; hoặc
- Văn phòng Medicaid của Tiểu bang quý vị theo số 1-800-316-8005, người dùng TTY gọi 711.

Nếu quý vị cho rằng quý vị đang trả một số tiền không đúng cho thuốc kê toa của mình tại nhà thuốc, chương trình của chúng tôi có quy trình để giúp quý vị có được bằng chứng về số tiền đồng thanh toán chính xác của mình. Nếu quý vị đã có bằng chứng về số tiền chính xác, chúng tôi có thể giúp quý vị chia sẻ bằng chứng này với chúng tôi.

- Hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên và nói với nhân viên đại diện rằng quý vị cho rằng mình đủ điều kiện để nhận Trợ Giúp Bổ Sung. Quý vị có thể cần cung cấp một trong những loại giấy tờ sau (Bằng Chứng Có Sẵn Tốt Nhất):
 - Một bản sao thẻ Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii có tên của người thụ hưởng và ngày đủ điều kiện trong tháng sau tháng 6 của năm dương lịch trước đó
 - Bản sao giấy tờ của Tiểu bang xác nhận tình trạng đang hưởng Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii trong suốt một tháng sau tháng 6 của năm theo lịch trước đó
 - Bản in từ hồ sơ ghi danh điện tử của Tiểu Bang cho thấy tình trạng Chương Trình

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực

Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii trong một tháng sau Tháng Sáu của năm lịch trước đó

- Ảnh chụp màn hình từ hệ thống Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii cho biết tình trạng Medicaid trong suốt một tháng sau tháng 6 của năm dương lịch trước đó
- Tài liệu khác do Tiểu bang cung cấp cho biết tình trạng Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii trong suốt một tháng sau tháng 6 của năm dương lịch trước đó
- Thư từ Cơ Quan An Sinh Xã Hội (SSA) cho biết cá nhân đó đã nhận Trợ Cấp An Sinh Bổ Sung (SSI)
- Đơn Nộp Theo Diện Được Coi Là Đủ Điều Kiện xác nhận rằng người thụ hưởng “...tự động đủ điều kiện nhận Hỗ trợ bổ sung...” (ấn phẩm SSA HI 03094.605)

Nếu quý vị đang nằm điều trị tại một cơ sở chăm sóc và cho rằng mình đủ điều kiện để không phải trả phần chia sẻ chi phí, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên và cho nhân viên đại diện biết quý vị cho rằng mình đủ điều kiện nhận Trợ Giúp Bổ Sung. Quý vị có thể cần cung cấp một trong những loại giấy tờ sau:

- Việc chuyển tiền từ cơ sở thể hiện khoản thanh toán của Medicaid thay mặt cho quý vị cho cả một tháng dương lịch trong suốt một tháng sau tháng 6 của năm dương lịch trước đó;
 - Bản sao giấy tờ của tiểu bang xác nhận khoản thanh toán cho cơ sở của Medicaid thay mặt quý vị cho cả một tháng dương lịch sau tháng 6 của năm dương lịch trước đó; hoặc
 - Ảnh chụp màn hình từ hệ thống Medicaid của Tiểu Bang thể hiện tình trạng tại cơ sở của quý vị dựa trên ít nhất một tháng dương lịch nằm tại cơ sở cho các Phần đích thanh toán của Medicaid trong suốt một tháng sau tháng 6 của năm dương lịch trước đó.
- Nếu quý vị không thể cung cấp giấy tờ như mô tả ở trên và quý vị cho rằng mình có thể đủ điều kiện nhận Trợ Giúp Bổ Sung, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên và nhân viên đại diện sẽ hỗ trợ quý vị.
 - Khi chúng tôi nhận được bằng chứng cho thấy mức đồng thanh toán chính xác, chúng tôi sẽ cập nhật hệ thống của mình để quý vị có thể thanh toán khoản đồng thanh toán chính xác đó khi mua thuốc kê toa lần tiếp theo. Nếu quý vị thanh toán nhiều hơn khoản đồng thanh toán của mình, chúng tôi sẽ hoàn trả cho quý vị, bằng séc hoặc bằng khoản đồng thanh toán trong tương lai. Nếu nhà thuốc chưa thu khoản đồng thanh toán của quý vị, và quý vị nợ họ khoản đồng thanh toán đó, chúng tôi có thể trả tiền trực tiếp cho nhà thuốc. Nếu tiểu bang trả tiền đồng trả thay cho quý vị, chúng tôi có thể trả tiền trực tiếp cho tiểu bang. Hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (TTY: 711) nếu quý vị có thắc mắc.

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực

Nếu quý vị có Trợ Giúp Bổ Sung và được Chương Trình Trợ Giúp Thuốc AIDS (ADAP) bao trả thì sao?

Chương Trình Trợ Giúp Thuốc AIDS (ADAP) giúp cho những người đang mắc bệnh HIV/AIDS được cung cấp các loại thuốc HIV có thể cứu sống mạng người. Thuốc Medicare Part D cũng thuộc danh Phần thuốc ADAP sẽ đủ điều kiện được hỗ trợ phần chia sẻ chi phí thuốc kê toa thông qua Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc HIV (HDAP) Hawaii.

Chương trình Hỗ trợ Thuốc HIV của Hawaii (HDAP) là ADAP của tiểu bang quý vị.
Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc HIV (HDAP) Hawaii của tiểu bang quý vị được liệt kê bên dưới.

Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc HIV (HDAP) Hawaii — Thông Tin Liên Hệ	
Gọi	1-808-733-9360 8 giờ sáng – 5 giờ chiều giờ địa phương, Thứ Hai đến Thứ Sáu
TTY	711
Viết thư	Harm Reduction Services 3627 Kilauea Ave, Suite 306 Honolulu, HI 96816
Trang Web	https://health.hawaii.gov/harmreduction/about-us/hiv-programs/hiv-medical-management-services/

Lưu ý: Để đủ điều kiện cho ADAP tại tiểu bang của quý vị, quý vị phải đáp ứng được một số tiêu chí, như bằng chứng hiện đang sống trong tiểu bang và tình trạng mắc bệnh HIV, thu nhập thấp (theo định nghĩa của tiểu bang) và tình trạng không có bảo hiểm/bảo hiểm không đủ mức. Nếu quý vị thay đổi chương trình, hãy thông báo cho nhân viên đăng ký ADAP tại địa phương để có thể tiếp tục nhận hỗ trợ. Để biết thông tin về các tiêu chuẩn đủ điều kiện, các loại thuốc được bao trả, hoặc cách ghi danh vào chương trình, hãy gọi Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc HIV (HDAP) Hawaii.

PHẦN 8 Ủy Ban Hưu Trí Ngành Hỏa Xa (RRB)

Ủy Ban Hưu Trí Ngành Hỏa Xa là một cơ quan độc lập của chính quyền Liên Bang có trách nhiệm quản lý các chương trình phúc lợi toàn diện cho nhân viên hỏa xa và gia đình của họ trên toàn quốc. Nếu quý vị hưởng quyền lợi Medicare qua Ủy Ban Hưu Trí Ngành Hỏa Xa, hãy báo cho ủy ban này biết mỗi khi quý vị đổi chỗ ở hoặc đổi địa chỉ gửi thư. Nếu quý vị có thắc mắc về quyền lợi của quý vị từ Ủy Ban Hưu Trí Ngành Hỏa Xa, vui lòng liên hệ với cơ quan này.

Chương 2 Các số điện thoại và nguồn lực

Ủy Ban Hưu Trí Ngành Hỏa Xa (RRB) – Thông Tin Liên Hệ	
Gọi	1-877-772-5772 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Nhấn “0” để trò chuyện với đại diện của RRB từ 9 giờ sáng đến 3 giờ 30 phút chiều, Thứ Hai, Thứ Ba, Thứ Năm và Thứ Sáu và từ 9 giờ sáng đến 12 giờ trưa vào Thứ Tư. Nhấn “1” để tiếp cận Đường Dây Trợ Giúp tự động của RRB và thông tin được ghi lại 24 giờ một ngày, bao gồm cả ngày nghỉ cuối tuần và ngày lễ.
TTY	1-312-751-4701 Số điện thoại này đòi hỏi phải có thiết bị điện thoại đặc biệt, và chỉ dành cho những ai gặp khó khăn về khả năng nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số này không được miễn phí.
Trang Web	https://RRB.gov

PHẦN 9 Nếu quý vị có bảo hiểm theo nhóm hoặc bảo hiểm y tế nào khác từ hãng sở

Nếu quý vị (hoặc vợ/chồng hay bạn đời của quý vị) có bảo hiểm từ hãng sở hay bảo hiểm nhóm của nhân viên hưu trí của quý vị (hoặc của vợ/chồng hay bạn đời của quý vị) là một phần của chương trình bảo hiểm này, hãy gọi cho nhân viên quản trị quyền lợi của hãng sở/ng nghiệp đoàn, hoặc gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY xin gọi 711) nếu quý vị có điều gì thắc mắc. Quý vị có thể hỏi về quyền lợi sức khỏe của hãng sở hoặc quyền lợi sức khỏe cho người về hưu của quý vị (hoặc của vợ/chồng hay bạn đời quý vị), phí bảo hiểm hoặc thời gian ghi danh. (Số điện thoại bộ phận Dịch Vụ Hội Viên được ghi ở bìa sau của tài liệu này). Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) nếu có thắc mắc về bảo hiểm Medicare của quý vị trong chương trình này. Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048.

Nếu quý vị có bảo hiểm thuốc khác qua hãng sở hoặc nhóm hưu trí của quý vị (hoặc của vợ/chồng hay bạn đời của quý vị), hãy liên hệ với **nhân viên quản trị quyền lợi của nhóm đó**. Nhân viên quản trị về quyền lợi này có thể giúp quý vị hiểu rõ chương trình bảo hiểm thuốc hiện tại của quý vị sẽ làm việc với chương trình của chúng tôi như thế nào.

Chương 3 Sử dụng chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

CHƯƠNG 3: **Sử dụng chương trình cho dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị**

PHẦN 1 Cách nhận dịch vụ chăm sóc y tế và các dịch vụ khác với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi

Chương này giải thích những điều quý vị cần biết về việc sử dụng chương trình bảo hiểm của chúng tôi sao cho các dịch vụ chăm sóc y tế và các dịch vụ khác của quý vị được bao trả. Để biết chi tiết về dịch vụ chăm sóc y tế và các dịch vụ khác mà chương trình của chúng tôi bao trả, hãy truy cập Bảng Quyền Lợi Y Tế trong Chương 4.

Phần 1.1 Nhà cung cấp trong mạng lưới và dịch vụ được bao trả

- **Nhà cung cấp** là các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác có giấy phép của tiểu bang để cung cấp các dịch vụ y tế và chăm sóc. Từ "nhà cung cấp" cũng có nghĩa là bệnh viện và những cơ sở chăm sóc sức khỏe khác.
- **Nhà cung cấp trong mạng lưới** là các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, nhóm y tế, bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác đã ký thỏa thuận với chúng tôi để chấp nhận khoản thanh toán của chúng tôi là khoản thanh toán đầy đủ. Chúng tôi đã thu xếp với những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe này để họ cung cấp các dịch vụ được bao trả cho hội viên của chương trình chúng tôi. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới của chúng tôi thông thường sẽ gửi hóa đơn trực tiếp đến chúng tôi cho những dịch vụ chăm sóc họ cung cấp cho quý vị. Khi quý vị đến khám tại nhà cung cấp trong mạng lưới, quý không phải thanh toán cho các dịch vụ được bao trả.
- **Dịch vụ được bao trả** gồm tất cả các dịch vụ y tế, dịch vụ chăm sóc sức khỏe, tiếp liệu, thiết bị và Thuốc Theo Toa được chương trình của chúng tôi bao trả. Các dịch vụ được bao trả trong việc chăm sóc y tế cho quý vị được trình bày trong Bảng Quyền Lợi Y Tế trong Chương 4. Dịch vụ được bao trả cho thuốc theo toa của quý vị được đề cập trong Chương 5.

Phần 1.2 Những quy định cơ bản để được chương trình chúng tôi bao trả dịch vụ chăm sóc y tế và các dịch vụ khác của quý vị

Là một chương trình bảo hiểm y tế của Medicare và Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii, chương trình của chúng tôi phải bao trả tất cả các dịch vụ được bao trả của Original Medicare và có thể cung cấp các dịch vụ khác ngoài những dịch vụ được bao trả theo Original Medicare. Vui lòng tham khảo Chương 4 để biết các dịch vụ được chương trình bao trả.

Chương 3 Sử dụng chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

Chương trình nói chung sẽ bao trả cho sự chăm sóc y tế cho quý vị nếu:

- **Dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được bao gồm trong Bảng Quyền Lợi Y Tế của chương trình chúng tôi trong Chương 4.**
- **Dịch vụ chăm sóc mà quý vị được cung cấp được xem là cần thiết về mặt y tế.** Cần thiết về mặt y tế có nghĩa là các dịch vụ, tiếp liệu, thiết bị hoặc thuốc cần thiết để phòng bệnh, chẩn đoán, hoặc chữa trị cho bệnh lý của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp thuận về thực hành y khoa.
- **Quý vị có một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) trong mạng lưới cung cấp và giám sát dịch vụ chăm sóc của quý vị.** Là hội viên của chương trình chúng tôi, quý vị phải chọn PCP trong mạng lưới (xem Phần 2.1 để biết thêm thông tin).
 - Thảo luận trước về kế hoạch điều trị của quý vị với PCP để điều phối dịch vụ chăm sóc của quý vị 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 chuyên môn hoặc các cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà. Cần có sự cho phép trước đối với một số dịch vụ. Để biết thêm thông tin về các dịch vụ này, vui lòng xem Bảng Quyền Lợi Y Tế trong Chương 4, Phần 2.
- **Quý vị phải nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp trong mạng lưới (xem Phần 2).** Trong hầu hết các trường hợp, dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được từ nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới (nhà cung cấp không nằm trong mạng lưới chương trình của chúng tôi) sẽ không được bao trả; ngoại trừ những trường hợp được đề cập dưới đây. Điều này có nghĩa là quý vị phải trả toàn bộ chi phí cho nhà cung cấp đó cho các dịch vụ quý vị nhận được. Sau đây là 3 trường hợp ngoại lệ:
 - Chương trình của chúng tôi chi trả chăm sóc cấp cứu hoặc dịch vụ cần gấp mà quý vị nhận từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Để biết thêm thông tin và để biết dịch vụ chăm sóc cấp cứu và dịch vụ cần thiết khẩn cấp là gì, hãy xem Phần 3.
 - Nếu quý vị cần chăm sóc y tế mà Medicare hoặc Chương trình Med-QUEST Division của Hawaii (Medicaid) yêu cầu chương trình của chúng tôi chi trả nhưng không có chuyên gia trong mạng lưới cung cấp chăm sóc này, quý vị có thể nhận chăm sóc đó từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới với mức chia sẻ chi phí như quý vị thường trả trong mạng lưới (cần phê duyệt trước). Trong trường hợp này, chúng tôi sẽ bao trả những dịch vụ này giống như khi quý vị được chăm sóc qua các nhà cung cấp trong mạng lưới. Để biết thông tin về việc xin phép được khám với bác sĩ ngoài mạng lưới, hãy xem Phần 2.4.
 - Chương trình chúng tôi bao trả cho các dịch vụ thẩm tách mà quý vị nhận được tại một cơ sở thẩm tách được Medicare chứng nhận khi quý vị đang tạm thời ra khỏi khu vực dịch vụ của chương trình hoặc khi nhà cung cấp dịch vụ này cho quý vị tạm thời không có sẵn hoặc không thể tiếp cận được. Mức chia sẻ chi phí mà quý vị trả cho chương trình cho việc thẩm tách không bao giờ cao hơn mức chia sẻ chi phí trong Original Medicare. Nếu quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi và được điều trị thẩm tách từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới chương trình, mức chia sẻ chi phí

Chương 3 Sử dụng chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

của quý vị không thể cao hơn mức chia sẻ chi phí mà quý vị trả trong mạng lưới. Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp dịch vụ thăm tách thông thường của quý vị trong mạng lưới tạm thời không có sẵn và quý vị chọn sử dụng dịch vụ bên trong khu vực dịch vụ từ nhà cung cấp bên ngoài mạng lưới của chương trình chúng tôi thì mức chia sẻ chi phí cho điều trị thăm tách có thể cao hơn.

- **Quyền lợi Điểm Dịch Vụ (POS) cho phép quý vị tiếp cận các dịch vụ nhất định từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới.** Không phải tất cả các dịch vụ đều được bao trả ngoài mạng lưới theo tùy chọn Điểm Dịch Vụ (POS) của quý vị. Đối với các dịch vụ được bao trả ngoài mạng lưới, vui lòng tham khảo Bảng Quyền Lợi Y Tế trong Chương 4, Phần 2 để biết thêm thông tin. Quý vị sẽ trả nhiều tiền hơn để tiếp cận các dịch vụ này khi quý vị sử dụng quyền lợi POS của mình. Xem Phần 2.4 của chương này để biết thêm thông tin.

Quý vị không cần giấy giới thiệu khi nhận chăm sóc từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới cho các dịch vụ này. Tuy nhiên, trước khi nhận các dịch vụ này, quý vị có thể muốn xác nhận rằng chúng được chúng tôi chi trả. Nếu sau đó chúng tôi xác định rằng các dịch vụ không được bao trả, chúng tôi có thể từ chối bao trả và quý vị sẽ chịu trách nhiệm thanh toán chi phí. Có thể cần có sự cho phép trước đối với một số dịch vụ.

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

Phần 2.1 Quý vị phải chọn một Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (PCP) để cung cấp và giám sát dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị

PCP là ai và PCP làm được những gì cho quý vị?

Khi trở thành hội viên của chương trình chúng tôi, đầu tiên quý vị phải chọn một nhà cung cấp của chương trình làm PCP của quý vị. PCP của quý vị là đối tác sức khỏe của quý vị, cung cấp hoặc điều phối chăm sóc cho quý vị. PCP của quý vị là một chuyên gia y tế đáp ứng được các yêu cầu của tiểu bang và được đào tạo để cung cấp cho quý vị những dịch vụ chăm sóc y tế cơ bản. Những người này bao gồm các bác sĩ chuyên trách y tế gia đình, bác sĩ đa khoa, nội khoa và lão khoa. Điều dưỡng điều trị (NP), y tá đã đăng ký được Tiểu Bang cấp phép được đào tạo đặc biệt, cung cấp mức độ chăm sóc sức khỏe cơ bản hoặc Trợ Lý Bác Sĩ (PA), được chứng nhận là PCP, cung cấp dịch vụ trong cơ sở chăm sóc chính cũng có thể đóng vai trò là PCP của quý vị.

Quý vị sẽ nhận được hầu hết các dịch vụ chăm sóc thường quy hoặc cơ bản từ PCP của mình. PCP của quý vị cũng sẽ giúp quý vị thu xếp hoặc điều phối phần các dịch vụ được bao trả còn lại mà quý vị nhận được khi là hội viên của chương trình. Sống lành mạnh bao gồm:

- Chụp X-quang,
- Các xét nghiệm phòng thí nghiệm,
- Vật Lý Trị Liệu, Trị Liệu Về Chức Năng Hoạt Động và/hoặc Trị Liệu Âm Ngủ,

Chương 3 Sử dụng chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

- Sự chăm sóc của các bác sĩ chuyên khoa,
- Nhập viện và
- Chăm sóc theo dõi

“Điều phối” các dịch vụ được chi trả của quý vị bao gồm việc kiểm tra hoặc tham vấn với các nhà cung cấp khác trong chương trình về việc chăm sóc của quý vị và tiến triển ra sao. Đối với một số loại dịch vụ hoặc tiếp liệu nhất định, PCP của quý vị sẽ cần được sự cho phép trước (phê duyệt trước). Nếu dịch vụ quý vị cần yêu cầu cho phép trước, PCP của quý vị sẽ yêu cầu sự chấp thuận từ chương trình của chúng tôi. Vì PCP của quý vị sẽ cung cấp và phối hợp dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, tất cả các hồ sơ y tế trước đây của quý vị phải được gửi đến văn phòng của PCP. Thường thì quý vị sẽ đến gặp PCP trước tiên cho hầu hết các nhu cầu chăm sóc sức khỏe thông thường của mình. Chúng tôi khuyên quý vị nên có PCP điều phối tất cả dịch vụ chăm sóc của quý vị. Vui lòng tham khảo Phần 2.2 trong chương này để biết thêm thông tin.

Trong một số trường hợp, PCP của quý vị hoặc một bác sĩ chuyên khoa hoặc nhà cung cấp khác đang cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị sẽ cần có sự cho phép trước (phê duyệt trước) từ chúng tôi cho một số loại dịch vụ và vật dụng nhất định được bao trả. Xem Chương 4 của tài liệu này để biết những dịch vụ và vật dụng nào cần có cho phép trước.

Nếu quý vị cần trao đổi với bác sĩ của mình sau giờ làm việc bình thường, hãy gọi cho phòng khám của bác sĩ và quý vị sẽ được chuyển hướng tới bác sĩ của quý vị, một máy trả lời sẽ cung cấp hướng dẫn về nơi nhận dịch vụ, hoặc một bác sĩ khác đang cung cấp bảo hiểm. Nếu quý vị đang trong tình huống khẩn cấp, hãy gọi ngay cho 911.

Cách chọn PCP

Để chọn PCP, hãy truy cập trang web của chúng tôi tại go.wellcare.com/2026providerdirectories và chọn một PCP từ mạng lưới của chương trình chúng tôi. Bộ phận Dịch Vụ Hội Viên cũng có thể giúp quý vị chọn một PCP. Sau khi quý vị chọn PCP của mình, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên để thông báo về lựa chọn của quý vị. PCP của quý vị phải có trong mạng lưới của chúng tôi.

Nếu có một bác sĩ chuyên khoa hoặc bệnh viện cụ thể nào của chương trình mà quý vị muốn sử dụng, đầu tiên hãy kiểm tra để chắc chắn rằng bác sĩ chuyên khoa và/hoặc bệnh viện đó ở trong mạng lưới của PCP.

Nếu quý vị không chọn PCP hoặc nếu quý vị chọn PCP không thuộc chương trình này, chúng tôi sẽ tự động chỉ định PCP cho quý vị.

Lựa chọn thay đổi PCP của quý vị

Quý vị có thể đổi PCP vì bất cứ lý do gì bất cứ lúc nào. Ngoài ra, PCP của quý vị có thể đã rời khỏi mạng lưới các nhà cung cấp trong chương trình của chúng tôi và quý vị sẽ phải chọn PCP mới. Trong một số trường hợp nhất định, các nhà cung cấp của chúng tôi phải tiếp tục chăm sóc quý vị sau khi rời khỏi mạng lưới của chúng tôi. Để biết thông tin chi tiết cụ thể, hãy liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên.

Nếu quý vị muốn thay đổi PCP của quý vị, vui lòng gọi đến bộ phận Dịch Vụ Hội Viên. Mỗi PCP của

Chương 3 Sử dụng chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

chương trình có thể giới thiệu quý vị tới một số bác sĩ chuyên khoa nhất định của chương trình và sử dụng một số bệnh viện trong mạng lưới của họ. Điều này có nghĩa là PCP của chương trình mà quý vị chọn có thể quyết định các bác sĩ chuyên khoa và bệnh viện mà quý vị có thể chọn. Nếu có các bác sĩ chuyên khoa hoặc bệnh viện cụ thể mà quý vị muốn sử dụng, hãy tìm hiểu xem PCP của chương trình của quý vị có sử dụng các bác sĩ chuyên khoa hoặc bệnh viện này hay không.

Bộ phận Dịch Vụ Hội Viên có thể hỗ trợ quý vị chọn PCP mới. Nếu quý vị yêu cầu thay đổi vào hoặc trước ngày 10 của tháng, thay đổi đó có hiệu lực hồi tố vào ngày 1 của tháng đó. Nếu quý vị gọi điện hoặc yêu cầu sau ngày 10 của tháng, thay đổi sẽ có hiệu lực vào ngày 1 của tháng tiếp theo. Ví dụ: Yêu cầu PCP được đưa ra trước ngày 10 tháng 1 sẽ có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1. Yêu cầu được đưa ra vào hoặc sau ngày 11 tháng 1 sẽ có hiệu lực từ ngày 1 tháng 2. Cho đến khi thay đổi có hiệu lực, quý vị sẽ tiếp tục sử dụng PCP hiện tại của mình cho tất cả các dịch vụ được bao trả. Khi gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên, hãy đề cập đến bất kỳ bác sĩ chuyên khoa hoặc dịch vụ nào (như chăm sóc sức khỏe tại nhà hoặc DME) cần có sự chấp thuận của PCP hiện tại của quý vị.

Phần 2.2 Chăm sóc y tế và dịch vụ khác quý vị có thể nhận được mà không cần sự giới thiệu của PCP

Quý vị có thể được cung cấp những dịch vụ trình bày sau đây mà không cần bác sĩ PCP ủy quyền trước.

- Chăm sóc sức khỏe phụ nữ định kỳ gồm có khám vú, chụp quang tuyến vú để kiểm tra (chụp quang tuyến vú), làm xét nghiệm Pap và khám vùng chậu khi quý vị dùng những nhà cung cấp trong mạng lưới
- Tiêm phòng cúm, vắc xin COVID-19 và vắc xin phổi miễn là quý vị nhận từ nhà cung cấp trong mạng lưới
- Các dịch vụ chăm sóc cấp cứu do những nhà cung cấp dịch vụ trong hoặc ngoài mạng lưới cung cấp
- Dịch vụ cần thiết khẩn cấp được chương trình bao trả là các dịch vụ yêu cầu chăm sóc y tế ngay lập tức (mà không phải là trường hợp cấp cứu) nếu quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc việc nhận dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới mà chương trình ký hợp đồng là không hợp lý. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp là các bệnh và thương tích y tế không lường trước được hoặc các đợt bùng phát bất ngờ của các bệnh lý hiện tại. Các lần thăm khám định kỳ với nhà cung cấp cần thiết về mặt y tế (chẳng hạn như khám sức khỏe hàng năm) không được coi là cần thiết khẩn cấp ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc mạng lưới chương trình tạm thời không hoạt động.
- Dịch vụ thẩm tách quý vị nhận được tại một cơ sở thẩm tách được Medicare chứng nhận khi quý vị tạm thời ở bên ngoài khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi. Nếu có thể, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY xin gọi 711) trước khi quý vị rời khu vực dịch vụ để chúng tôi có thể thu xếp cho quý vị được duy trì thẩm tách trong lúc quý vị đi xa.

Chương 3 Sử dụng chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

Phần 2.3 Làm thế nào để được hưởng dịch vụ chăm sóc của bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp khác trong mạng lưới

Bác sĩ chuyên khoa là bác sĩ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho một chứng bệnh cụ thể hoặc một phần cơ thể cụ thể. Có nhiều loại bác sĩ chuyên khoa. Ví dụ:

- Bác sĩ chuyên khoa ung thư chăm sóc cho bệnh nhân bị ung thư
- Bác sĩ chuyên khoa tim chăm sóc cho bệnh nhân có những chứng bệnh về tim
- Bác sĩ chuyên khoa chỉnh hình chăm sóc cho bệnh nhân có bệnh về xương, khớp hoặc cơ

Hãy thảo luận về nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị với PCP để được giới thiệu gặp bác sĩ chuyên khoa để hỗ trợ nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị. Không cần giới thiệu để gặp bác sĩ chuyên khoa. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, quý vị, người đại diện của quý vị hoặc PCP/nhà cung cấp của quý vị có thể cần được chương trình cho phép trước. Vui lòng xem Chương 4, Phần 2 để biết thông tin về các dịch vụ nào cần sự cho phép trước.

Khi một bác sĩ chuyên khoa hoặc một nhà cung cấp dịch vụ nào đó trong mạng lưới rời chương trình của chúng tôi

Trong năm, chúng tôi có thể thay đổi các bệnh viện, các bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa (nhà cung cấp dịch vụ) trong mạng lưới chương trình chúng tôi. Nếu bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa của quý vị rời chương trình chúng tôi, quý vị có một số quyền và biện pháp bảo vệ dưới đây:

- Mặc dù mạng lưới của nhà cung cấp của chúng tôi có thể thay đổi trong năm, Medicare yêu cầu chúng tôi phải luôn đảm bảo quý vị được tiếp cận với các bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa có trình độ.
- Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị rằng nhà cung cấp sắp rời chương trình của chúng tôi để quý vị có thời gian chọn một nhà cung cấp mới.
 - Nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi hoặc chăm sóc ban đầu của quý vị rời chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị nếu quý vị đã khám với nhà cung cấp đó trong vòng 3 năm qua.
 - Nếu có bất kỳ nhà cung cấp nào khác của quý vị rời chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ thông báo nếu quý vị được chỉ định nhà cung cấp đó, hiện đang được họ chăm sóc hoặc đã khám với họ trong vòng 3 tháng qua.
- Chúng tôi sẽ giúp quý vị chọn một nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới đủ trình độ mới để tiếp tục được chăm sóc.
- Nếu quý vị đang được điều trị y tế hoặc trị liệu với nhà cung cấp hiện tại, quý vị có quyền yêu cầu tiếp tục nhận điều trị hoặc trị liệu cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi sẽ phối hợp với quý vị để quý vị có thể tiếp tục nhận chăm sóc.

Chương 3 Sử dụng chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

- Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về các giai đoạn ghi danh có sẵn và các lựa chọn để quý vị thay đổi chương trình.
- Khi nhà cung cấp hoặc quyền lợi trong mạng lưới không có sẵn hoặc không đủ để đáp ứng nhu cầu y tế của quý vị, chúng tôi sẽ sắp xếp mọi quyền lợi được bao trả cần thiết về mặt y tế ngoài mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi, nhưng ở mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Chương trình của chúng tôi phải xác nhận là không có nhà cung cấp trong mạng lưới và nhà cung cấp ngoài mạng lưới phải liên hệ với chương trình để xin phép cho quý vị được nhận dịch vụ. Nếu được phê duyệt, nhà cung cấp ngoài mạng lưới sẽ được chấp thuận để cung cấp (những) dịch vụ này. Quý vị được quyền nhận các dịch vụ từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới đối với trường hợp cấp cứu hoặc các dịch vụ cần thiết khẩn cấp. Ngoài ra, chương trình của chúng tôi phải bao trả cho các dịch vụ lọc máu cho các hội viên mắc Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (ESRD) đã đi ra khỏi khu vực dịch vụ của chương trình và không thể tiếp cận các nhà cung cấp trong mạng lưới. Các dịch vụ ESRD phải được nhận tại cơ sở lọc máu được Medicare chứng nhận.
- Nếu quý vị biết được bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa của quý vị sẽ rời chương trình, hãy liên hệ chúng tôi để chúng tôi có thể hỗ trợ quý vị chọn một nhà cung cấp mới để quản lý dịch vụ chăm sóc cho quý vị.
- Nếu quý vị tin rằng chúng tôi không cung cấp cho quý vị một nhà cung cấp có trình độ để thay thế nhà cung cấp dịch vụ trước đó hoặc dịch vụ chăm sóc của quý vị không được quản lý một cách thích hợp, quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại về chất lượng chăm sóc cho QIO, đơn than phiền về chất lượng chăm sóc tới chương trình, hoặc cả hai (xem Chương 9).

Phần 2.4 Làm thế nào để được hưởng dịch vụ chăm sóc của các nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới

Quý vị được quyền nhận các dịch vụ từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới đối với trường hợp cấp cứu hoặc các dịch vụ cần thiết khẩn cấp. Ngoài ra, chương trình của chúng tôi phải bao trả cho các dịch vụ lọc máu cho các hội viên mắc Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (ESRD) đã đi ra khỏi khu vực dịch vụ của chương trình và không thể tiếp cận các nhà cung cấp trong mạng lưới. Các dịch vụ ESRD phải được nhận tại cơ sở lọc máu được Medicare chứng nhận.

Ngoài ra, nếu quý vị cần chăm sóc y tế được Medicare bao trả và nhà cung cấp ngoài mạng lưới không thể cung cấp dịch vụ chăm sóc này, quý vị có thể nhận chăm sóc từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Chương trình của chúng tôi phải xác nhận là không có nhà cung cấp trong mạng lưới và nhà cung cấp ngoài mạng lưới phải liên hệ với chương trình để xin phép cho quý vị được nhận dịch vụ. Nếu được phê duyệt, nhà cung cấp ngoài mạng lưới sẽ được chấp thuận để cung cấp (những) dịch vụ này.

Thông qua quyền lợi Điểm Dịch Vụ (POS), quý vị có thể sử dụng các nhà cung cấp ngoài mạng lưới để nhận một số dịch vụ nhất định. Đối với các dịch vụ được bao trả ngoài mạng lưới, vui lòng tham khảo Bảng Quyền Lợi Y Tế trong Chương 4, Phần 2 để biết thêm thông tin. Quý vị sẽ

Chương 3 Sử dụng chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

trả nhiều tiền hơn để tiếp cận các dịch vụ này khi quý vị sử dụng quyền lợi POS của mình. Số tiền tự trả của quý vị có thể cao hơn khi quý vị sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới thông qua quyền lợi POS của quý vị. Quý vị không cần phải có giấy giới thiệu khi quý vị ra khỏi mạng lưới để nhận những dịch vụ này. Tuy nhiên, trước khi nhận các dịch vụ này, quý vị có thể muốn xác nhận với chúng tôi rằng chúng được chi trả. Nếu sau đó chúng tôi xác định rằng các dịch vụ không được bao trả, chúng tôi có thể từ chối bao trả và quý vị sẽ chịu trách nhiệm thanh toán chi phí. Có thể cần có sự cho phép trước đối với một số dịch vụ.

Nếu một nhà cung cấp ngoài mạng lưới gửi cho quý vị một hóa đơn mà quý vị cho rằng chúng tôi phải thanh toán, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên hoặc gửi hóa đơn đó cho chúng tôi để thanh toán. Chúng tôi sẽ thanh toán cho nhà cung cấp của quý vị phần hóa đơn của chúng tôi và nhà cung cấp của quý vị có thể lập hóa đơn cho quý vị cho số tiền quý vị nợ, nếu có.

PHẦN 3 Cách nhận dịch vụ trong trường hợp cấp cứu, có thảm họa hoặc cần được chăm sóc khẩn cấp

Phần 3.1 Nhận chăm sóc khi quý vị ở trong tình trạng cấp cứu y tế

Trường hợp **cấp cứu y tế** là khi quý vị hay một người không hành nghề y có trí tuệ minh mẫn nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và thuốc cho rằng quý vị có các triệu chứng y khoa cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để ngăn ngừa tử vong (và thai nhi tử vong nếu quý vị là phụ nữ mang thai), mất chân tay, hay chân tay không hoạt động được, hoặc mất hoặc suy giảm nghiêm trọng chức năng cơ thể. Các triệu chứng y khoa có thể là bệnh tật, thương tích, đau nặng hoặc tình trạng bệnh trạng nhanh chóng trở nên tồi tệ hơn.

Nếu quý vị lâm vào tình trạng y khoa cấp cứu:

- **Quý vị phải được chăm sóc càng nhanh càng tốt.** Hãy gọi số 911 để được giúp đỡ hoặc phải đi đến phòng cấp cứu hoặc đến bệnh viện gần nhất. Hãy gọi cho xe cứu thương nếu cần. Quý vị không cần có chấp thuận hoặc giới thiệu trước từ PCP. Quý vị không cần sử dụng bác sĩ trong mạng lưới. Quý vị có thể được bao trả chăm sóc y tế cấp cứu bất cứ khi nào quý vị cần, ở bất kỳ đâu ở Hoa Kỳ hoặc các lãnh thổ của Hoa Kỳ và từ bất kỳ nhà cung cấp nào có giấy phép thích hợp của tiểu bang ngay cả khi họ không thuộc mạng lưới của chúng tôi. Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) bảo hiểm các trường hợp khẩn cấp/cấp cứu toàn cầu.
- **Quý vị hãy báo cho chương trình của chúng tôi biết về tình trạng khẩn cấp của quý vị càng sớm càng tốt.** Chúng tôi cần theo dõi việc chăm sóc cấp cứu của quý vị. Quý vị hoặc người khác nên gọi cho chúng tôi biết về việc chăm sóc cấp cứu của quý vị, thường là trong vòng 48 giờ. Quý vị có thể gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở mặt sau thẻ hội viên của quý vị.

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

Chương trình của chúng tôi sẽ bao trả cho dịch vụ xe cứu thương trong những trường hợp khi mà

Chương 3 Sử dụng chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

đi đến phòng cấp cứu bằng bất cứ phương tiện nào khác sẽ có hại cho tình trạng sức khỏe của quý vị. Chúng tôi cũng bao trả dịch vụ y tế trong trường hợp cấp cứu.

Các bác sĩ chăm sóc cấp cứu cho quý vị sẽ quyết định khi nào tình trạng của quý vị ổn định và khi tình trạng cấp cứu y khoa không còn nữa.

Sau khi tình trạng cấp cứu y khoa chấm dứt, quý vị có quyền được tiếp tục chăm sóc để biết bảo đảm là tình trạng của quý vị vẫn luôn ổn định. Quý vị cần khám theo dõi với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của mình trong vòng 5 đến 7 ngày sau khi được chăm sóc cấp cứu. Quý vị sẽ nhận được một cuộc gọi từ đội ngũ chăm sóc của chúng tôi để giúp quý vị sắp xếp lịch khám theo dõi cần thiết và nhận được những quyền lợi hữu ích khác cho quá trình phục hồi. Bác sĩ sẽ tiếp tục điều trị cho quý vị cho đến khi bác sĩ của quý vị liên hệ với chúng tôi và lên kế hoạch chăm sóc thêm. Sự chăm sóc theo dõi của quý vị sẽ được chương trình chúng tôi bao trả. Nếu việc chăm sóc cấp cứu của quý vị do các nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới cung cấp, chúng tôi sẽ cố gắng thu xếp cho các nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới bắt đầu chăm sóc cho quý vị ngay khi bệnh trạng của quý vị và hoàn cảnh cho phép.

Nếu đây không phải là tình trạng y khoa cấp cứu thì sao?

Có khi khó biết được là quý vị có đang trong tình trạng y khoa cấp cứu hay không. Ví dụ như quý vị đi đến phòng chăm sóc cấp cứu vì nghĩ rằng tình trạng sức khỏe của quý vị đang bị nguy hiểm và bác sĩ cho biết, xét ra tình trạng của quý vị không phải là tình trạng cấp cứu y tế. Nếu đúng là tình trạng của quý vị không phải là tình trạng y khoa cấp cứu, nhưng quý vị nghĩ một cách hợp lý là tình trạng sức khỏe của quý vị đang bị nguy hiểm, chúng tôi sẽ bao trả cho các dịch vụ chăm sóc này.

Tuy nhiên, sau khi bác sĩ cho biết là tình trạng của quý vị không phải là tình trạng cấp cứu, chúng tôi sẽ chỉ bao trả cho những dịch vụ chăm sóc bổ sung cho quý vị nếu quý vị được chăm sóc thêm bằng một trong hai cách này:

- Quý vị đến một nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới để được chăm sóc bổ túc.
- Dịch vụ chăm sóc bổ sung mà quý vị nhận được coi là dịch vụ cần thiết khẩn cấp và quý vị tuân thủ các quy tắc nhận dịch vụ chăm sóc khẩn cấp này.

Phần 3.2 Nhận chăm sóc khi quý vị cần được chăm sóc khẩn cấp

Dịch vụ yêu cầu chăm sóc y tế ngay lập tức (mà không phải là trường hợp cấp cứu) là dịch vụ cần thiết khẩn cấp nếu quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc việc nhận dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới mà chương trình ký hợp đồng là không hợp lý. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp là các bệnh và thương tích y tế không lường trước được hoặc các đợt bùng phát bất ngờ của các bệnh lý hiện tại. Tuy nhiên, các lần thăm khám định kỳ với nhà cung cấp cần thiết về mặt y tế, chẳng hạn như khám sức khỏe hàng năm, không được coi là cần thiết khẩn cấp ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc mạng lưới chương trình tạm thời không hoạt động.

Vui lòng liên lạc với văn phòng của PCP 24 giờ một ngày nếu quý vị cần chăm sóc khẩn cấp. Quý vị có thể được hướng dẫn để nhận được chăm sóc khẩn cấp ở trung tâm chăm sóc khẩn cấp

Chương 3 Sử dụng chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

trong mạng lưới. Danh sách các trung tâm cấp cứu khẩn cấp trong mạng lưới có trong *Danh Phần Nhà cung cấp và Nhà thuốc* hoặc trên trang web của chúng tôi tại go.wellcare.com/2026providerdirectories. Nếu dịch vụ chăm sóc khẩn cấp được cung cấp tại văn phòng của bác sĩ, quý vị sẽ trả khoản đồng thanh toán cho văn phòng; tuy nhiên, nếu dịch vụ chăm sóc khẩn cấp được cung cấp ở trung tâm chăm sóc khẩn cấp trong mạng lưới hoặc phòng khám không cần hẹn trước, quý vị sẽ trả khoản đồng thanh toán cho trung tâm chăm sóc khẩn cấp, khoản tiền này có thể khác khoản tiền ở trên. Xem Chương 4 để biết khoản đồng thanh toán áp dụng cho các dịch vụ được cung cấp tại phòng khám của bác sĩ hoặc tại trung tâm chăm sóc khẩn cấp hoặc phòng khám không cần hẹn trước trong mạng lưới.

Quý vị cũng có thể liên hệ Đường Dây Y Tá Tư Vấn bất kỳ lúc nào. Một y tá chuyên nghiệp trực đường dây sẽ giải đáp thắc mắc của quý vị 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần. Để biết thêm thông tin về Đường Dây Y Tá Tư Vấn, hãy xem hạng Phần quyền lợi Chương Trình Giáo Dục Về Sức Khỏe tại Chương 4 hoặc gọi bộ phận Dịch Vụ Hội Viên.

Chương trình của chúng tôi bao trả cho các dịch vụ chăm sóc cấp cứu và các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp bên ngoài Hoa Kỳ trong các trường hợp sau. Tuy nhiên, Medicare không bao trả cho chăm sóc cấp cứu bên ngoài Hoa Kỳ.

- Quý vị được bao trả tối đa \$50,000 khi ra khỏi Hoa Kỳ trong phạm vi các dịch vụ chăm sóc cấp cứu và các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp. Chi phí vượt ra ngoài số tiền này sẽ *không* được bao trả.
- Việc vận chuyển quay lại Hoa Kỳ từ một quốc gia khác và thuốc mua khi ở bên ngoài Hoa Kỳ sẽ *không* được bao trả. Ngoài ra, khoản chia sẻ chi phí phòng cấp cứu sẽ *không* được miễn nếu quý vị nhập viện nội trú để được chăm sóc.
- Vui lòng liên hệ với chúng tôi trong vòng 48 giờ, nếu có thể, để thông báo cho chúng tôi khi quý vị đến phòng cấp cứu.

Để biết thêm thông tin, xem phần “Chăm Sóc Cấp Cứu” và “Các Dịch Vụ Cần Thiết Khẩn Cấp” trong Bảng Quyền Lợi Y Tế trong Chương 4 của tài liệu này hoặc gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên.

Phần 3.3 Nhận chăm sóc trong trường hợp có thảm họa

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

Truy cập go.wellcare.com/OhanaHI để biết thông tin về cách nhận chăm sóc cần thiết trong trường hợp thảm họa.

Nếu quý vị không thể sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới trong trường hợp có thảm họa, chương trình của chúng tôi sẽ cho phép quý vị nhận chăm sóc từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới với mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu quý vị không thể sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới trong trường hợp có thảm họa, quý vị có thể mua thuốc kê đơn tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới. Xem Chương 5, Phần 2.4.

Chương 3 Sử dụng chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

PHẦN 4 Nếu quý vị bị lập hóa đơn trực tiếp cho toàn bộ chi phí của các dịch vụ được đài thọ thì sao?

Nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ được chi trả, hoặc nếu quý vị nhận được hóa đơn cho dịch vụ y tế được chi trả, hãy xem Chương 7 để biết cần làm gì.

Phần 4.1 Nếu các dịch vụ không được chương trình của chúng tôi bao trả

Chương trình của chúng tôi chi trả tất cả các dịch vụ cần thiết về mặt y khoa như liệt kê trong Biểu đồ Quyền lợi Y tế ở Chương 4. Nếu quý vị nhận các dịch vụ không được chương trình của chúng tôi bao trả hoặc quý vị nhận dịch vụ từ bên ngoài mạng lưới và không được ủy quyền, quý vị có trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí dịch vụ. Trước khi thanh toán chi phí dịch vụ, quý vị nên kiểm tra xem dịch vụ đó có được Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii bao trả hay không.

Đối với những dịch vụ được bao trả nhưng có giới hạn về quyền lợi, quý vị cũng phải trả toàn phần chi phí của những dịch vụ này sau khi quý vị sử dụng hết mức quyền lợi cho loại dịch vụ được bao trả đó. Số tiền quý vị chi trả cho các chi phí sau khi đã đạt đến giới hạn quyền lợi sẽ không được tính vào số tiền tự trả tối đa. Ví dụ, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được từ một cơ sở điều dưỡng chuyên môn sau khi thanh toán của chương trình chúng tôi đạt đến giới hạn quyền lợi. Sau khi quý vị thiết lập giới hạn quyền lợi, các khoản thanh toán thêm cho các dịch vụ của quý vị sẽ không được tính vào số tiền tự trả tối đa hàng năm.

PHẦN 5 Dịch vụ y tế trong nghiên cứu khảo sát lâm sàng

Phần 5.1 Nghiên cứu khảo sát lâm sàng là gì

Nghiên cứu lâm sàng (còn gọi là thử nghiệm lâm sàng) là cách bác sĩ và các nhà khoa học thí nghiệm những cách thức chăm sóc y tế mới, chẳng hạn như thí nghiệm xem thuốc trị ung thư mới công hiệu như thế nào. Một số nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt. Nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt thường yêu cầu các tình nguyện viên tham gia nghiên cứu. Khi quý vị tham gia nghiên cứu khảo sát lâm sàng, quý vị có thể vẫn ghi danh trong chương trình của chúng tôi và tiếp tục được chăm sóc cho những tình trạng sức khỏe khác (chăm sóc không liên quan đến công trình nghiên cứu) qua chương trình của chúng tôi.

Nếu quý vị tham gia một nghiên cứu đã được Medicare chấp thuận, Original Medicare sẽ trả hầu hết các chi phí đối với những dịch vụ được bao trả mà quý vị được cung cấp trong tiến trình của cuộc nghiên cứu. Nếu quý vị cho chúng tôi biết rằng quý vị đang tham gia một thử nghiệm lâm sàng đủ điều kiện, quý vị chỉ phải chi trả phần chia sẻ chi phí trong mạng lưới cho các dịch vụ trong thử nghiệm đó. Nếu quý vị trả nhiều tiền hơn, ví dụ như quý vị đã thanh toán số tiền chia sẻ chi phí của Original Medicare, chúng tôi sẽ hoàn trả phần chênh lệch giữa số tiền quý vị đã thanh toán và khoản chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Quý vị cần cung cấp giấy tờ để cho chúng tôi biết quý vị đã thanh toán bao nhiêu tiền.

Nếu quý vị muốn tham gia bất kỳ nghiên cứu lâm sàng nào được Medicare chấp thuận, quý vị

Chương 3 Sử dụng chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

không cần cho chúng tôi biết hoặc xin phép chương trình chúng tôi hay PCP của quý vị. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị trong quá trình nghiên cứu lâm sàng không cần phải trong mạng lưới chương trình của chúng tôi. (Điều này không áp dụng cho các quyền lợi được bao trả yêu cầu thử nghiệm lâm sàng hoặc đăng ký để đánh giá quyền lợi, bao gồm một số quyền lợi yêu cầu bao trả với các nghiên cứu miễn trừ thiết bị nghiên cứu (IDE) và phát triển bằng chứng (NCDs-CED). Những quyền lợi này cũng có thể phải tuân theo sự cho phép trước và các quy tắc khác của chương trình.)

Mặc dù quý vị không cần sự cho phép từ chương trình chúng tôi để tham gia vào nghiên cứu lâm sàng, chúng tôi khuyến khích quý vị thông báo trước cho chúng tôi khi quý vị chọn tham gia vào các thử nghiệm lâm sàng đủ điều kiện của Medicare.

Nếu quý vị tham gia một nghiên cứu chưa được Medicare chấp thuận, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm trả toàn bộ chi phí khi tham gia trong nghiên cứu đó.

Phần 5.2 Người chi trả cho các dịch vụ trong nghiên cứu khảo sát lâm sàng

Khi quý vị tham gia một nghiên cứu lâm sàng được Medicare chấp thuận, Original Medicare sẽ bao trả cho những dịch vụ chăm sóc và vật dụng thông thường mà quý vị được cung cấp trong quá trình nghiên cứu, gồm có:

- Chi phí cho phòng nằm và ăn uống trong lúc nằm bệnh viện mà Medicare sẽ bao trả ngay cả khi quý vị không tham gia nghiên cứu.
- Giải phẫu hoặc thủ tục y khoa nào khác nếu những thủ tục này là một phần của công trình nghiên cứu.
- Chữa trị các phản ứng phụ và biến chứng liên quan đến thể thức mới chăm sóc sức khỏe.

Sau khi Medicare thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình cho những dịch vụ này, chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán phần còn lại. Giống với tất cả các dịch vụ được bao trả, quý vị sẽ không phải trả khoản tiền nào cho các dịch vụ được bao trả mà quý vị nhận được khi tham gia một nghiên cứu lâm sàng.

Khi quý vị đang tham gia nghiên cứu lâm sàng, cả chương trình của chúng tôi lẫn Medicare sẽ không trả tiền cho những phần sau:

- Thường thì Medicare sẽ không trả cho những vật dụng hoặc dịch vụ mới mà cuộc nghiên cứu đang thử nghiệm trừ khi Medicare sẽ bao trả cho những vật dụng hoặc dịch vụ này ngay cả khi quý vị không tham gia nghiên cứu.
- Vật dụng hoặc dịch vụ 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 trả tiền cho thủ tục chụp CT hàng tháng trong tiến trình của cuộc nghiên cứu nếu bệnh trạng của quý vị thường chỉ đòi hỏi chụp CT một lần.
- Các vật dụng và dịch vụ do nhà tài trợ nghiên cứu cung cấp miễn phí cho bất kỳ đối tượng

Chương 3 Sử dụng chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

nào trong thử nghiệm.

Nhận thêm thông tin về việc tham gia công trình nghiên cứu lâm sàng

Tìm hiểu thêm về việc tham gia nghiên cứu lâm sàng trong ấn phẩm của Medicare *Medicare and Clinical Research Studies*, có tại www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048.

PHẦN 6 Các quy tắc về việc nhận dịch vụ chăm sóc tại cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế

Phần 6.1 Cơ sở chăm sóc sức khỏe thuộc về tôn giáo và không phục vụ về y tế

Cơ sở chăm sóc sức khỏe thuộc về tôn giáo và không phục vụ về y tế là một cơ sở chăm sóc cho một bệnh trạng mà thông thường sẽ được điều trị tại bệnh viện hoặc cơ sở chăm sóc điều dưỡng chuyên môn. Nếu việc nhận được chăm sóc tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn đi ngược lại tín ngưỡng tôn giáo của hội viên, thay vào đó chúng tôi sẽ bao trả cho dịch vụ chăm sóc tại cơ sở chăm sóc sức khỏe thuộc về tôn giáo và không phục vụ về y tế. Quyền lợi này chỉ được cung cấp cho những dịch vụ điều trị nội trú thuộc Phần A (dịch vụ chăm sóc sức khỏe không thuộc về y khoa).

Phần 6.2 Nhận chăm sóc từ cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế

Để nhận dịch vụ chăm sóc từ cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế, quý vị phải ký vào một tài liệu pháp lý cho biết là quý vị phản đối một cách sáng suốt việc nhận được điều trị y tế **không ngoại lệ**.

- **Chăm sóc hoặc điều trị y tế không thuộc diện miễn trừ** là bất kỳ chăm sóc hoặc điều trị y tế nào *tự nguyện* và *không bắt buộc* theo bất kỳ luật liên bang, tiểu bang hoặc địa phương nào.
- **Điều trị y tế thuộc diện miễn trừ** là chăm sóc hoặc điều trị y tế mà quý vị nhận *không* phải tự nguyện hoặc *được yêu cầu* theo luật liên bang, tiểu bang hoặc địa phương.

Để được chương trình chúng tôi bao trả, sự chăm sóc do cơ sở chăm sóc sức khỏe thuộc về tôn giáo và không phục vụ về y tế cung cấp cho quý vị phải hội đủ những điều kiện sau đây:

- Cơ sở chăm sóc sức khỏe này phải được Medicare chứng nhận.
- Chương trình của chúng tôi chỉ bao trả cho các phần dịch vụ *không liên quan đến tôn giáo*.
- Nếu quý vị được cung cấp dịch vụ từ y viện này tại một cơ sở, những điều kiện sau đây được áp dụng:
 - Quý vị phải mắc bệnh trạng cho phép quý vị nhận các dịch vụ được bao trả cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện cho bệnh nhân nội trú hoặc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn.

Chương 3 Sử dụng chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

- – và – quý vị phải được chương trình của chúng tôi chấp thuận trước khi nhập viện, nếu không thời gian nằm viện của quý vị sẽ không được chi trả.

Thời gian quý vị ở tại cơ sở chăm sóc sức khỏe thuộc về tôn giáo và không phục vụ về y tế sẽ không được chương trình chúng tôi bao trả trừ khi quý vị yêu cầu và được chương trình của chúng tôi cho phép (chấp thuận) trước và sẽ phải chịu những hạn chế phạm vi bao trả như các bệnh nhân nội trú hoặc việc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn quý vị sẽ nhận được. Vui lòng xem Bảng Quyền Lợi Y Tế ở Chương 4 để biết các quy tắc bảo hiểm và thông tin bổ sung về chia sẻ chi phí và giới hạn đối với bảo hiểm nội trú tại bệnh viện và cơ sở điều dưỡng chuyên môn.

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

Phần 7.1 Quý vị không được sở hữu thiết bị y tế lâu bền sau khi quý vị trả một số khoản thanh toán theo chương trình của chúng tôi

Thiết bị y tế lâu bền (DME) bao gồm các vật dụng như thiết bị dưỡng khí và tiếp liệu, xe lăn, khung tập đi, hệ thống chăn nệm chạy điện, nạng, tiếp liệu cho bệnh tiểu đường, thiết bị phát âm, máy truyền thuốc vào tĩnh mạch, máy xông khí dung, giường bệnh viện do nhà cung cấp dịch vụ yêu cầu chương trình cung cấp cho hội viên để sử dụng tại nhà. Hội viên luôn sở hữu một số vật dụng DME, như bộ phận giả. Các loại DME khác quý vị phải thuê.

Theo chương trình Original Medicare, những người thuê một số loại DME sẽ được sở hữu những thiết bị này luôn sau khi đã trả khoản đồng thanh toán cho vật dụng này trong 13 tháng. Là hội viên của chương trình chúng tôi, quý vị cũng sẽ được sở hữu một số loại DME sau khi đã thanh toán khoản đồng thanh toán cho thiết bị đó trong một số tháng cụ thể. Các khoản thanh toán cho vật dụng DME trước đây khi quý vị đang có Original Medicare sẽ không được tính vào các khoản thanh toán quý vị trả khi là hội viên chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị yêu cầu quyền sở hữu một vật dụng DME khi quý vị đang là hội viên của chương trình chúng tôi và thiết bị cần bảo dưỡng thì nhà cung cấp được phép lập hóa đơn chi phí sửa chữa cho chương trình. Cũng có một số loại DME mà quý vị sẽ không được quyền sở hữu bất kể quý vị đã thanh toán bao nhiêu lần cho vật dụng đó khi đang là hội viên của chương trình chúng tôi. Gọi bộ phận Dịch Vụ Hội Viên để tìm hiểu về các yêu cầu để thuê và sở hữu DME và các tài liệu quý vị cần cung cấp.

Nếu quý vị chuyển sang chương trình Original Medicare thì việc gì sẽ xảy ra đối với khoản tiền quý vị đã trả cho thiết bị y tế lâu bền?

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 trả 13 khoản tiền liên tiếp mới sau khi quý vị chuyển sang tham gia chương trình Original Medicare để được sở hữu vật dụng DME này. Các khoản thanh toán quý vị đã thực hiện khi ghi danh vào chương trình của chúng tôi không được tính vào 13 khoản thanh toán này.

Ví dụ 1: Quý vị đã thực hiện 12 khoản thanh toán liên tiếp hoặc ít hơn cho vật dụng đó khi đang tham gia Original Medicare rồi sau đó mới tham gia chương trình của chúng tôi. Các khoản thanh toán mà quý vị đã thực hiện trong Original Medicare sẽ không được tính. Quý vị sẽ phải thực hiện

Chương 3 Sử dụng chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

13 khoản thanh toán cho chương trình của chúng tôi trước khi sở hữu vật dụng đó.

Ví dụ 2: Quý vị đã thực hiện 12 khoản thanh toán liên tiếp hoặc ít hơn cho vật dụng đó khi đang tham gia Original Medicare rồi sau đó mới tham gia chương trình của chúng tôi. Quý vị không có quyền sở hữu vật dụng đó khi tham gia chương trình của chúng tôi. Sau đó, quý vị quay lại Original Medicare. Quý vị sẽ phải thực hiện 13 khoản thanh toán mới liên tiếp để sở hữu vật dụng đó sau khi quý vị tham gia lại Original Medicare. Bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện (cho dù là cho chương trình của chúng tôi hay Original Medicare) đều không được tính.

Phần 7.2 Quy định về thiết bị oxy, tiếp liệu và bảo trì

Nếu quý vị đủ điều kiện cho bảo hiểm thiết bị oxy Medicare, Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) sẽ bao trả:

- Cho thuê thiết bị oxy
- Cung cấp oxy và nồng độ oxy
- Ống thở và các phụ kiện oxy liên quan để cung cấp oxy và nồng độ oxy
- Bảo trì và sửa chữa thiết bị oxy

Nếu quý vị rời chương trình Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) hoặc không còn cần thiết bị oxy nữa, quý vị phải trả lại thiết bị oxy.

Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị rời chương trình của chúng tôi và quay lại Original Medicare?

Original Medicare yêu cầu một nhà cung cấp oxy cung cấp dịch vụ cho quý vị trong 5 năm. Trong 36 tháng đầu tiên, quý vị sẽ thuê thiết bị. 24 tháng còn lại, nhà cung cấp sẽ cung cấp thiết bị và bảo trì (quý vị vẫn chịu trách nhiệm đồng thanh toán cho oxy). Sau 5 năm, quý vị có thể chọn sử dụng tiếp công ty đó hoặc sử dụng công ty khác. Vào thời điểm này, chu kỳ 5 năm bắt đầu lại, ngay cả khi quý vị tiếp tục sử dụng công ty cũ, và quý vị lại được yêu cầu phải thanh toán khoản đồng thanh toán trong 36 tháng đầu tiên. Nếu quý vị tham gia hoặc rời chương trình của chúng tôi, chu kỳ 5 năm sẽ bắt đầu lại.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

CHƯƠNG 4: Biểu đồ Quyền lợi Y tế (quyền lợi được chi trả)

PHẦN 1 Hiểu rõ về những dịch vụ được bao trả

Biểu đồ Quyền lợi Y tế liệt kê các dịch vụ được chi trả khi quý vị là thành viên của chương trình chúng tôi. Phần này cũng cung cấp thông tin về các dịch vụ y tế không được chi trả và giải thích giới hạn đối với một số dịch vụ.

Phần 1.1 Quý vị không phải trả tiền cho các dịch vụ được bao trả

Vì quý vị nhận hỗ trợ từ Chương trình Med-QUEST Division của Hawaii (Medicaid), quý vị không phải trả tiền cho các dịch vụ được chi trả miễn là quý vị tuân theo quy định của chương trình chúng tôi về cách nhận chăm sóc. (Chuyển đến Chương 3 để biết thêm thông tin về các quy định nhận dịch vụ chăm sóc của chương trình.)

Phần 1.2 Mức phí cao nhất mà quý vị sẽ phải trả cho các dịch vụ y tế được Medicare Part A và Part B bao trả là bao nhiêu?

Lưu ý: Vì hội viên chương trình của chúng tôi cũng được chương trình Medicaid hỗ trợ nên chỉ một số rất ít hội viên phải thanh toán số tiền tự trả đến mức tối đa này. Quý vị không có trách nhiệm thanh toán bất kỳ chi phí xuất túi nào vượt quá số tiền tự trả tối đa cho các dịch vụ được bao trả theo Phần A và Phần B.

Chương Trình Medicare Advantage có một giới hạn về số tiền quý vị phải thanh toán số tiền tự trả mỗi năm cho các dịch vụ y tế được Medicare Part A và Part B bao trả. Mức giới hạn này được gọi là số tiền tự trả tối đa (MOOP) cho các dịch vụ y tế. **Đối với năm dương lịch 2026, số tiền MOOP là \$9,250.**

Số tiền quý vị trả cho các khoản đồng thanh toán và đồng bảo hiểm cho các dịch vụ được bao trả được tính vào số tiền tự trả tối đa này. Số tiền mà quý vị trả cho thuốc Phần D thì không được tính vào số tiền tự trả tối đa của quý vị. Ngoài ra, những khoản tiền quý vị trả cho một số dịch vụ thì không được tính vào số tiền tự trả tối đa của quý vị. Các dịch vụ này được đánh dấu hoa thị (*) trong Bảng Quyền Lợi Y Tế. Nếu quý vị đạt mức chi phí tự trả tối đa là \$9,250, quý vị sẽ không phải thanh toán số tiền tự trả cho phí tổn nào nữa cho đến cuối năm cho các dịch vụ được Phần A và Phần B đài thọ. Tuy nhiên, quý vị phải tiếp tục trả phí phí bảo hiểm Medicare Part B (trừ khi phí bảo hiểm Phần B được trả bởi Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii hay một bên thứ ba khác).

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

PHẦN 2 Bảng Quyền Lợi Y Tế trình bày các quyền lợi và chi phí y tế của quý vị

Biểu đồ Quyền lợi Y tế ở các trang tiếp theo liệt kê các dịch vụ chương trình của chúng tôi chi trả (phạm vi chi trả thuộc Phần D nằm ở Chương 5). Các dịch vụ liệt kê trong Bảng Quyền Lợi Y Tế chỉ được chi trả khi nào đáp ứng các yêu cầu sau đây:

- Các dịch vụ được Medicare và Chương trình Med-QUEST Division của Hawaii (Medicaid) chi trả phải được cung cấp theo hướng dẫn phạm vi chi trả của Medicare và Chương trình Med-QUEST Division của Hawaii (Medicaid).
- Dịch vụ của quý vị (bao gồm dịch vụ chăm sóc y tế, dịch vụ, tiếp liệu, thiết bị và thuốc Phần B) *phải* cần thiết về mặt y tế. Cần thiết về mặt y tế có nghĩa là các dịch vụ, tiếp liệu, hoặc thuốc cần thiết để phòng bệnh, chẩn đoán, hoặc chữa trị cho bệnh lý của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp thuận về thực hành y khoa.
- Đối với những người ghi danh mới, chương trình chăm sóc phối hợp MA của quý vị phải cung cấp giai đoạn chuyển tiếp tối thiểu 90 ngày, trong thời gian đó chương trình MA mới không thể yêu cầu cho phép trước cho bất kỳ quá trình điều trị nào đang diễn ra, ngay cả khi quá trình điều trị là cho một dịch vụ bắt đầu với một nhà cung cấp ngoài mạng lưới.
- Quý vị có một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) cung cấp và giám sát dịch vụ chăm sóc của quý vị.
- Một số dịch vụ trong Bảng Quyền Lợi Y Tế *chỉ* được bao trả khi bác sĩ của quý vị hay nhà cung cấp dịch vụ khác trong mạng lưới có được sự phê duyệt trước (đôi khi được gọi là cho phép trước) từ chúng tôi. Các dịch vụ được bao trả, cần sự đồng ý chấp thuận trước, được in nghiêng trong Bảng Quyền Lợi Y Tế.
- Nếu chương trình chăm sóc phối hợp của quý vị phê duyệt yêu cầu sự cho phép trước cho một quá trình điều trị, quyết định phê duyệt phải có hiệu lực miễn là hợp lý về mặt y tế và cần thiết để tránh gián đoạn việc chăm sóc theo tiêu chí bảo hiểm hiện hành, bệnh sử của quý vị và khuyến cáo của nhà cung cấp dịch vụ điều trị.

Những thứ quan trọng khác để hiểu biết về mức bảo hiểm của chúng tôi:

- Quý vị được chi trả bởi cả Medicare và Chương trình Med-QUEST Division của Hawaii (Medicaid). Medicare bao trả dịch vụ chăm sóc sức khỏe và thuốc theo toa. Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii bao trả phần chia sẻ chi phí của quý vị cho các dịch vụ Medicare, bao gồm các khoản tiền khấu trừ và đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm của Medicare cho các dịch vụ nội trú và ngoại trú trong bệnh viện và các lần thăm khám tại phòng khám bác sĩ. Chương trình Med-QUEST Division của Hawaii (Medicaid) cũng chi trả các dịch vụ mà Medicare không chi trả, như chăm sóc dài hạn, một số thuốc không kê đơn, và dịch vụ chăm sóc tại nhà và dựa vào cộng đồng.
- Cũng như tất cả các chương trình bảo hiểm y tế Medicare, chúng tôi bao trả cho mọi thứ mà Original Medicare bao trả. (Để tìm hiểu thêm về phạm vi chi trả và chi phí của Original Medicare, hãy xem sổ tay *Medicare và Quý vị 2026*. Xem trực tuyến tại www.Medicare.gov

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

hoặc yêu cầu một bản bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY gọi 1-877-486-2048.)

- Mọi dịch vụ phòng bệnh được bao trả miễn phí trong Original Medicare, chúng tôi cũng bao trả dịch vụ miễn phí cho quý vị.
- Nếu Medicare bổ sung bảo hiểm cho bất cứ các dịch vụ mới nào trong năm 2026, thì Medicare hoặc chương trình của chúng tôi sẽ bao trả cho các dịch vụ đó.
- Theo chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ cung cấp bảo hiểm cho một số quyền lợi của Chương Trình Med-QUEST Division Program (Medicaid) của Hawaii theo yêu cầu trong thỏa thuận của chương trình chúng tôi với Cơ Quan Medicaid Tiểu Bang của quý vị. Bảng Quyền Lợi Y Tế trong Chương 4 nêu rõ những quyền lợi nào được chương trình bao trả. Bảng Quyền Lợi Y Tế cũng sẽ nêu rõ bất kỳ giới hạn quyền lợi hoặc sự ủy quyền nào áp dụng. Để biết các dịch vụ được Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii bao trả, vui lòng tham khảo Bảng Quyền Lợi để biết danh sách đầy đủ các quyền lợi Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii bao trả. Nếu quý vị không nhận được Bản Tóm Tắt Quyền Lợi, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên và yêu cầu họ gửi cho quý vị một bản sao. Khoản chia sẻ chi phí của quý vị cho các dịch vụ được bao trả theo Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii nếu có, dựa trên mức độ hội đủ điều kiện tham gia Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii.
- Nếu quý vị đang trong giai đoạn 6 tháng được coi là tiếp tục đủ điều kiện của chương trình chúng tôi, chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp tất cả quyền lợi Medicare Advantage do Medicare chi trả. Tuy nhiên, trong thời gian này, chương trình Medicare Advantage không chịu trách nhiệm chi trả bất kỳ quyền lợi nào của Chương trình Med-QUEST Division của Hawaii (Medicaid) có thể nằm trong Chương trình Medicaid Tiểu bang của quý vị.

Quý vị không phải thanh toán cho các dịch vụ nêu trong Bảng Quyền Lợi Y Tế, miễn là đáp ứng các yêu cầu về bao trả được mô tả bên trên.

Thông Tin Quan Trọng Về Phúc Lợi Dành Cho Người Ghi Danh Mắc Bệnh Mạn Tính

- Nếu quý vị được chẩn đoán mắc (các) bệnh mạn tính sau đây và đáp ứng các tiêu chí nhất định, quý vị có thể hội đủ điều kiện được hưởng các phúc lợi bổ sung đặc biệt dành cho bệnh mạn tính.
 - **Rối loạn tự miễn (bao gồm viêm khớp dạng thấp)**
 - **Ung thư**
 - **Rối loạn tim mạch (bao gồm Tăng huyết áp)**
 - **Rối loạn sử dụng rượu mạn tính và các rối loạn sử dụng chất kích thích khác (SUD)**
 - **Suy tim mạn tính**
 - **Bệnh phổi mạn tính**
 - **Các bệnh trạng sức khỏe tâm thần mạn tính và khuyết tật**
 - **Bệnh đường tiêu hóa mạn tính (bao gồm rối loạn tiêu hóa mạn tính)**

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

- **Bệnh thận mạn tính (CKD)**
- **Các tình trạng có khó khăn về chức năng (bao gồm Bệnh Thận Giai đoạn Cuối (ESRD), Bệnh Gan Giai đoạn Cuối, Loãng xương (bệnh xương), Viêm xương khớp)**
- **Các tình trạng đòi hỏi dịch vụ trị liệu liên tục để các cá nhân duy trì hoặc duy trì chức năng (bao gồm Loạn Dưỡng Cơ)**
- **Các tình trạng liên quan đến suy giảm nhận thức (bao gồm Hội Chứng Down)**
- **Sa sút trí tuệ**
- **Tiểu Đường**
- **Chứng lạc nội mạc tử cung**
- **HIV/AIDS**
- **Rối loạn thần kinh**
- **Thừa cân, béo phì và hội chứng chuyển hóa (bao gồm Tăng lipid máu/Tăng lipid máu)**
- **Sau ghép tạng**
- **Rối loạn huyết nặng**
- **Đột quỵ**
- Chương trình của quý vị bao gồm Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt cho Bệnh Mạn Tính (SSBCI). Những quyền lợi bổ sung này chỉ dành cho các hội viên mắc bệnh mạn tính, có nguy cơ cao, cũng đáp ứng các tiêu chí bổ sung để đủ điều kiện.
- **Hội viên phải đáp ứng và duy trì cả ba tiêu chí đủ điều kiện dưới đây để đủ tiêu chuẩn:**
 1. Hội viên phải cần được quản lý dịch vụ chăm sóc **tích cực**.
 2. Hội viên phải có **nguy cơ cao** phải nhập viện bất ngờ.
 3. Hội viên phải có chẩn đoán tích cực và được ghi nhận cho một bệnh mạn tính đủ điều kiện. Tình trạng mạn tính phải **đe dọa tính mạng hoặc làm suy giảm đáng kể sức khỏe tổng thể hay chức năng của thành viên**.
- Wellcare sẽ thông báo cho quý vị nếu đủ điều kiện và quý vị sẽ nhận được thư hướng dẫn về cách tiếp cận quyền lợi.
- Hội viên mới có thể đủ điều kiện nhận phúc lợi SSBCI nếu nhà cung cấp của quý vị chứng thực rằng quý vị đáp ứng các tiêu chí đủ điều kiện.
- Có thể áp dụng khoản đồng thanh toán hoặc các chi phí khác không được chương trình của quý vị bao trả.
- Cần xác nhận rằng tất cả các tiêu chí đã được đáp ứng trước khi nhận được quyền tiếp cận các quyền lợi này.
- Tất cả các quyền lợi kết thúc vào ngày 12/31/2026 và các hội viên sẽ được yêu cầu đánh

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

giá đủ điều kiện lại cho mỗi năm chương trình.

- Quý vị hãy xem dòng *Quyền Lợi Bổ sung Cho Một Số Bệnh Mạn Tính* trong Bảng Quyền Lợi Y Tế dưới đây để biết thêm chi tiết.
- Liên hệ với chúng tôi để tìm hiểu chính xác những quyền lợi mà quý vị có thể đủ điều kiện nhận.



Trái táo này cho biết các dịch vụ phòng bệnh trong Bảng Quyền Lợi Y Tế.

Bảng Quyền Lợi Y Tế

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Đối với các dịch vụ được Chương trình Med-QUEST Division của Hawaii (Medicaid) chi trả, vui lòng tham khảo Tóm tắt Quyền lợi của chương trình để có danh sách đầy đủ các quyền lợi do Medicaid chi trả. Nếu quý vị không nhận được Bản Tóm Tắt Quyền Lợi, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên và yêu cầu họ gửi cho quý vị một bản sao. Phần chia sẻ chi phí của quý vị cho dịch vụ được Medicaid bao trả, nếu có, dựa trên mức độ đủ điều kiện Medicaid quý vị. Vui lòng liên hệ với cơ quan Medicaid tiểu bang để xác định mức chia sẻ chi phí của quý vị.	
Khám tầm soát bệnh phình động mạch chủ ở bụng dưới Siêu âm một lần truy tầm bệnh, cho những ai có rủi ro mắc bệnh. Chương trình chuáng tôi chỉ đài thọ việc khám dò tìm này nếu quý vị có các yếu tố nguy cơ nhất định và nếu quý vị được giới thiệu của bác sĩ, phụ tá bác sĩ, y tá, hoặc chuyên viên y tá lâm sàng.	Không có đồng thanh toán, tiền đồng bảo hiểm hoặc tiền khấu trừ cho những người đủ điều kiện được khám sàng lọc phòng ngừa bệnh.
Châm cứu điều trị đau thắt lưng mạn tính Các dịch vụ được bao trả gồm có: Bao trả tối đa 12 lần thăm khám trong 90 ngày trong các trường hợp sau: Đối với Phần đích của quyền lợi này, chứng đau thắt lưng mạn tính được xác định là: • Kéo dài 12 tuần hoặc lâu hơn; • không cụ thể, vì không có nguyên nhân hệ thống có thể xác định được (tức là không liên quan đến bệnh di căn, viêm, truyền nhiễm v.v.); • không liên quan đến phẫu thuật; và • không liên quan đến thai kỳ.	Đồng thanh toán \$0 cho dịch vụ châm cứu được Medicare bao trả thực hiện tại phòng mạch PCP. Khoản đồng thanh toán \$0 cho dịch vụ châm cứu được Medicare bao trả thực hiện tại phòng mạch Bác Sĩ Chuyên Khoa. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho dịch vụ châm cứu được Medicare bao trả thực hiện tại phòng mạch của Bác sĩ trị liệu thần kinh cột sống.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Châm cứu điều trị đau thắt lưng mạn tính (tiếp theo) 8 buổi châm cứu bổ sung sẽ được bao trả cho những bệnh nhân có sự cải thiện. Mỗi năm không được thực hiện quá 20 đợt châm cứu. Phải ngừng điều trị nếu bệnh nhân không cải thiện hoặc không hồi phục. Các Yêu Cầu Đối Với Nhà Cung Cấp: Các bác sĩ (như định nghĩa trong 1861(r)(1) của Đạo Luật An Sinh Xã Hội (Đạo Luật)) có thể cung cấp dịch vụ châm cứu phù hợp với các yêu cầu hiện hành của tiểu bang. Các trợ lý bác sĩ (PA), chuyên viên điều dưỡng (NP)/chuyên gia điều dưỡng lâm sàng (CNS) (như quy 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 được tất cả các yêu cầu hiện hành của tiểu bang và có: - bằng thạc sĩ hoặc tiến sĩ về châm cứu hoặc Đông Y từ một trường được Ủy Ban Chứng Nhận Chất Lượng Châm Cứu và Đông Y Học (ACAOM) chứng nhận; và, - hiện có giấy phép còn hiệu lực đầy đủ và không bị hạn chế để hành nghề châm cứu trong Tiểu Bang, Vùng Lãnh Thổ hoặc Khối Thịnh Vượng Chung (ví dụ như Puerto Rico) của Hoa Kỳ, hoặc District of Columbia. Nhân viên phụ trợ cung cấp dịch vụ châm cứu phải được giám sát thích hợp bởi một bác sĩ, PA, hoặc NP/CNS theo quy định của chúng tôi tại điều 42 CFR §§ 410.26 và 410.27. Châm cứu cho các bệnh lý khác Chương trình của chúng tôi cũng bao trả cho dịch vụ châm cứu bổ sung (Không được Medicare bao trả) tối đa tổng cộng 24 lần mỗi năm. Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải sử dụng một nhà cung cấp có ký hợp đồng để nhận các dịch vụ được bao trả. Vui lòng liên hệ với chương trình của chúng tôi nếu quý khách có thắc mắc về cách sử dụng quyền lợi này. Các dịch vụ châm cứu được bao trả gồm có: - Một lần khám cho bệnh nhân mới hoặc khám cho bệnh nhân chính thức để đánh giá lần đầu một vấn đề sức khỏe	<i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám châm cứu bổ sung (Không được Medicare bao trả).* <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i>

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Châm cứu điều trị đau thắt lưng mạn tính (tiếp theo) - mới phát sinh hoặc một cơn bệnh mới phát - Khám cho bệnh nhân chính thức (trong vòng 3 năm sau lần khám mới) - Các chuyến thăm khám theo dõi tại phòng mạch — có thể cần đến châm cứu hoặc khám lại - Ý kiến thứ nhì từ một nhà cung cấp khác trong mạng lưới - Dịch vụ khẩn cấp và cấp cứu Để được hỗ trợ tìm nhà nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới, quý vị có thể gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên.	
Dịch vụ xe cứu thương Dịch vụ chuyên chở cứu thương được bao trả, bất kể là cho tình huống cấp cứu hoặc không cấp cứu, gồm dịch vụ máy bay cấp cứu, trực thăng cấp cứu và xe cứu thương đường bộ, tới cơ sở thích hợp gần nhất có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc trong trường hợp dịch vụ đó được cung cấp cho hội viên có bệnh lý mà những phương tiện chuyên chở khác có thể sẽ nguy hiểm cho sức khỏe của người đó hoặc nếu được chương trình chúng tôi cho phép. Nếu dịch vụ xe cứu thương được bao trả không phải cho trường hợp cấp cứu, cần ghi nhận rằng tình trạng sức khỏe của hội viên đang nguy kịch, nếu được vận chuyển cách khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe người đó và việc vận chuyển bằng xe cứu thương là việc cần thiết về mặt y tế.	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi chuyến đi một chiều cho các dịch vụ cứu thương đường bộ được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu sự cho phép trước đối với vận chuyển bằng máy bay không khẩn cấp.</i> Đồng thanh toán \$0 cho mỗi chuyến đi một chiều cho các dịch vụ cứu thương đường hàng không được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu sự cho phép trước đối với vận chuyển bằng máy bay không khẩn cấp.</i> Khoản chia sẻ chi phí sẽ không được miễn nếu quý vị nhập viện để chăm sóc Nội Trú.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Khám sức khỏe định kỳ hàng năm Khám sức khỏe hàng năm gồm có khám tim, phổi, bụng và hệ thần kinh cũng như khám cơ thể (ở đầu, cổ và tứ chi) và tiền sử chi tiết về y tế/tiền sử của gia đình, ngoài những dịch vụ được cung cấp trong buổi Khám Sức Khỏe Hàng Năm. Các ví dụ sau đây là những dịch vụ có thể được thực hiện hoặc chỉ định trong buổi khám của quý vị: - Thực hiện các phép đo thông thường (chiều cao, cân nặng, huyết áp) - Đánh giá các yếu tố nguy cơ đối với các bệnh có thể phòng tránh - Kiểm tra phản xạ và các dấu hiệu sinh tồn - Xét nghiệm phòng thí nghiệm (mẫu nước tiểu và máu)	Đồng thanh toán \$0 cho một lần khám sức khỏe định kỳ hàng năm.*
 Khám sức khỏe hàng năm Nếu quý vị đã có bảo hiểm Phần B lâu hơn 12 tháng, quý vị có thể lấy hẹn cho chuyến thăm khám sức khỏe hàng năm để phát triển hoặc cập nhật chương trình phòng bệnh cá nhân dựa trên sức khỏe hiện tại của quý vị và các yếu tố rủi ro. Chương trình của chúng tôi sẽ bao trả cho lần khám sức khỏe hàng năm một lần mỗi năm theo lịch. Lưu ý: Lần Khám sức khỏe hàng năm đầu tiên của quý vị không được diễn ra trong vòng 12 tháng kể từ lần thăm khám vào dịp <i>Chào mừng đến với Medicare</i> để ngừa bệnh của quý vị. Tuy nhiên, quý vị không cần phải thăm khám vào dịp <i>Chào mừng đến với Medicare</i> để được bao trả cho các lần khám sức khỏe hàng năm sau khi quý vị đã có Phần B lâu hơn 12 tháng.	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho thăm khám sức khỏe hàng năm.
 Đo mật độ xương Đối với những người đủ điều kiện (nói chung điều này nghĩa là những người có nguy cơ bị giảm khối lượng xương hoặc có nguy cơ bị loãng xương), các dịch vụ sau đây được bao trả mỗi 24 tháng hoặc thường xuyên hơn nếu cần thiết về mặt y tế: các thủ thuật xác định mật độ xương, phát hiện giảm khối lượng xương hoặc xác định chất lượng xương, bao gồm giải thích kết quả của bác sĩ.	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ đối với biện pháp đo khối lượng xương được Medicare bao trả.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
 Khám sàng lọc ung thư vú (chụp X-quang vú) Các dịch vụ được bao trả gồm có: • Một lần chụp quang tuyến vú căn bản cho vú cho phụ nữ giữa độ tuổi 35 và 39 • Một lần chụp quang tuyến vú để khám nghiệm sàng lọc, một lần mỗi 12 tháng, cho phụ nữ từ 40 tuổi trở lên • Khám vú lâm sàng, 24 tháng một lần	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ đối với chụp X quang vú sàng lọc được bao trả.
Dịch vụ phục hồi tim mạch Các chương trình toàn diện cho các dịch vụ phục hồi chức năng tim mạch bao gồm thể dục, giáo dục và khuyên giải được hãng bảo hiểm chi trả phí tổn, cho các hội viên đáp ứng một số điều kiện, với giấy yêu cầu của bác sĩ. Chương trình của chúng tôi cũng chi trả phí tổn cho các chương trình phục hồi chức năng chức năng tim chuyên sâu tập luyện nặng hơn các chương trình phục hồi chức năng tim khác.	Đồng thanh toán \$0 cho dịch vụ phục hồi chức năng tim được Medicare bao trả. Đồng thanh toán \$0 cho dịch vụ phục hồi chức năng tim chuyên sâu được Medicare bao trả.
 Khám giảm thiểu rủi ro bệnh tim mạch (trị liệu cho bệnh tim mạch) Chúng tôi chi trả một chuyến khám bác sĩ chăm sóc ban đầu hàng năm, để giúp giảm rủi ro bệnh tim mạch cho quý vị. Trong lần thăm khám này, bác sĩ có thể thảo luận về việc sử dụng aspirin (nếu thích hợp), kiểm tra huyết áp và tư vấn để đảm bảo quý vị ăn uống lành mạnh.	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay khấu trừ cho quyền lợi phòng ngừa bệnh tim mạch bằng trị liệu hành vi chuyên sâu.
 Xét nghiệm sàng lọc bệnh tim mạch Xét nghiệm máu để phát hiện bệnh tim mạch (hoặc các chỉ số bất thường, liên quan tới nguy cơ gia tăng về bệnh tim mạch), mỗi 5 năm (60 tháng) một lần.	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay khấu trừ cho kiểm tra bệnh tim mạch được bao trả 5 năm một lần.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
 Khám sàng lọc bệnh ung thư cổ tử cung và âm đạo Các dịch vụ được bao trả gồm có: • Cho mọi phụ nữ: Có bảo hiểm khi khám cổ tử cung và khám phụ khoa, một lần mỗi 24 tháng • Nếu quý vị có nguy cơ bị ung thư cổ tử cung hoặc âm đạo cao hoặc đang ở độ tuổi sinh con và từng có kết quả bất thường khi xét nghiệm Pap trong vòng 3 năm trở lại đây: một lần xét nghiệm Pap mỗi 12 tháng	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay khấu trừ cho xét nghiệm phết tế bào cổ tử cung (Pap) và kiểm tra khung xương chậu phòng ngừa được Medicare bao trả.
Dịch vụ trị liệu thần kinh cột sống Các dịch vụ được bao trả gồm có: • Dịch vụ nắn chỉnh cột sống bằng tay để chữa sai khớp Chương trình của chúng tôi cũng bao trả cho lần khám trị liệu thần kinh cột sống bổ sung (Không được Medicare bao trả) tối đa tổng cộng 12 lần mỗi năm. Các dịch vụ trị liệu thần kinh cột sống bổ sung (Không được Medicare bao trả) để hỗ trợ lưng, cổ hoặc khớp tay và chân chỉ khi cần thiết về mặt y tế. Các dịch vụ trị liệu thần kinh cột sống được bao trả gồm có: • Một lần khám đầu tiên (khám cho bệnh nhân mới hoặc khám cho bệnh nhân chính thức để đánh giá lần đầu tiên một vấn đề sức khỏe mới phát sinh hoặc một cơn bùng phát bệnh mới). • Các lần khám lại (Khám bệnh nhân chính thức, khi cần thiết để đánh giá tiến triển hoặc điều chỉnh điều trị), Nắn cột sống hoặc khớp và/hoặc các dịch vụ khác (những dịch vụ này có thể được cung cấp trong cùng một lần khám như một lần kiểm tra) • X-quang và các dịch vụ xét nghiệm khi được cung cấp bởi hoặc giới thiệu bởi một bác sĩ trị liệu thần kinh cột sống có hợp đồng. X-quang và các dịch vụ xét nghiệm được thực hiện bên ngoài lần khám của một bệnh nhân chính thức sẽ quyết định khoản đồng thanh toán của bệnh nhân đó. Để được hỗ trợ tìm nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới, quý vị có thể gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên.	Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ chỉnh trị liệu thần kinh cột sống được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám bác sĩ trị liệu thần kinh cột sống bổ sung (Không được Medicare bao trả).* <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i>

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Dịch vụ trị liệu thần kinh cột sống (tiếp theo) Lưu ý: Bảo hiểm cho các dịch vụ trị liệu thần kinh cột sống định kỳ là một quyền lợi bổ sung do chương trình cung cấp. Cả Medicare hoặc Chương Trình Med-QUEST Division Program (Medicaid) của Hawaii sẽ không thanh toán phần chia sẻ chi phí của quý vị cho những dịch vụ này.	
Các dịch vụ điều trị và quản lý cơn đau mạn tính Các dịch vụ hàng tháng được bao trả cho những người bị đau mạn tính (đau dai dẳng hoặc tái phát kéo dài hơn 3 tháng). Các dịch vụ có thể bao gồm đánh giá cơn đau, quản lý thuốc, điều phối dịch vụ chăm sóc.	Chia sẻ chi phí cho dịch vụ này sẽ thay đổi tùy thuộc vào các dịch vụ cá nhân được cung cấp trong quá trình điều trị. Xem “Dịch vụ bác sĩ/nhà thực hành, bao gồm lần khám tại phòng khám của bác sĩ” ở phần sau của biểu đồ này để biết các mức chia sẻ chi phí áp dụng cho các lần khám chăm sóc ban đầu hoặc khám chuyên khoa do Medicare chi trả tại nơi các dịch vụ này được cung cấp.
 Khám sàng lọc ung thư đại tràng Các kiểm tra tầm soát sau được bao trả: - Nội soi đại tràng không có giới hạn độ tuổi tối thiểu hoặc tối đa và được bao trả mỗi 120 tháng (10 năm) một lần đối với bệnh nhân không có nguy cơ cao, hoặc 48 tháng sau khi nội soi đại tràng sigma bằng ống soi mềm trước đó đối với bệnh nhân không có nguy cơ cao bị ung thư đại trực tràng, và 24 tháng một lần đối với các bệnh nhân có nguy cơ cao sau khi sàng lọc nội soi đại tràng hoặc thực bari chụp X-quang đại tràng trước đó. - Chụp cắt lớp vi tính đại tràng cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên không có nguy cơ cao mắc ung thư đại trực tràng và được bao trả khi đã qua ít nhất 59 tháng sau tháng thực hiện chụp cắt lớp vi tính lần cuối hoặc 47 tháng sau tháng thực hiện nội soi đại tràng sigma mềm sàng lọc lần cuối hoặc nội soi đại tràng sàng lọc. Đối với những bệnh nhân có nguy cơ cao bị ung thư đại trực tràng, có thể phải thanh toán cho chụp cắt lớp vi tính sàng lọc được thực hiện sau khi đã qua ít nhất 23 tháng kể từ tháng thực hiện chụp	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho dịch vụ khám sàng lọc ung thư đại tràng được Medicare bao trả. Nếu bác sĩ tìm thấy và cắt polyp hoặc mô khác trong quá trình nội soi đại tràng hoặc nội soi đại tràng sigma bằng ống soi mềm, khám sàng lọc sẽ trở thành khám chẩn đoán và chịu \$0 đồng thanh toán cho dịch vụ bác sĩ của quý vị.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
 Khám sàng lọc ung thư đại tràng (tiếp theo) cắt lớp vi tính sàng lọc cuối cùng hoặc nội soi đại tràng sàng lọc cuối cùng. - Nội soi đại tràng sigma bằng ống soi mềm cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. 120 tháng một lần đối với bệnh nhân không có nguy cơ cao sau khi bệnh nhân đã được sàng lọc nội soi đại tràng. 48 tháng một lần đối với các bệnh nhân có nguy cơ cao từ lần cuối cùng nội soi đại tràng sigma bằng ống soi mềm hoặc chụp cắt lớp vi tính đại tràng gần nhất. - Xét nghiệm máu ẩn trong phân sàng lọc cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. 12 tháng một lần. - Xét nghiệm DNA trong phân nhiều Phần tiêu cho bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng các tiêu chí nguy cơ cao. 3 năm một lần. - Xét nghiệm dấu ấn sinh học trong máu cho bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng các tiêu chí nguy cơ cao. 3 năm một lần. - Các xét nghiệm tầm soát ung thư đại trực tràng bao gồm nội soi đại tràng sàng lọc tiếp theo sau khi xét nghiệm phân tầm soát ung thư đại trực tràng không xâm lấn được Medicare bao trả có kết quả dương tính. - Các xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng bao gồm cả việc nội soi đại tràng sigma mềm hoặc nội soi đại tràng theo kế hoạch, có liên quan đến việc loại bỏ mô hoặc vật chất khác, hoặc các thủ thuật khác được thực hiện cùng lúc, do kết quả của, và trong cùng một lần khám lâm sàng với xét nghiệm sàng lọc.	

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Dịch vụ nha khoa Nói chung, các dịch vụ nha khoa phòng ngừa (như vệ sinh, khám răng định kỳ, và chụp hình X-quang nha khoa) thì không được Original Medicare chi trả phí tổn. Tuy nhiên, Medicare trả tiền dịch vụ nha khoa trong một số ít trường hợp, cụ thể là khi dịch vụ đó là một phần không thể tách rời của việc điều trị cụ thể cho bệnh lý chính của người thụ hưởng. Ví dụ bao gồm tái tạo hàm sau chấn thương hoặc gãy xương, nhổ răng để chuẩn bị xạ trị điều trị ung thư liên quan đến hàm hoặc khám miệng trước khi cấy ghép nội tạng. Ngoài ra, chúng tôi còn bao trả: <u>Các dịch vụ khám răng bổ sung (ví dụ: khám định kỳ)</u> Chương trình có khoản trợ cấp quyền lợi \$3,000 mỗi năm cho tất cả các dịch vụ Nha Khoa Toàn Diện trong và ngoài mạng lưới được bao trả. Quý vị chịu trách nhiệm cho những khoản vượt quá giới hạn quyền lợi.* Chăm Sóc Nha Khoa Chẩn Đoán và Phòng Ngừa (các dịch vụ được bao trả bao gồm như sau.) - Các dịch vụ nha khoa Chẩn Đoán khác - 1 dịch vụ nha khoa khác mỗi ngày đến 1 năm chương trình tùy thuộc vào loại dịch vụ - Các dịch vụ Nha Khoa Phòng Ngừa khác - 1 dịch vụ mỗi ngày đến 1 năm tùy thuộc vào loại dịch vụ	Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ nha khoa được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Trong mạng lưới Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ nha khoa chẩn đoán khác mỗi lần thăm khám.* <i>Quý vị có thể phải có Cho Phép Trước.</i> Ngoài mạng lưới* Đồng bảo hiểm 25% cho các dịch vụ nha khoa chẩn đoán khác mỗi lần thăm khám.* <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Trong mạng lưới Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ nha khoa phòng ngừa khác mỗi lần thăm khám.* <i>Quý vị có thể phải có Cho Phép Trước.</i> Ngoài mạng lưới* Đồng bảo hiểm 25% cho các dịch vụ nha khoa phòng ngừa khác mỗi lần thăm khám.*

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Dịch vụ nha khoa (tiếp theo) • Chăm Sóc Răng Toàn Diện (Các dịch vụ được bao trả bao gồm như sau.) ○ Dịch vụ phục hồi - 1 lần mỗi 1 đến 7 năm chương trình tùy thuộc vào loại dịch vụ ○ Điều trị nội nha - ○ Nha chu - ○ Phẫu Thuật Răng/Hàm Mặt - một lần trong đời	<i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Trong mạng lưới Đồng thanh toán \$0 cho mỗi dịch vụ phục hồi.* <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Ngoài mạng lưới* Đồng bảo hiểm 25% cho mỗi dịch vụ phục hồi.* <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Trong mạng lưới Đồng thanh toán \$0 cho mỗi dịch vụ nội khoa răng miệng.* <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Ngoài mạng lưới* Đồng bảo hiểm 25% cho mỗi dịch vụ nội khoa răng miệng.* <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Trong mạng lưới Đồng thanh toán \$0 cho mỗi dịch vụ nha chu.* <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Ngoài mạng lưới* Đồng bảo hiểm 25% cho mỗi dịch vụ nha chu.* <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Trong mạng lưới Đồng thanh toán \$0 cho mỗi dịch vụ răng hàm mặt. * Có thể yêu cầu Cho Phép Trước. Ngoài mạng lưới* Đồng bảo hiểm 25% cho mỗi dịch vụ răng hàm mặt.* <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i>

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Dịch vụ nha khoa (tiếp theo) ○ Phục hình cố định - ○ Phục hình răng miệng, có thể tháo lắp - 1 răng giả mỗi 6 tháng đến 5 năm tùy thuộc vào loại dịch vụ ○ Các dịch vụ phụ thuộc chung - không giới hạn mỗi năm Trước khi nhận các dịch vụ, hội viên nên thảo luận về các chọn lựa cách điều trị với một nha sĩ tham gia cung cấp dịch vụ chăm sóc răng định kỳ. Phải bắt đầu và hoàn thành điều trị trong khi được chương trình đài thọ trong suốt năm chương trình. Hội viên phải chịu trách nhiệm thanh toán chi phí của các dịch vụ nha khoa không được chương trình bao trả. Đối với các câu hỏi về cách tìm nhà cung cấp, gửi yêu cầu bảo hiểm hoặc để biết thêm thông tin, xin gọi Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên. Quý vị có thể tìm thêm thông tin bảo hiểm nha khoa, bao gồm danh sách chi tiết các thủ thuật được bao trả, trong Chi Tiết Quyền Lợi Nha Khoa của chúng tôi tại:	Trong mạng lưới Đồng thanh toán \$0 cho mỗi dịch vụ răng giả cố định.* <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Ngoài mạng lưới* Đồng bảo hiểm 25% cho mỗi dịch vụ răng giả cố định.* <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Trong mạng lưới Đồng thanh toán \$0 cho mỗi dịch vụ răng giả tháo lắp.* <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Ngoài mạng lưới* Đồng bảo hiểm 25% cho mỗi dịch vụ răng giả tháo lắp.* <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Trong mạng lưới Đồng thanh toán \$0 cho mỗi dịch vụ phụ thuộc chung.* <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Ngoài mạng lưới* Đồng bảo hiểm 25% cho mỗi dịch vụ phụ thuộc chung.* <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> ▪ Nếu quý vị chọn khám nha sĩ ngoài mạng lưới, chi phí ngoài túi của quý vị có thể cao hơn. Các nhà cung cấp dịch vụ nha khoa ngoài mạng lưới không được ký hợp đồng chấp nhận thanh toán của chương trình dưới dạng thanh toán đầy đủ. Nếu họ tính phí cho quý vị nhiều hơn số tiền Chương trình chi trả, quý vị phải chịu trách nhiệm về khoản chênh

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Dịch vụ nha khoa (tiếp theo) go.wellcare.com/dentalbenefits-hi Lưu ý: Bảo hiểm cho các dịch vụ khám răng định kỳ là một quyền lợi bổ sung do chương trình cung cấp. Cả Medicare hoặc Chương Trình Med-QUEST Division Program (Medicaid) của Hawaii sẽ không thanh toán phần chia sẻ chi phí của quý vị cho những dịch vụ này. Các thành viên cũng ghi danh trong Chương trình Med-QUEST Division của Hawaii (Medicaid) có thể đủ điều kiện được tiểu bang chi trả bổ sung cho dịch vụ nha khoa bổ sung. Trước khi nhận dịch vụ nha khoa, hãy hỏi nhà cung cấp xem họ có thể gửi hóa đơn cho Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii (Medicaid) với tư cách là chương trình trả tiền phụ hay không. Hãy chắc chắn xuất trình thẻ định dạng Chương Trình Med-QUEST Division Program (Medicaid) của Hawaii cho nhà cung cấp.	lịch, ngay cả đối với các dịch vụ có khoản đồng thanh toán \$0.
 Khám sàng lọc trầm cảm Mỗi năm, chúng tôi chi trả phí tổn cho một cuộc khám nghiệm truy tìm bệnh trầm cảm. Lần khám sàng lọc này phải được thực hiện tại một cơ sở chăm sóc chính có thể cung cấp việc điều trị tiếp theo và/hoặc đưa giấy giới thiệu.	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay khấu trừ cho thăm khám sàng lọc trầm cảm hàng năm.
 Khám sàng lọc bệnh tiểu đường Chúng tôi bao trả cho loại khám sàng lọc này (kể cả xét nghiệm glucose khi nhịn đói), nếu quý vị có bất cứ yếu tố nguy cơ gì sau đây: cao huyết áp (tăng huyết áp), có tiền sử về mức cholesterol và triglyceride bất thường (rối loạn lipid máu), béo phì hoặc có tiền sử đường huyết cao (glucose). Các thử nghiệm có thể được chi trả, nếu quý vị đáp ứng các điều kiện đòi hỏi khác, như tình trạng nặng ký và quá trình của một gia đình có bệnh tiểu đường. Quý vị có thể đủ điều kiện được khám sàng lọc bệnh tiểu đường tối đa hai lần mỗi 12 tháng sau ngày xét nghiệm sàng lọc bệnh tiểu đường gần đây nhất.	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay tiền khấu trừ cho các xét nghiệm sàng lọc bệnh tiểu đường được Medicare bao trả.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Chương trình đào tạo giúp tự kiểm soát bệnh tiểu đường, các dịch vụ và tiếp liệu y tế cho bệnh nhân tiểu đường Cho tất cả những người có bệnh tiểu đường (dùng insulin và không dùng insulin). Các dịch vụ được bao trả gồm có: • Các tiếp liệu cho máy theo dõi đường huyết: máy theo dõi đường huyết, que thử đường huyết, thiết bị chích và lưỡi chích và dung dịch kiểm soát glucose để kiểm tra độ chính xác của các que thử và máy theo dõi. • Đối với những người mắc bệnh tiểu đường bị bệnh chân nghiêm trọng do tiểu đường: một đôi giày trị liệu được đúc tùy chỉnh cho một năm theo lịch (bao gồm cả các miếng lót được cung cấp cùng với giày) và 2 cặp miếng lót bổ sung, hoặc một đôi giày sâu và 3 cặp miếng lót (không bao gồm các miếng lót không tùy chỉnh có thể tháo ra được cung cấp cùng với giày). Mức bảo hiểm bao gồm dịch vụ điều chỉnh vừa vặn. • Được bao trả cho huấn luyện tự kiểm soát bệnh tiểu đường, trong một số điều kiện nhất định. Sản phẩm Accu-Chek Guide™ và True Metrix™ của Lifescan là vật tư xét nghiệm tiểu đường ưa dùng của chúng tôi (máy đo đường huyết & que thử). Để có thêm thông tin về các vật dụng trong danh sách tiếp liệu xét nghiệm bệnh tiểu đường ưu tiên của chúng tôi, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên. Nếu quý vị dùng các tiếp liệu xét nghiệm bệnh tiểu đường không được ưu tiên trong chương trình thì nên yêu cầu nhà cung cấp cho toa thuốc mới, hoặc để yêu cầu cho phép trước để có một máy đo đường huyết và que thử không được chương trình ưu tiên.	Đồng thanh toán \$0 cho vật dụng theo dõi bệnh tiểu đường được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Tuy nhiên, quý vị vẫn có thể phải trả tối đa 20% số tiền cho các sản phẩm mà Chương trình Med-QUEST Division Hawaii (Medicaid) không chi trả. \$0 đồng thanh toán cho giày trị liệu hoặc miếng lót cho những người bị bệnh ở chân nghiêm trọng do tiểu đường được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Tuy nhiên, quý vị vẫn có thể phải trả tối đa 20% số tiền cho các sản phẩm mà Chương trình Med-QUEST Division Hawaii (Medicaid) không chi trả. Đồng thanh toán \$0 cho chương trình tập huấn về tự quản lý bệnh tiểu đường được Medicare bao trả. Tuy nhiên, quý vị vẫn có thể phải trả tối đa 20% số tiền cho các sản phẩm mà Chương trình Med-QUEST Division Hawaii (Medicaid) không chi trả.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Thiết bị y tế lâu bền (DME) và tiếp liệu liên quan (Để biết định nghĩa về thiết bị y tế lâu bền, hãy xem Chương 12 và Chương 3) Các Phần được hãng bảo hiểm bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn: xe lăn, nạng, hệ thống chặn đệm chạy điện, tiếp liệu cho bệnh tiểu đường, giường bệnh viện do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe yêu cầu chương trình cung cấp cho quý vị để sử dụng tại nhà, máy bơm thuốc vào tĩnh mạch được truyền qua nước biển IV, thiết bị phát âm, thiết bị cung cấp oxy, máy xông khí dung, và khung tập đi. Chúng tôi bao trả cho tất cả DME, cần thiết về mặt y tế, được bao trả qua Original Medicare. Nếu nhà cung cấp của chúng tôi trong vùng quý vị không có bán thương hiệu hay công ty sản xuất đặc biệt nào đó, thì quý vị có thể yêu cầu họ đặt mua máy này riêng cho mình. Danh sách nhà cung cấp mới nhất có trên trang web của chúng tôi tại go.wellcare.com/2026providerdirectories.	Đồng thanh toán \$0 cho thiết bị y tế lâu bền được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho các vật dụng y tế được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Khoản chia sẻ chi phí của quý vị đối với phạm vi chi trả thiết bị oxy của Medicare là đồng thanh toán \$0 mỗi 36 tháng. Khoản chia sẻ chi phí của quý vị sẽ không thay đổi sau khi quý vị đã ghi danh đủ 36 tháng. Nếu trước khi ghi danh vào chương trình của chúng tôi quý vị đã thanh toán tiền thuê thiết bị oxy trong 36 tháng theo phạm vi chi trả, khoản chia sẻ chi phí trong chương trình của chúng tôi là đồng thanh toán \$0.
Chăm sóc cấp cứu Cấp cứu là nói tới các dịch vụ: • Được cung cấp bởi một y sĩ hay y viện (bác sĩ, chuyên gia y tế, cơ sở y tế, nhà thuốc, nhà cung cấp dịch vụ) hợp lệ cung cấp các dịch vụ cấp cứu, và • Cần thiết để đánh giá hoặc ổn định tình trạng y tế khẩn cấp. Trường hợp cấp cứu y tế là khi quý vị, hay một người không hành nghề y có trí tuệ minh mẫn nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và thuốc men, cho rằng quý vị có các triệu chứng y khoa cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để ngăn ngừa tử vong (và thai nhi tử vong nếu quý vị là phụ nữ mang thai), mất chân tay, hay chân tay không hoạt động được. Các triệu chứng y khoa có thể là bệnh tật, thương tích, đau nặng hoặc tình trạng bệnh trạng nhanh chóng trở nên tồi tệ hơn.	Đồng thanh toán \$0 cho các lần thăm khám tại phòng cấp cứu được Medicare bao trả. Nếu quý vị được cấp cứu tại bệnh viện ngoài mạng lưới và cần điều trị nội trú sau khi tình trạng cấp cứu đã ổn định, quý vị phải chuyển đến bệnh viện trong mạng lưới để việc chăm sóc tiếp tục được chi trả hoặc phải được chương trình của chúng tôi phê duyệt điều trị nội trú tại bệnh viện ngoài mạng lưới và chi phí của quý vị sẽ là mức chia sẻ chi

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Chăm sóc cấp cứu (tiếp theo) Chia sẻ chi phí cho các dịch vụ cấp cứu cần thiết mà quý vị nhận được ngoài mạng lưới bằng với mức chia sẻ chi phí cho các dịch vụ đó khi quý vị nhận được trong mạng lưới. Các dịch vụ cấp cứu bên ngoài Hoa Kỳ được đài thọ.	phí như khi ở bệnh viện trong mạng lưới. Khoản đồng thanh toán \$115 cho các dịch vụ cấp cứu bên ngoài Hoa Kỳ.* Quý vị thanh toán số tiền này kể cả khi quý vị nhập viện trong vòng 24 giờ cho cùng một căn bệnh. Quý vị được bao trả tối đa \$50,000 mỗi năm cho các dịch vụ cấp cứu hoặc các dịch vụ cần thiết khẩn cấp bên ngoài Hoa Kỳ.
 Các chương trình giáo dục về sức khỏe và sự khỏe mạnh toàn diện Đường dây y tá tư vấn Tư vấn y tá điện thoại miễn phí từ các y tá đã đăng ký được đào tạo và cấp phép. Đường dây y tá tư vấn thường trực 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần để giải đáp các thắc mắc liên quan đến sức khỏe. Quý vị có thể gọi đến đường dây y tá tư vấn bằng cách gọi đến bộ phận Dịch Vụ Hội Viên để được chuyển tiếp đến đường dây y tá tư vấn. Quyền lợi tập thể dục Chương trình của chúng tôi cung cấp một chương trình thể dục cho phép tiếp cận các địa điểm thể dục trên toàn quốc. Để giúp hỗ trợ lối sống năng động và lành mạnh, quý vị được tiếp cận miễn phí các chức năng sau: Thẻ Hội viên Trung tâm Thể dục: Chọn trong số một số trung tâm thể dục trực tiếp tham gia vào mạng lưới thể dục. Gói hội viên bao gồm quyền tiếp cận các dịch vụ phòng tập thể dục hoặc câu lạc bộ thể	Đồng thanh toán \$0 cho đường dây y tá tư vấn.* Đồng thanh toán \$0 cho quyền lợi tập luyện thể chất.*

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
 Các chương trình giáo dục về sức khỏe và sự khỏe mạnh toàn diện (tiếp theo) dục tiêu chuẩn cũng như các lớp tập luyện theo nhóm được cung cấp. Quý vị có thể tiếp cận một hoặc nhiều phòng tập thể dục trong mạng lưới thể dục. ○ Bộ Dụng Cụ Tập Thể Dục Tại Nhà: Quý vị có thể chọn từ nhiều bộ dụng cụ tập thể dục tại nhà, bao gồm thiết bị đeo tay theo dõi sức khỏe. Quý vị có thể nhận tối đa 1 bộ dụng cụ mỗi năm quyền lợi ○ Chương Trình Thể Dục Kỹ Thuật Số: Chọn trong số hàng nghìn video tập luyện theo yêu cầu thông qua thư viện kỹ thuật số ○ Chương trình Huấn Luyện Lối Sống 1:1 ○ Câu Lạc Bộ Sức Khỏe: Khám phá các tài nguyên phù hợp với sở thích và Phần tiêu của quý vị bao gồm bài viết, video và các lớp học và sự kiện phát trực tiếp Để biết thêm thông tin về quyền lợi thể dục, vui lòng gọi bộ phận Dịch Vụ Hội Viên.	
Dịch vụ thính giác Nhà cung cấp của quý vị thực hiện khám tai chẩn đoán và đánh giá thính giác để xem quý vị có cần điều trị y tế hay không, được bao trả dưới hình thức chăm sóc ngoại trú, khi quý vị nhận từ một bác sĩ, chuyên gia thính giác, hoặc nhà cung cấp đủ điều kiện khác. Chương trình bảo hiểm của chúng tôi cũng bao trả cho các dịch vụ phụ trợ khám tai (ví dụ, định kỳ) sau đây: • 1 lần khám tai định kỳ mỗi năm. • 1 dụng cụ trợ thính hàng năm, thẩm định và gắn vừa vặn.	Đồng thanh toán \$0 cho dịch vụ khám tai được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho 1 lần khám tai định kỳ mỗi năm.* <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho 1 lần đánh giá và gắn thiết bị trợ thính mỗi năm.* <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i>

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Dịch vụ thính giác (tiếp theo) 1 thiết bị trợ thính không cần cấy ghép mỗi tai tối đa \$500 mỗi năm. Giới hạn ở 2 thiết bị trợ thính không cần cấy ghép mỗi năm. Quyền lợi bao gồm bảo hành 3 năm, bao gồm trường hợp mất mát và hư hỏng với lượng pin đủ dùng trong 1 năm. Quý vị có trách nhiệm thanh toán mọi chi phí thiết bị trợ thính vượt quá quyền lợi tối đa ở trên. Thiết bị trợ thính bổ sung không được bao trả. Khám thính giác thường kỳ phải do một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới nhà cung cấp để nhận được toàn bộ quyền lợi thính lực do chương trình bao trả. Để biết thêm về thông tin liên hệ của nhà cung cấp dịch vụ thính giác và quyền lợi, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên. Lưu ý: Bảo hiểm cho các dịch vụ khám tai định kỳ là một quyền lợi bổ sung do chương trình cung cấp. Cả Medicare hoặc Chương Trình Med-QUEST Division Program (Medicaid) của Hawaii sẽ không thanh toán phần chia sẻ chi phí của quý vị cho những dịch vụ này.	Đồng thanh toán \$0 cho 2 thiết bị trợ thính mỗi năm.* <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i>
 Khám sàng lọc HIV Những ai yêu cầu được thử nghiệm HIV hoặc những ai bị gia tăng rủi ro bị nhiễm siêu vi HIV, chúng tôi chi trả bảo hiểm cho: - Một lần khám sàng lọc mỗi 12 tháng. Nếu quý vị đang mang thai, chúng tôi bao trả: - Tối đa 3 lần khám tìm bệnh, khi đang mang thai.	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay khấu trừ cho những hội viên hội đủ điều kiện cho khám sàng lọc phòng ngừa HIV được Medicare bao trả.
Chăm sóc tại đại lý chăm sóc sức khỏe tại gia Trước khi quý vị nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, một bác sĩ phải ký giấy chứng nhận là quý vị cần các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, và sẽ yêu cầu có dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, được cung cấp bởi một cơ quan dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà. Quý vị phải nằm nhà điều trị, có nghĩa là rời nhà là một nỗ lực lớn.	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i>

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Chăm sóc tại đại lý chăm sóc sức khỏe tại gia (tiếp theo) Các dịch vụ được bao trả gồm có, mà không giới hạn: • Các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và người trợ giúp chăm sóc sức khỏe tại nhà bán thời gian hay không liên tục (để được đài thọ theo quyền lợi chăm sóc sức khỏe tại nhà, tổng cộng các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và người trợ giúp chăm sóc sức khỏe tại nhà phải dưới 8 tiếng mỗi ngày và 35 tiếng mỗi tuần) • Vật lý trị liệu, trị liệu chức năng hoạt động và trị liệu về ngữ âm • Các dịch vụ y tế và xã hội • Thiết bị và vật phẩm y tế	
Liệu pháp truyền dịch tại nhà Liệu pháp truyền dịch tại nhà bao gồm sử dụng tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm dưới da thuốc hoặc sinh phẩm cho một cá nhân tại nhà. Các dụng cụ cần thiết để thực hiện truyền dịch tại nhà bao gồm thuốc (ví dụ: thuốc kháng vi-rút, globulin miễn dịch), thiết bị (ví dụ: ống bơm) và tiếp liệu y tế (ví dụ: ống dẫn và ống thông). Các dịch vụ được bao trả gồm có, mà không giới hạn: • Các dịch vụ chuyên môn, bao gồm dịch vụ chăm sóc được trang bị phù hợp với chương trình chăm sóc của chúng tôi • Đào tạo và giáo dục cho bệnh nhân không được bao trả dưới quyền lợi thiết bị y tế lâu bền • Giám sát từ xa • Giám sát các dịch vụ cung cấp liệu pháp truyền dịch tại nhà và thuốc tiêm truyền tại nhà do nhà cung cấp liệu pháp truyền dịch tại nhà đủ điều kiện cung cấp	Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ chuyên môn từ Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (PCP), bao gồm đào tạo và giáo dục về dịch vụ chăm sóc điều dưỡng, các dịch vụ theo dõi và giám sát từ xa. Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ chuyên môn từ bác sĩ chuyên khoa, bao gồm dịch vụ chăm sóc điều dưỡng, đào tạo và giáo dục, các dịch vụ theo dõi và giám sát từ xa. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Thiết bị và tiếp liệu truyền dịch tại nhà được bao trả theo quyền lợi Thiết Bị Y Tế Lâu Bền (DME). Vui lòng tham khảo phần “Thiết bị y tế lâu bền (DME) và các tiếp liệu liên quan” để biết thông tin về khoản chia sẻ chi phí.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Liệu pháp truyền dịch tại nhà (tiếp theo)	Một số thuốc tiêm truyền tại nhà được đài thọ theo quyền lợi Thuốc Theo Toa Medicare Part B của quý vị. Vui lòng tham khảo phần “Thuốc Theo Toa Medicare Part B” để biết thông tin về khoản chia sẻ chi phí.
Chăm sóc cuối đời Quý vị đủ điều kiện nhận quyền lợi chăm sóc cuối đời khi bác sĩ của quý vị và giám đốc y khoa phụ trách dịch vụ chăm sóc cuối đời đưa ra cho quý vị dự đoán cuối cùng xác nhận rằng quý vị đang bị bệnh giai đoạn cuối và chỉ sống thêm được từ 6 tháng trở lại nếu bệnh lý phát triển bình thường. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận. Chương trình của chúng tôi có nghĩa vụ giúp quý vị tìm các chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận trong khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi, bao gồm các chương trình do chúng tôi sở hữu, kiểm soát hoặc có lợi ích tài chính. Bác sĩ chăm sóc cuối đời cho quý vị có thể là một nhà cung cấp dịch vụ trong hay ngoài mạng lưới bảo hiểm. Các dịch vụ được bao trả gồm có: • Thuốc kiểm soát triệu chứng bệnh và giảm đau • Chăm sóc nghỉ ngơi ngắn hạn • Chăm sóc tại nhà Khi quý vị được nhận vào một cơ sở chăm sóc cuối đời, quý vị có quyền tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi; nếu quý vị chọn tiếp tục tham gia chương trình, quý vị phải tiếp tục trả phí bảo hiểm của chương trình. Đối với các dịch vụ chăm sóc cuối đời và những dịch vụ được Medicare Part A hoặc B bao trả mà liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị: Original Medicare (không phải là chương trình chúng tôi) sẽ chi trả các dịch vụ chăm sóc cuối đời cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời, và các dịch vụ Phần A và Phần B liên quan tới tình trạng bệnh nan y của quý vị. Trong khi quý vị ở trong chương trình chăm sóc cuối đời, nhà cung cấp	Khi quý vị ghi danh vào một chương trình chăm sóc giai đoạn cuối đời được Medicare chứng nhận, thì các dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời và dịch vụ Phần A và Phần B liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối dành cho quý vị, được Original Medicare chi trả, không phải chương trình của chúng tôi. Chia sẻ chi phí cho dịch vụ của bác sĩ có thể áp dụng cho các dịch vụ tư vấn chăm sóc cuối đời. Vui lòng xem phần “Dịch Vụ Của Bác Sĩ/Người Hành Nghề Y” của bảng này để biết thông tin về chia sẻ chi phí.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Chăm sóc cuối đời (tiếp theo) dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị sẽ gửi hóa đơn cho Original Medicare cho các dịch vụ mà Original Medicare chi trả. Quý vị sẽ được gửi hóa đơn cho phần chia sẻ chi phí Original Medicare. Đối với các dịch vụ được bao trả theo chương trình Medicare Part A hoặc Part B không có liên quan đến tình trạng bệnh nan y của quý vị: Nếu quý vị cần các dịch vụ không cấp cứu, không phải là cần thiết khẩn cấp được Medicare Part A hoặc Part B bao trả mà không liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị, chi phí quý vị phải trả cho những dịch vụ này phụ thuộc vào việc quý vị có sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình và tuân theo các quy định của chương trình hay không (chẳng hạn như có yêu cầu xin sự ủy quyền trước). • Nếu quý vị nhận dịch vụ được bao trả từ nhà cung cấp trong mạng lưới và tuân theo các quy định của chương trình khi nhận dịch vụ, thì quý vị chỉ phải trả số tiền chia sẻ chi phí trong chương trình chúng tôi cho dịch vụ trong mạng lưới • Nếu quý vị nhận dịch vụ được bao trả từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, thì quý vị trả khoản chia sẻ chi phí theo Original Medicare Đối với các dịch vụ được chương trình của chúng tôi chi trả nhưng không được Medicare Part A hoặc B chi trả: Chương trình của chúng tôi sẽ tiếp tục chi trả các dịch vụ thuộc chương trình không được chi trả theo Medicare Part A hoặc B, dù có liên quan hay không đến chẩn đoán giai đoạn cuối của quý vị. Quý vị trả khoản chia sẻ chi phí của chương trình chúng tôi cho các dịch vụ này. Đối với các thuốc có thể được chi trả theo quyền lợi Phần D của chương trình chúng tôi: Nếu các thuốc này không liên quan đến tình trạng chăm sóc giảm nhẹ giai đoạn cuối của quý vị, quý vị phải trả phần chia sẻ chi phí. Nếu thuốc đó liên quan đến tình trạng chăm sóc cuối đời của quý vị thì quý vị phải trả phần chia sẻ chi phí của Original Medicare. Không có trường hợp nào mà thuốc được bao trả đồng thời bởi cả chương trình chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi. Xem Chương 5, Phần 9.4 để biết thêm thông tin. Lưu ý: Nếu quý vị cần sự chăm sóc không liên quan đến dịch vụ chăm sóc cuối đời (chăm sóc không liên quan tới tình trạng bệnh	

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Chăm sóc cuối đời (tiếp theo) nan y của quý vị), hãy liên lạc với chúng tôi để sắp xếp các dịch vụ. Chương trình của chúng tôi bao trả dịch vụ cố vấn về chăm sóc cuối đời (chỉ một lần) cho một người mắc bệnh giai đoạn cuối không chọn quyền lợi chăm sóc cuối đời.	
 Chủng Ngừa Medicare Part B chi trả cho các dịch vụ bao gồm: • Vắc-xin viêm phổi • Chủng ngừa (hoặc vắc-xin) bệnh cúm, một lần mỗi mùa cúm vào mùa thu và mùa đông, cùng chủng ngừa bệnh cúm (hoặc vắc-xin) bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế • Thuốc chích ngừa Viêm gan B nếu quý vị có rủi ro cao hay trung bình, có thể mắc bệnh Viêm gan B • vắc-xin COVID-19 • Các loại vắc-xin khác nếu quý vị có rủi ro và đáp ứng các quy định của Medicare Part B về mức bảo hiểm Chúng tôi cũng chi trả cho hầu hết các loại vắc-xin người lớn khác theo quyền lợi thuốc Phần D của chúng tôi. Chương trình của chúng tôi bao trả hầu hết các vắc-xin Phần D cho người lớn miễn phí cho hội viên từ 19 tuổi trở lên.	Khi chích ngừa bệnh viêm phổi, bệnh cúm, Viêm gan B và COVID-19, quý vị không phải trả khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ nào. Đối với các loại vắc-xin được Medicare bao trả khác (nếu quý vị đang có nguy cơ và vắc-xin đáp ứng các quy định bảo hiểm Medicare Part B), vui lòng tham khảo Phần thuốc theo toa Medicare Part B của bảng này để biết mức chia sẻ chi phí đang áp dụng. <i>Một số thuốc Phần B cần sự cho phép trước mới được đài thọ.</i>
Chăm sóc tại bệnh viện cho bệnh nhân nội trú Bao gồm các dịch vụ cấp tính nội trú, phục hồi nội trú, chăm sóc lâu dài tại bệnh viện và các loại dịch vụ nội trú khác tại bệnh viện. Chăm sóc nội trú tại bệnh viện bắt đầu từ ngày quý vị chính thức nhập viện theo chỉ định của bác sĩ. Ngày trước khi xuất viện là ngày nằm viện cuối của quý vị. Quý vị được bao trả 90 ngày nằm viện nội trú được Medicare bao trả.	Đối với nằm viện được Medicare bao trả, mỗi lần nằm viện: \$0 đồng thanh toán cho mỗi lần nằm viện. Ngày Dự Trữ Trọn Đời \$0 đồng thanh toán mỗi ngày. Ngày Dự Trữ Trọn Đời, là những ngày dự trữ suốt đời, là những ngày phụ trội mà chương trình sẽ chi trả khi các hội viên nằm bệnh viện nhiều hơn số ngày được bảo hiểm bởi chương trình.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Chăm sóc tại bệnh viện nội trú (tiếp theo) Các dịch vụ được bao trả gồm có, mà không giới hạn: • Phòng nằm chung (hoặc một phòng riêng, nếu cần thiết về mặt y tế) • Các bữa ăn theo quy định ăn uống đặc biệt • Thường xuyên các dịch vụ y tá điều dưỡng • Phí tổn cho các đơn vị chăm sóc đặc biệt (như các phòng chăm sóc tích cực, hoặc chăm sóc tim mạch) • Thuốc men và dược phẩm • Các thử nghiệm của phòng thí nghiệm • Chụp quang tuyến và các dịch vụ quang tuyến khác • Các tiếp liệu y tế cần thiết cho y tế và giải phẫu • Sử dụng các đồ dùng trong nhà, như xe lăn • Phí tổn cho phòng mổ và phòng hồi sinh • Các trị liệu để tăng thể lực, để tự chăm sóc, để luyện ngữ âm và ngôn ngữ • Các dịch vụ về lạm dụng dược chất, cho bệnh nhân ngoại trú • Trong các điều kiện nhất định, các loại cấy ghép sau đây được bao trả: giác mạc, thận, thận/tụy, tim, gan, phổi, tim/phổi, tủy xương, tế bào gốc và đường ruột/đa tạng. Nếu quý vị cần một cuộc cấy ghép bộ phận cơ thể, chúng tôi sẽ sắp xếp để cứu xét trường hợp của quý vị, bởi một trung tâm cấy ghép được Medicare chấp thuận, sẽ quyết định xem quý vị có là bệnh nhân thích hợp cho một cuộc cấy ghép hay không. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cung cấp dịch vụ cấy ghép có thể ở địa phương hay ngoài khu vực dịch vụ. Nếu cơ sở cấy ghép trong mạng lưới của chúng tôi nằm ngoài khu vực mô hình chăm sóc cộng đồng, quý vị có thể chọn sử dụng dịch vụ cấy ghép bộ phận trong khu vực miễn là các nhà cung cấp dịch vụ ghép bộ phận cơ thể tại địa phương chịu nhận mức giá của chương trình Original Medicare. Nếu chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ cấy ghép tại một địa điểm ngoài mô hình chăm sóc cấy ghép thông thường tại cộng đồng của quý vị và quý vị chọn thực hiện cấy ghép tại địa điểm xa này, chúng tôi sẽ sắp xếp hoặc chi trả chi phí lưu trú và đi lại phù hợp cho quý vị và một người đi cùng.	Các hội viên có tổng cộng 60 ngày dự trữ có thể xài được cho suốt đời họ. Nếu bảo hiểm chấp thuận cho quý vị được chăm sóc nội trú tại một bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi tình trạng cấp cứu quý vị được ổn định, thì chi phí của quý vị là khoản chia sẻ chi phí mà quý vị phải trả tại một bệnh viện trong mạng lưới. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i>

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Chăm sóc tại bệnh viện nội trú (tiếp theo) - Máu - bao gồm máu dự trữ và truyền máu. Phạm vi chi trả đối với máu toàn phần và khối hồng cầu chỉ bắt đầu từ pint máu đầu tiên mà quý vị cần. Mọi thành phần khác của máu được bao trả từ khi sử dụng panh máu đầu tiên. - Dịch vụ bác sĩ Lưu ý: Để quý vị là bệnh nhân nội trú, bác sĩ của quý vị phải viết giấy yêu cầu tiếp nhận quý vị như một bệnh nhân nhập viện. Kể cả nếu 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 rằng mình là một bệnh nhân nội trú hay ngoại trú, hãy hỏi nhân viên bệnh viện. Nhận thêm thông tin trong tờ thông tin Medicare về <i>Quyền Lợi Bệnh Viện Của Medicare</i>. Bản thông tin này có tại www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf hoặc bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048.	
Dịch vụ nội trú tại bệnh viện tâm thần Các dịch vụ được bao trả phí tổn bao gồm chăm sóc sức khỏe tâm thần, đòi hỏi phải nằm bệnh viện. Quý vị được bao trả 90 ngày nằm viện mỗi lần nằm viện nội trú được Medicare bao trả. Chương trình đãi thọ trong giới hạn 190 ngày trọn đời cho các dịch vụ chăm sóc bệnh nhân tâm thần nội trú tại bệnh viện tâm thần. Mức giới hạn 190 ngày này 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. Nếu quý vị đã sử dụng một phần của quyền lợi trọn đời Medicare 190 ngày trước khi ghi danh vào chương trình của chúng tôi thì quý vị chỉ được nhận số ngày còn lại trong giới hạn số ngày trọn đời của quý vị.	Đối với nằm viện được Medicare bao trả, mỗi lần nằm viện: Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần nằm viện chăm sóc sức khỏe tâm thần. Ngày Dự Trữ Trọn Đời \$0 đồng thanh toán mỗi ngày. Ngày Dự Trữ Trọn Đời, là những ngày dự trữ suốt đời, là những ngày phụ trội mà chương trình sẽ chi trả khi các hội viên nằm bệnh viện nhiều hơn số ngày được bảo hiểm bởi chương trình. Các hội viên có tổng cộng 60 ngày dự trữ có thể xài được cho suốt đời họ. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Nếu bảo hiểm chấp thuận cho quý vị được chăm sóc nội trú tại

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Dịch vụ nội trú tại bệnh viện tâm thần (tiếp theo)	một bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi tình trạng cấp cứu quý vị được ổn định, thì chi phí của quý vị là khoản chia sẻ chi phí mà quý vị phải trả tại một bệnh viện trong mạng lưới.
Điều trị nội trú: Dịch vụ được bao trả quý vị nhận được tại bệnh viện hoặc SNF trong quá trình điều trị nội trú không được bao trả Nếu quý vị đã hết quyền lợi bảo hiểm y tế khi nằm bệnh viện, hoặc nếu nằm bệnh viện không hợp lý và cần thiết, thì chúng tôi sẽ không chi trả phí tổn cho quý vị nằm bệnh viện. Trong vài trường hợp, chúng tôi sẽ chi trả cho một số dịch vụ quý vị nhận trong lúc quý vị nằm bệnh viện, hoặc ở cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF). Các dịch vụ được bao trả gồm có, mà không giới hạn: • Dịch vụ bác sĩ • Các cuộc thử nghiệm chẩn bệnh (như thử nghiệm của phòng thí nghiệm) • Trị liệu bằng X-quang, xạ trị bằng radium và chất đồng vị gồm các vật liệu và dịch vụ của kỹ thuật viên • Các băng bó khi giải phẫu • Các nẹp, băng bột và các thiết bị khác được sử dụng để giảm thiểu gãy xương và trật khớp • Bộ phận cơ thể giả và các dụng cụ chỉnh hình (khác nha khoa) thay thế toàn phần hay một phần bộ phận cơ thể (kể cả mô tiếp giáp), toàn phần hay một phần chức năng một bộ phận cơ thể bị vĩnh viễn bất khiến dụng hay không hoạt động được, kể cả thay thế hoặc sửa chữa các dụng cụ như vậy • Chân, cánh tay, lưng, cổ và vòng đeo cổ; băng giữ và chân, cánh tay, và mắt giả kể cả yêu cầu điều chỉnh, sửa chữa và thay thế vì tình trạng gãy, mòn, mất hoặc thay đổi do thể lực của bệnh nhân • Vật lý trị liệu, trị liệu về ngữ âm và trị liệu chức năng hoạt động	Các dịch vụ được liệt kê sẽ tiếp tục được bao trả với khoản chia sẻ chi phí được trình bày trong bảng quyền lợi cho dịch vụ cụ thể.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
 Trị liệu y khoa dinh dưỡng Quyền lợi này dành cho những ai mắc bệnh tiểu đường, bệnh thận (nhưng không lọc máu), hoặc sau khi ghép thận khi có giấy giới thiệu của bác sĩ. Chúng tôi chi trả 3 tiếng cho dịch vụ cố vấn tiếp xúc từng người, trong năm đầu tiên, khi quý vị nhận được trị liệu về y khoa dinh dưỡng qua Medicare (bao gồm chương trình chúng tôi, bất cứ chương trình Medicare Advantage nào, hoặc Original Medicare), và 2 tiếng đồng hồ mỗi năm sau đó. Nếu bệnh trạng, điều trị hay chẩn đoán dành cho quý vị thay đổi, thì quý vị có thể nhận thêm giờ điều trị với yêu cầu của bác sĩ. Một vị bác sĩ phải cho toa yêu cầu có các dịch vụ này, và gia hạn giấy yêu cầu này hàng năm, nếu quý vị cần được chữa trị qua năm tới.	Không có tiền đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay là tiền khấu trừ cho những ai có bảo hiểm mà hợp lệ hưởng các dịch vụ trị liệu về y khoa dinh dưỡng được Medicare bao trả.
 Chương Trình Dự Phòng Bệnh Tiểu Đường Của Medicare (MDPP) Các dịch vụ MDPP được bao trả cho những người đủ điều kiện theo các chương trình bảo hiểm y tế Medicare. MDPP là sự can thiệp thay đổi sức khỏe hành vi có cấu trúc, hỗ trợ việc đào tạo thực tế về thay đổi chế độ ăn uống, tăng hoạt động thể lực và các chiến lược giải quyết vấn đề dài hạn để vượt qua những khó khăn để duy trì giảm cân và lối sống lành mạnh.	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay tiền khấu trừ đối với quyền lợi MDPP.
Thuốc Medicare Part B Các loại thuốc này được chi trả qua Phần B của bảo hiểm Original Medicare. Các hội viên nhận bảo hiểm cho các thuốc này, qua chương trình của chúng tôi. Thuốc được bao trả gồm có: • Các loại thuốc thông thường không được bệnh nhân tự dùng và được tiêm hay truyền trong lúc quý vị nhận các dịch vụ bác sĩ, điều trị ngoại trú tại bệnh viện hoặc dịch vụ tại trung tâm giải phẫu cấp cứu • Insulin được cung cấp qua một vật dụng của thiết bị y tế lâu bền (chẳng hạn như bơm insulin cần thiết về mặt y tế) • Thuốc quý vị dùng bằng thiết bị y tế lâu bền (như ống phun), được chấp thuận bởi chương trình chúng tôi	Một số thuốc có thể phải tuân theo phương pháp trị liệu từng bước. Nhà thuốc có thể cần gửi yêu cầu bảo hiểm cho cả chương trình của chúng tôi và Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST Hawaii (Medicaid) để quý vị nhận thuốc Phần B với phần chia sẻ chi phí được nêu dưới đây. Thuốc insulin Medicare Part B Đồng thanh toán \$0 cho thuốc insulin được Phần B của

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Thuốc Medicare Part B (tiếp theo) - Thuốc điều trị Alzheimer, Leqembi® (tên gốc lecanemab), được truyền tĩnh mạch. Ngoài chi phí thuốc, quý vị có thể cần chụp và xét nghiệm bổ sung trước và/hoặc trong quá trình điều trị có thể làm tăng tổng chi phí của quý vị. Trao đổi với bác sĩ về những lần chụp chiếu và xét nghiệm quý vị có thể cần trong quá trình điều trị. - Các chất làm đông máu mà quý vị tự chích, nếu bị chứng máu không đông - Thuốc cấy ghép/ức chế miễn dịch: Medicare bao trả liệu pháp thuốc cấy ghép nếu Medicare chi trả cho việc ca ghép nội tạng của quý vị. Quý vị phải có bảo hiểm Phần A tại thời điểm cấy ghép được bao trả và quý vị phải có Phần B tại thời điểm quý vị nhận thuốc ức chế miễn dịch. Bảo hiểm thuốc Medicare Part D bao trả cho thuốc ức chế miễn dịch nếu Phần B không bao trả cho thuốc đó - Thuốc chích ngừa loãng xương nếu quý vị nằm nhà điều trị, bị nứt xương, mà bác sĩ chứng nhận rằng có liên quan tới chứng loãng xương hậu mãn kinh, và không thể tự dùng thuốc - Một số kháng nguyên: Medicare bao trả cho các kháng nguyên nếu bác sĩ chuẩn bị và người được hướng dẫn đúng cách (có thể là quý vị, bệnh nhân) cung cấp cho họ dưới sự giám sát thích hợp - Một số loại thuốc điều trị ung thư đường uống: Medicare bao trả cho một số loại thuốc điều trị ung thư đường miệng mà quý vị dùng qua đường uống nếu cùng một loại thuốc có sẵn ở dạng tiêm hoặc thuốc là tiền chất (một dạng uống của một loại thuốc, khi uống vào, sẽ phân hủy thành cùng một thành phần hoạt tính có trong thuốc tiêm) của thuốc tiêm. Khi có thuốc điều trị ung thư miệng mới, Phần B có thể bao trả cho thuốc đó. Nếu Phần B không bao trả, Phần D sẽ bao trả. - Thuốc chống buồn nôn đường uống: Medicare bao trả cho các loại thuốc chống buồn nôn đường uống mà quý vị sử dụng như một phần của phác đồ hóa trị liệu chống ung thư nếu chúng được sử dụng trước, tại thời điểm hoặc trong vòng 48 giờ sau khi hóa trị hoặc được sử dụng như một sự thay thế điều trị đầy đủ cho thuốc chống buồn nôn đường tĩnh mạch	Medicare bao trả. Mức chia sẻ chi phí insulin sẽ được tính theo mức thấp hơn giữa 25% hoặc giới hạn đồng thanh toán ở mức \$35 cho lượng cấp insulin một tháng. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Thuốc Medicare Part B khác Đồng thanh toán \$0 cho thuốc Phần B khác được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Thuốc Hóa Trị/Xạ Trị Medicare Part B Đồng thanh toán \$0 cho các thuốc hóa trị liệu Phần B được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i>

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Thuốc Medicare Part B (tiếp theo) - Một số loại thuốc điều trị Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (ESRD) đường uống được Medicare Part B bao trả - Thuốc nhóm calcimimetic và thuốc gắn phosphate theo hệ thống thanh toán ESRD, bao gồm thuốc tiêm tĩnh mạch Parsabiv® và thuốc uống Sensipar® - Một số thuốc dùng cho lọc máu tại nhà, trong đó có heparin, thuốc giải độc cho heparin khi cần thiết về mặt y tế, thuốc gây tê tại chỗ - Thuốc kích thích tạo hồng cầu: Medicare chi trả erythropoietin dạng tiêm nếu quý vị mắc Bệnh Thận Giai đoạn Cuối (ESRD) hoặc cần thuốc này để điều trị thiếu máu liên quan đến một số tình trạng khác (như Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera®, hoặc Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta) - Globulin miễn dịch tiêm tĩnh mạch để điều trị tại nhà, các bệnh làm suy giảm hệ miễn dịch - Nuôi dưỡng ngoài đường tiêu hoá và qua đường ruột (cho ăn đường tĩnh mạch và đường ống) Liên kết này sẽ dẫn quý vị đến danh sách các thuốc Phần B có thể áp dụng Liệu pháp theo bậc: go.wellcare.com/HISStepTherapy. Chúng tôi cũng đài thọ cho một số vắc-xin theo Phần B và hầu hết các loại vắc-xin cho người lớn theo quyền lợi bảo hiểm thuốc Phần D của chúng tôi. Chương 5 giải thích quyền lợi bảo hiểm thuốc Phần D, kể cả các quy định mà quý vị phải tuân theo, để hãng bảo hiểm chi trả phí tổn các toa thuốc. Chương 6 giải thích số tiền quý vị trả cho thuốc Phần D qua chương trình của chúng tôi.	
 Khám và trị liệu bệnh béo phì để khuyến khích giảm cân lâu bền Nếu quý vị chỉ số khối lượng cơ thể từ 30 trở lên, thì chúng tôi chi trả phí tổn cố vấn để giúp quý vị sụt cân. Cuộc cố vấn này được chi trả, nếu quý vị được cung cấp dịch vụ này trong một khung cảnh chăm sóc ban đầu, nơi có thể được phối hợp với chương trình ngừa bệnh toàn diện. Hãy nói chuyện với bác sĩ hoặc y sĩ chăm sóc ban đầu của quý vị, để tìm hiểu thêm.	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ đối với khám phòng ngừa và trị liệu bệnh béo phì.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Dịch vụ chương trình điều trị sử dụng opioid Các hội viên của chương trình bị rối loạn do sử dụng opioid (OUD) có thể được bao trả cho các dịch vụ điều trị OUD thông qua một Chương Trình Điều Trị Opioid (OTP) bao gồm các dịch vụ sau: • Thuốc điều trị hỗ trợ bằng thuốc (MAT) chủ vận và đối vận opioid được Cục Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (FDA) Hoa Kỳ phê duyệt • Cấp phát và quản lý thuốc MAT (nếu có) • Tư vấn sử dụng dược chất • Liệu pháp cá nhân hoặc theo nhóm • Kiểm tra độc tính • Các hoạt động dùng thuốc • Các đánh giá định kỳ	Đồng thanh toán \$0 cho dịch vụ điều trị opioid được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i>
Thử nghiệm chẩn bệnh cho bệnh nhân ngoại trú, các dịch vụ trị liệu và tiếp liệu y tế Các dịch vụ được bao trả gồm có, mà không giới hạn: • Chụp X-quang • Trị liệu bằng tia phóng xạ (radium và isotope) bao gồm các vật tư và tiếp liệu của chuyên viên • Các vật liệu y tế để giải phẫu, như vải băng bó • Các nẹp, băng bột và các thiết bị khác được sử dụng để giảm thiểu gãy xương và trật khớp	Đồng thanh toán \$0 cho các lần chụp X-quang được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ quang tuyến trị liệu được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho các tiếp liệu y tế được Medicare bao trả bao gồm khuôn đúc và thanh nẹp. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i>

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Thử nghiệm chẩn bệnh cho bệnh nhân ngoại trú, các dịch vụ trị liệu và tiếp liệu y tế (tiếp theo) - Các xét nghiệm phòng thí nghiệm - Máu – bao gồm lưu trữ và truyền. Phạm vi chi trả đối với máu toàn phần và khối hồng cầu chỉ bắt đầu từ pint máu đầu tiên mà quý vị cần. Mọi thành phần khác của máu được bao trả từ khi sử dụng pint đầu tiên. - Các xét nghiệm chẩn đoán ngoài phòng thí nghiệm như chụp CT, MRI, EKG và chụp PET khi bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác yêu cầu các xét nghiệm đó để điều trị một vấn đề y tế. - Các xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú khác	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi Các dịch vụ được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ xét nghiệm máu được Medicare bao trả. Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ chẩn đoán hình ảnh được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho thủ thuật và xét nghiệm chẩn đoán do Medicare chi trả. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i>
Theo dõi ngoại trú của bệnh viện Dịch vụ theo dõi là các dịch vụ ngoại trú của bệnh viện được đưa ra để xác định xem quý vị có cần nhập viện như một bệnh nhân nội trú hay có thể được xuất viện. Để được bao trả, các dịch vụ theo dõi ngoại trú của bệnh viện phải đáp ứng các tiêu chí của Medicare và được coi là hợp lý và cần thiết. Dịch vụ theo dõi chỉ được bao trả khi có yêu cầu của bác sĩ hoặc một cá nhân khác được ủy quyền bởi luật cấp phép của tiểu bang và nhân viên của bệnh viện theo luật để cho bệnh nhân nhập viện hoặc yêu cầu làm xét nghiệm cho bệnh nhân ngoại trú. Lưu ý: Trừ khi bác sĩ có viết một giấy yêu cầu tiếp nhận quý vị như một bệnh nhân nhập viện, quý vị là một bệnh nhân ngoại trú và trả số tiền chia sẻ chi phí cho các dịch vụ bệnh viện dành cho bệnh nhân ngoại trú. Kể cả nếu 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 rằng có phải mình là một bệnh nhân ngoại trú, hãy hỏi nhân viên bệnh viện.	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám dịch vụ theo dõi được Medicare bao trả.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Theo dõi ngoại trú của bệnh viện (tiếp theo) Nhận thêm thông tin trong tờ thông tin Medicare về <i>Quyền Lợi Bệnh Viện Của Medicare</i>. Bản thông tin này có tại www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf hoặc bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048.	
Các dịch vụ bệnh viện ngoại trú Chúng tôi chi trả phí tổn cho các dịch vụ cần thiết về mặt y tế, quý vị lấy trong khu bệnh nhân ngoại trú tại bệnh viện, để chẩn bệnh hoặc chữa trị cho một căn bệnh hoặc thương tích. Các dịch vụ được bao trả gồm có, mà không giới hạn: • Các dịch vụ trong khu cấp cứu, hoặc tại phòng khám ngoại trú, như các dịch vụ quan sát, hoặc phẫu thuật ngoại trú • Các xét nghiệm phòng thí nghiệm và xét nghiệm chẩn đoán, được bệnh viện gởi hóa đơn tính tiền • Chăm sóc sức khỏe tâm thần, kể cả chăm sóc trong một chương trình nằm bệnh viện bán phần, nếu một bác sĩ chứng nhận rằng nằm bệnh viện điều trị là bắt buộc, dù không chăm sóc sức khỏe tâm thần • Chụp quang tuyến và các dịch vụ khác về quang tuyến được bệnh viện gởi hóa đơn tính tiền • Các tiếp liệu y tế như kẹp và bột băng bó • Một số thuốc và dược phẩm sinh học quý vị không tự sử dụng được Lưu ý: Trừ khi bác sĩ có viết một giấy yêu cầu tiếp nhận quý vị như một bệnh nhân nhập viện, quý vị là một bệnh nhân ngoại trú và trả số tiền chia sẻ chi phí cho các dịch vụ bệnh viện dành cho bệnh nhân ngoại trú. Kể cả nếu 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 rằng có phải mình là một bệnh nhân ngoại trú, hãy hỏi nhân viên bệnh viện.	Quý vị thanh toán khoản tiền chia sẻ chi phí được trình bày trong Bảng Quyền Lợi Y Tế cho một dịch vụ cụ thể.
Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú Các dịch vụ được bao trả gồm có: Các dịch vụ sức khỏe tâm thần được cung cấp bởi bác sĩ tâm thần hoặc bác sĩ có giấy phép hành nghề, bác sĩ tâm lý lâm sàng, nhân viên xã hội lâm sàng, chuyên viên điều dưỡng lâm sàng, tư vấn	

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú (tiếp theo) viên chuyên nghiệp được cấp phép (LPC), chuyên gia trị liệu về hôn nhân và gia đình có giấy phép (LMFT), chuyên viên điều dưỡng (NP), phụ tá bác sĩ (PA), hoặc chuyên gia khác về chăm sóc sức khỏe tâm thần đủ điều kiện theo Medicare như được cho phép theo luật lệ hiện hành của tiểu bang. • Các dịch vụ được bác sĩ tâm thần cung cấp • Các dịch vụ được cung cấp bởi các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần khác	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu cá nhân với một bác sĩ tâm thần được Medicare bao trả. Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu nhóm với một bác sĩ tâm thần được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu cá nhân với một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần khác được Medicare bao trả. Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu nhóm với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần khác được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i>
Các dịch vụ phục hồi sức lực cho bệnh nhân ngoại trú Các dịch vụ được bao trả bao gồm: vật lý trị liệu, trị liệu chức năng hoạt động và liệu pháp ngôn ngữ. Các dịch vụ phục hồi chức năng cho bệnh nhân ngoại trú được cung cấp trong các môi trường khác nhau ngoài bệnh viện, như các cơ sở ngoại trú của bệnh viện, các văn phòng độc lập của chuyên gia trị liệu và các Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Ngoại Trú Toàn Diện (CORF).	

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Các dịch vụ phục hồi sức lực cho bệnh nhân ngoại trú (tiếp theo) - Các dịch vụ được cung cấp bởi một nhà vật lý trị liệu - Các dịch vụ được cung cấp bởi một nhà trị liệu cơ năng - Các dịch vụ được cung cấp bởi một nhà trị liệu âm ngữ và ngôn ngữ	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám nhà vật lý trị liệu được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu chức năng được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám vật lý trị liệu âm ngữ và ngôn ngữ được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i>
Các dịch vụ điều trị sử dụng chất gây nghiện ngoại trú Các dịch vụ được bao trả gồm có: Các dịch vụ điều trị chứng Rối Loạn Do Sử Dụng Chất Kích Thích như các buổi trị liệu nhóm và cá nhân do bác sĩ, bác sĩ tâm lý lâm sàng, nhân viên xã hội lâm sàng, chuyên viên điều dưỡng lâm sàng, chuyên viên điều dưỡng, trợ lý bác sĩ, hoặc chương trình hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe tâm thần khác đủ tiêu chuẩn của Medicare như được cho phép theo luật áp dụng của tiểu bang.	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu cá nhân được Medicare bao trả. Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu theo nhóm được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i>
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 ngoại trú Lưu ý: Nếu quý vị có giải phẫu trong một cơ sở thuộc bệnh viện, quý vị nên hỏi thăm y sĩ hay bệnh viện của mình rằng quý vị sẽ là bệnh nhân ngoại trú hay nội trú. Trừ khi bác sĩ ký giấy yêu cầu quý vị nhập viện, như một bệnh nhân nội trú tại bệnh viện, quý vị là một bệnh nhân ngoại trú, và trả tiền chia sẻ chi phí để giải phẫu bệnh nhân ngoại trú. Kể cả nếu quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú.	

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
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 ngoại trú (tiếp theo) - Các dịch vụ được cung cấp tại một bệnh viện ngoại trú - Các dịch vụ được cung cấp tại một trung tâm giải phẫu cấp cứu	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần khám tại một cơ sở bệnh viện ngoại trú được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám được Medicare bao trả ở một trung tâm giải phẫu cấp cứu. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i>
Dịch vụ nhập viện một phần và Dịch vụ ngoại trú chuyên sâu <i>Nhập viện một phần</i> là một chương trình được thiết kế để điều trị tâm thần tích cực được cung cấp trong môi trường ngoại trú tại bệnh viện hoặc tại trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng, có tính tích cực hơn chăm sóc được cung cấp tại phòng khám của bác sĩ, chuyên gia trị liệu, chuyên gia trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT) hoặc cố vấn nghề nghiệp được cấp phép và là biện pháp thay thế cho nhập viện nội trú. <i>Dịch vụ ngoại trú chuyên sâu</i> là một chương trình trị liệu sức khỏe hành vi (tâm thần) có cấu trúc được cung cấp tại khoa khám bệnh của bệnh viện, trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng, Trung tâm sức khỏe tiêu chuẩn liên bang hoặc một phòng khám sức khỏe nông thôn; dịch vụ này chuyên sâu hơn những dịch vụ chăm sóc nhận tại phòng khám của bác sĩ, chuyên gia trị liệu, chuyên gia trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT) hoặc cố vấn nghề nghiệp được cấp phép của quý vị nhưng ít chuyên sâu hơn so với nhập viện một phần.	Đồng thanh toán \$0 mỗi ngày cho mỗi dịch vụ điều trị bán trú được Medicare chi trả. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 mỗi ngày cho mỗi dịch vụ điều trị ngoại trú chuyên sâu được Medicare chi trả. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i>
Các dịch vụ của bác sĩ/y tá cao cấp, kể cả các lần khám tại văn phòng bác sĩ Các dịch vụ được bao trả gồm có: Chăm sóc y tế cần thiết về mặt y khoa hoặc dịch vụ phẫu thuật mà quý vị nhận tại phòng khám bác sĩ, trung tâm phẫu thuật ngoại trú được chứng nhận, khoa ngoại trú bệnh viện hoặc bất kỳ địa điểm nào khác	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám tại phòng khám của PCP được Medicare bao trả.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Các dịch vụ của bác sĩ/y tá cao cấp, kể cả các lần khám tại văn phòng bác sĩ (tiếp theo) - Cố vấn, chẩn đoán và điều trị bởi bác sĩ chuyên khoa - Các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác - Khám căn bản về thính lực và thăng bằng do PCP của quý vị hoặc bác sĩ chuyên khoa thực hiện nếu bác sĩ yêu cầu làm vậy để xem quý vị có cần điều trị y tế không - Một số dịch vụ thăm khám sức khỏe từ xa, bao gồm: Dịch Vụ Chăm Sóc Khẩn Cấp, Dịch Vụ Sức Khỏe Tại Gia, Bác Sĩ Chăm Sóc Chính, Trị Liệu Chức Năng Vận Động, Bác Sĩ Chuyên Khoa, Các Buổi Chăm Sóc Sức Khỏe Tinh Thần Cho Cá Nhân và Nhóm, Dịch Vụ Điều Trị Bàn Chân, Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Khác, Các Buổi Điều Trị Tâm Thần Cho Cá Nhân và Nhóm, Dịch Vụ Trị Liệu Vật Lý và Trị Liệu Ngôn Ngữ-Phát Âm, Các Buổi Điều Trị Lạm Dụng Chất Gây Nghiện Ngoại Trú Cho Cá Nhân và Nhóm và Tập Huấn Về Tự Quản Lý Bệnh Tiểu Đường. - Quý vị có thể chọn nhận những dịch vụ này qua thăm khám trực tiếp hoặc qua dịch vụ thăm khám sức khỏe từ xa. Nếu chọn nhận một trong những dịch vụ này qua dịch vụ thăm khám sức khỏe từ xa, quý vị phải sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới cung cấp dịch vụ thăm khám sức khỏe từ xa. - Buổi thăm khám trực tuyến (hay còn gọi là tư vấn dịch vụ thăm khám sức khỏe từ xa) là buổi thăm khám với	Xem phần “Phẫu Thuật Ngoại Trú” ở phần trước của bảng này để biết các khoản chia sẻ chi phí áp dụng cho các lần thăm khám tại trung tâm giải phẫu cấp cứu hoặc trong một bệnh viện ngoại trú. Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám bác sĩ chuyên khoa được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ khám tại được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ thăm khám trực tuyến được thực hiện thông qua (các) nhà cung cấp dịch vụ thăm khám trực tuyến trong chương trình của quý vị. Xin lưu ý: Khoản \$0 đồng thanh toán ở trên, chỉ áp dụng khi nhận được dịch vụ từ (các) nhà cung cấp dịch vụ thăm khám trực tuyến trong chương trình của quý vị. Nếu quý vị nhận được dịch vụ thăm khám sức khỏe từ xa hoặc trực tiếp từ một nhà cung cấp trong mạng lưới chứ không phải từ nhà cung cấp dịch vụ thăm khám trực tuyến, quý vị

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Các dịch vụ của bác sĩ/y tá cao cấp, kể cả các lần khám tại văn phòng bác sĩ (tiếp theo) bác sĩ qua điện thoại hoặc internet bằng điện thoại thông minh, máy tính bảng hoặc máy tính. Một số loại thăm khám nhất định có thể cần đến internet và thiết bị có camera. ○ Chương trình của chúng tôi cấp quyền truy cập vào các buổi thăm khám trực tuyến với các bác sĩ được chứng nhận thông qua các nhà cung cấp trong mạng lưới thăm khám trực tuyến 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần để giúp giải quyết nhiều câu hỏi/lo ngại về sức khỏe. Các dịch vụ được bao trả bao gồm các vấn đề y tế chung, sức khỏe hành vi, da liễu, và nhiều hơn nữa. Để biết thêm thông tin hoặc để tìm nhà cung cấp dịch vụ thăm khám trực tuyến trong mạng lưới, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên. • Một số dịch vụ thăm khám sức khỏe từ xa bao gồm tư vấn, chẩn đoán và điều trị bởi bác sĩ hoặc người hành nghề y cho bệnh nhân ở một số vùng nông thôn hoặc các địa điểm khác được Medicare chấp thuận • Dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa cho thăm khám liên quan đến bệnh thận giai đoạn cuối hàng tháng dành cho hội viên tiến hành lọc thận tại nhà trong trung tâm lọc thận tại bệnh viện hoặc bệnh viện nông thôn, cơ sở lọc thận hoặc nhà của hội viên • Dịch vụ thăm khám sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá hoặc điều trị các triệu chứng của đột quỵ bất kể quý vị ở đâu • Dịch vụ thăm khám sức khỏe từ xa cho các hội viên bị rối loạn do sử dụng chất kích thích hoặc rối loạn sức khỏe tâm thần xảy ra đồng thời bất kể họ ở đâu • Dịch vụ khám chữa bệnh từ xa để chẩn đoán, đánh giá và điều trị rối loạn sức khỏe tâm thần nếu: ○ Quý vị có thăm khám trực tiếp trong vòng 6 tháng trước lần thăm khám sức khỏe từ xa đầu tiên ○ Quý vị có thăm khám trực tiếp 12 tháng một lần trong khi nhận các dịch vụ thăm khám sức khỏe từ xa này ○ Có thể thực hiện trường hợp ngoại lệ đối với một số trường hợp nhất định	sẽ thanh toán khoản chia sẻ chi phí được liệt kê cho những nhà cung cấp đó như được nêu trong bảng quyền lợi này (ví dụ: nếu quý vị nhận các dịch vụ khám sức khỏe từ xa từ PCP, quý vị sẽ trả khoản chia sẻ chi phí PCP).

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Các dịch vụ của bác sĩ/y tá cao cấp, kể cả các lần khám tại văn phòng bác sĩ (tiếp theo) - Các dịch vụ thăm khám sức khỏe từ xa để thăm khám sức khỏe tâm thần do Phòng Khám Sức Khỏe Nông Thôn và Trung Tâm Sức Khỏe Tiêu Chuẩn Liên Bang cung cấp - Kiểm tra sức khỏe trực tuyến (ví dụ như qua điện thoại hoặc trò chuyện qua video) với bác sĩ trong 5-10 phút nếu: - Quý vị không phải là bệnh nhân mới và - Lần kiểm tra sức khỏe này không liên quan đến lần khám tại phòng khám trong 7 ngày qua và - Lần kiểm tra sức khỏe này không dẫn đến chuyển thăm khám tại phòng mạch trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn sớm nhất có thể - Bác sĩ đánh giá video và/hoặc hình ảnh do quý vị gửi, giải thích và theo dõi trong vòng 24 giờ nếu: - Quý vị không phải là bệnh nhân mới và - Đánh giá này không liên quan đến lần khám tại phòng khám trong 7 ngày qua và - Đánh giá này không dẫn đến chuyển thăm khám tại phòng mạch trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn sớm nhất có thể - Tư vấn bác sĩ của quý vị có với các bác sĩ khác qua điện thoại, internet hoặc hồ sơ sức khỏe điện tử - Ý kiến thứ nhì từ một phòng phẫu thuật hay nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới, trước khi giải phẫu	Quý vị sẽ thanh toán chia sẻ chi phí áp dụng cho nhà cung cấp (như được mô tả trong phần “Dịch Vụ Của Bác Sĩ/Chuyên Viên, Bao Gồm Khám Tại Phòng Khám Bác Sĩ” nêu trên). Quý vị sẽ thanh toán chia sẻ chi phí áp dụng cho nhà cung cấp (như được mô tả trong phần “Dịch Vụ Của Bác Sĩ/Chuyên Viên, Bao Gồm Khám Tại Phòng Khám Bác Sĩ” nêu trên). Quý vị sẽ thanh toán chia sẻ chi phí áp dụng cho nhà cung cấp (như được mô tả trong phần “Dịch Vụ Của Bác Sĩ/Chuyên Viên, Bao Gồm Khám Tại Phòng Khám Bác Sĩ” nêu trên). Quý vị sẽ thanh toán chia sẻ chi phí áp dụng cho nhà cung cấp (như được mô tả trong phần “Dịch Vụ Của Bác Sĩ/Chuyên Viên, Bao Gồm Khám Tại Phòng Khám Bác Sĩ” nêu trên). Ngoài khoản chia sẻ chi phí nêu trên sẽ có khoản đồng thanh toán và/hoặc đồng bảo hiểm cho

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Các dịch vụ của bác sĩ/y tá cao cấp, kể cả các lần khám tại văn phòng bác sĩ (tiếp theo)	Dịch Vụ Cần Thiết Về Mặt Y Tế Được Medicare Bao Trả cho Thiết Bị Y Tế Lâu Bền và tiếp liệu, bộ phận cơ thể giả và tiếp liệu, xét nghiệm chẩn đoán bệnh và các dịch vụ trị liệu cho bệnh nhân ngoại trú, kính mắt và kính áp tròng sau phẫu thuật đục thủy tinh thể, thuốc theo toa Phần D và thuốc theo toa Medicare Part B như được mô tả trong Bảng Quyền Lợi này.
Các dịch vụ điều trị bệnh về chân Các dịch vụ được bao trả gồm có: • Chẩn bệnh và điều trị y tế hay giải phẫu cho các thương tích và bệnh về bàn chân (chẳng hạn ngón chân cong, hay vôi hóa gót chân) • Chăm sóc bàn chân định kỳ thường xuyên, cho các hội viên có một số bệnh trạng ảnh hưởng xuống dưới chân	Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ điều trị bàn chân được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i>
 Dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP) để phòng ngừa HIV Nếu quý vị không có HIV, nhưng bác sĩ hoặc chuyên viên chăm sóc sức khỏe khác của quý vị xác định quý vị có nguy cơ nhiễm HIV cao hơn, chúng tôi bao trả thuốc dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP) và các dịch vụ liên quan. Nếu quý vị đủ điều kiện, các dịch vụ được bao trả bao gồm: • Thuốc PrEP dạng uống hoặc tiêm được FDA phê duyệt. Nếu quý vị đang nhận thuốc tiêm, chúng tôi cũng bao trả phí tiêm thuốc đó. • Tối đa 8 buổi tư vấn cá nhân (bao gồm đánh giá nguy cơ HIV, giảm nguy cơ HIV và tuân thủ thuốc) 12 tháng một lần. • Tối đa 8 lần khám sàng lọc HIV mỗi 12 tháng. Khám sàng lọc vi-rút viêm gan B một lần.	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay tiền khấu trừ đối với quyền lợi PrEP.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
 Khám sàng lọc ung thư tuyến tiền liệt Cho quý ông 50 tuổi hay lớn hơn, các dịch vụ được bao trả gồm các thứ sau đây, 12 tháng một lần: • Khám ruột kết bằng dụng cụ digital • Thử nghiệm Kháng nguyên Đặc hiệu Tuyến tiền liệt (Prostate Specific Antigen, PSA)	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần khám trực tràng kỹ thuật số hàng năm được Medicare bao trả. Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay khấu trừ cho kiểm tra PSA hàng năm.
Các bộ phận cơ thể giả và chỉnh hình và nguồn tiếp liệu liên quan Các bộ phận (không phải là răng) thay thế toàn phần hoặc một phần bộ phận hay chức năng cơ thể. Các thiết bị này bao gồm, nhưng không giới hạn ở: kiểm tra, lắp đặt hoặc đào tạo về việc sử dụng các bộ phận giả và chỉnh hình; cũng như: túi ruột kết nhân tạo và tiếp liệu liên quan trực tiếp đến việc chăm sóc ruột kết, máy trợ tim, vòng đeo, giày chỉnh hình, chân tay giả và vú giả (bao gồm nịt ngực giải phẫu sau thủ thuật cắt bỏ vú). Bao gồm một số tiếp liệu y tế liên hệ tới các bộ phận giả và chỉnh hình và sửa chữa và/hoặc thay thế các bộ phận giả và chỉnh hình. Ngoài ra còn bao gồm một số khoản bảo hiểm sau loại bỏ đục thủy tinh thể hoặc phẫu thuật đục thủy tinh thể – xem <i>Chăm Sóc Thị Lực</i> ở phần sau bảng này để biết thêm chi tiết.	Đồng thanh toán \$0 cho các bộ phận cơ thể giả hoặc dụng cụ chỉnh hình được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho các tiếp liệu y tế liên quan đến bộ phận cơ thể giả được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i>
Dịch vụ phục hồi phổi Các chương trình trị liệu toàn diện để phục hồi chức năng phổi, được bảo hiểm chi trả cho các hội viên bị chứng bệnh phổi tắc nghẽn kinh niên (COPD), ở mức độ từ trung bình tới trầm trọng, và bác sĩ ký giấy yêu cầu trị liệu để phục hồi chức năng phổi, chữa trị căn bệnh hô hấp kinh niên này.	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám dịch vụ phục hồi chức năng phổi được Medicare bao trả.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
 Khám sàng lọc bệnh và tư vấn giảm thiểu lạm dụng bia rượu Chúng tôi bao trả cho một lần khám sàng lọc lạm dụng rượu cho người lớn (bao gồm cả phụ nữ mang thai) lạm dụng rượu, nhưng không phải là người phụ thuộc vào rượu. Nếu phát hiện thấy có tình trạng lạm dụng rượu bia, mỗi năm quý vị có thể tham gia 4 buổi tư vấn ngắn gọn trực tiếp (nếu quý vị có đủ sức và tỉnh táo trong buổi tư vấn) do bác sĩ chăm sóc chính hoặc chuyên viên y tá có trình độ cung cấp tại cơ sở chăm sóc chính.	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khấu trừ cho quyền lợi phòng ngừa khám sàng lọc và tư vấn được Medicare bao trả nhằm giảm tình trạng lạm dụng bia rượu.
 Sàng lọc ung thư phổi bằng chụp cắt lớp vi tính liều thấp (LDCT) Với những người đủ điều kiện, LDCT sẽ được bao trả 12 tháng một lần. Hội viên đủ điều kiện là những người từ 50 đến 77 tuổi không có dấu hiệu hoặc triệu chứng ung thư phổi, nhưng có tiền sử hút thuốc lá ít nhất 20 gói/năm và hiện đang hút thuốc hoặc đã bỏ thuốc lá trong vòng 15 năm qua, những người được chỉ định làm LDCT trong lần khám tư vấn và cùng đưa ra quyết định về tầm soát ung thư phổi tuân theo các tiêu chuẩn của Medicare cho lần khám đó và được cung cấp bởi bác sĩ hoặc chuyên viên đủ điều kiện không phải bác sĩ. <i>Đối với việc khám tầm soát ung thư phổi LDCT sau khi sàng lọc LDCT lần đầu:</i> hội viên phải nhận được chỉ định khám tầm soát ung thư phổi LDCT, có thể được cung cấp trong lần thăm khám phù hợp bất kỳ với bác sĩ hoặc chuyên viên đủ điều kiện không phải bác sĩ. Nếu một bác sĩ hoặc chuyên viên đủ điều kiện không phải bác sĩ chọn cung cấp lần khám tư vấn và cùng đưa ra quyết định về tầm soát ung thư phổi cho các lần tầm soát ung thư phổi sau với LDCT thì lần khám này phải đáp ứng các tiêu chuẩn của Medicare cho các lần khám đó.	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay tiền khấu trừ cho LDCT hoặc lần thăm khám tư vấn và cùng đưa ra quyết định được Medicare bao trả.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
 Sàng Lọc Nhiễm Vi-rút Viêm Gan C Chúng tôi bao trả cho một lần khám sàng lọc Viêm Gan C nếu bác sĩ chăm sóc ban đầu của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác yêu cầu và quý vị đáp ứng một trong những điều kiện sau: • Quý vị có nguy cơ cao vì đang sử dụng hoặc đã từng sử dụng ma túy tiêm bất hợp pháp. • Quý vị đã được truyền máu trước năm 1992. • Quý vị sinh từ năm 1945-1965. Nếu quý vị sinh từ năm 1945-1965 và không được coi là có nguy cơ cao, chúng tôi sẽ chi trả cho khám sàng lọc một lần. Nếu quý vị có nguy cơ cao (ví dụ: quý vị đã tiếp tục sử dụng thuốc tiêm bất hợp pháp kể từ lần xét nghiệm sàng lọc Viêm Gan C âm tính trước đó), chúng tôi bao trả cho khám sàng lọc hàng năm.	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay tiền khấu trừ cho các xét nghiệm sàng lọc Vi-rút Viêm gan C được Medicare bao trả.
 Khám sàng lọc các bệnh truyền nhiễm qua đường tình dục (STI) và tư vấn phòng ngừa STI Chúng tôi đài thọ khám sàng lọc bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI) để phát hiện bệnh chlamydia, lậu, giang mai và Viêm Gan B. Những lần khám sàng lọc này được đài thọ cho phụ nữ mang thai và một số người có nguy cơ mắc STI tăng cao khi các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính yêu cầu xét nghiệm. Chúng tôi chi trả bảo hiểm cho các thử nghiệm này một lần mỗi 12 tháng hoặc ở vài thời điểm khi đang mang thai. Chúng tôi cũng bao trả cho hai buổi cố vấn cao độ về cung cách ứng xử, 20 tới 30 phút tiếp xúc trực diện mỗi năm cho những người lớn có sinh hoạt tình dục, bị tăng nguy cơ mắc bệnh STI. Chúng tôi chỉ chi trả phí tổn cho các buổi tư vấn, như một dịch vụ phòng ngừa, nếu được cung cấp bởi một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính, và diễn ra trong khung cảnh chăm sóc sức khỏe chính, như một văn phòng bác sĩ.	Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khấu trừ cho tư vấn quyền lợi phòng ngừa STI và khám sàng lọc STI được Medicare bao trả.
Các dịch vụ điều trị bệnh thận Các dịch vụ được bao trả gồm có: • Các dịch vụ giáo dục về bệnh thận để chỉ dẫn chăm sóc thận, và giúp đỡ các hội viên lấy các quyết định có hiểu biết, về việc chăm sóc sức khỏe mình. Đối với các hội viên bị bệnh thận mạn tính ở thời kỳ IV, khi được bác sĩ quý vị	Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ giáo dục về bệnh thận được Medicare bao trả.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Các dịch vụ điều trị bệnh thận (tiếp theo) giới thiệu, chúng tôi bao trả tối đa 6 buổi dịch vụ giáo dục về bệnh thận, cho cả đời. • Các buổi điều trị thẩm tách cho bệnh nhân ngoại trú (bao gồm điều trị thẩm tách khi tạm thời ra khỏi khu vực dịch vụ, như được giải thích trong Chương 3, hoặc khi nhà cung cấp dịch vụ này tạm thời không phục vụ hoặc không thể tiếp cận được) • Điều trị thẩm tách nội trú (nếu quý vị được nhập viện với tư cách là bệnh nhân nội trú để nhận dịch vụ chăm sóc đặc biệt) • Huấn luyện để tự lọc thận (kể cả huấn luyện cho quý vị và bất cứ ai giúp đỡ quý vị với các phiên lọc máu chữa trị tại nhà mình) • Dụng cụ lọc máu tại nhà, và tiếp liệu y tế • Một số dịch vụ hỗ trợ y tế tại gia (chẳng hạn, khi cần thiết, các chuyến viếng thăm của chuyên viên được đào tạo về lọc máu, để kiểm tra việc lọc máu lọc thận tại nhà quý vị, giúp đỡ trong trường hợp khẩn cấp, và kiểm tra máy lọc máu, và nguồn cung cấp nước) Một số loại thuốc để lọc máu được bao trả theo Medicare Part B. Để biết thông tin về bảo hiểm Thuốc Phần B, hãy xem các loại thuốc Medicare Part B trong bảng này.	Đồng thanh toán \$0 cho các điều trị lọc thận ngoại trú được Medicare bao trả. Xem “Chăm Sóc Tại Bệnh Viện Dưới Hình Thức Nội Trú” để biết các khoản chia sẻ chi phí áp dụng cho việc điều trị thẩm tách dành cho bệnh nhân nội trú. Đồng thanh toán \$0 cho đào tạo hướng dẫn tự lọc máu được Medicare bao trả. Đồng thanh toán \$0 cho thiết bị thẩm tách tại nhà được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho tiếp liệu thẩm tách được Medicare bao trả. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ hỗ trợ tại nhà được Medicare bao trả.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
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. Các cơ sở điều dưỡng chuyên môn đôi khi còn được gọi là SNF). Tối đa 100 ngày mỗi giai đoạn phúc lợi nằm viện và các dịch vụ chăm sóc chuyên môn tại Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Môn (SNF) hoặc cơ sở thay thế là các dịch vụ được bao trả khi các dịch vụ đó phù hợp với các hướng dẫn về bao trả của Chương Trình và Medicare. Không đòi hỏi nằm bệnh viện trước đó. 100 ngày mỗi giai đoạn quyền lợi bao gồm những ngày tại SNF được tiếp nhận thông qua Chương Trình, Original Medicare hoặc bất kỳ Tổ Chức Medicare Advantage nào khác trong suốt giai đoạn quyền lợi. Các dịch vụ được bao trả gồm có, mà không giới hạn: • Phòng nằm chung (hoặc một phòng riêng, nếu cần thiết về mặt y tế) • Các bữa ăn theo quy định ăn uống đặc biệt • Dịch vụ y tá điều dưỡng chuyên môn • Vật lý trị liệu, trị liệu chức năng hoạt động và trị liệu về ngữ âm • Thuốc được đưa tới quý vị, như một phần của chương trình chăm sóc sức khỏe của chúng tôi (điều này bao gồm các dung dịch hiện hữu tự nhiên trong cơ thể, như các yếu tố làm máu đông.) • Máu - bao gồm máu dự trữ và truyền máu. Phạm vi chi trả đối với máu toàn phần và khối hồng cầu chỉ bắt đầu từ pint máu đầu tiên mà quý vị cần. Mọi thành phần khác của máu được bao trả từ khi sử dụng pint đầu tiên. • Thông thường, các tiếp liệu y tế và giải phẫu được cung cấp bởi các cơ sở SNF • Các thử nghiệm thường được SNF cung cấp • Việc chụp hình quang tuyến và các dịch vụ quang tuyến thường được cơ sở SNF cung cấp • Sử dụng các thiết bị như xe lăn, thường được các cơ sở SNF cung cấp • Các dịch vụ bác sĩ/y tá cao cấp	Đối với nằm viện được Medicare bao trả, mỗi giai đoạn quyền lợi: Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần nằm tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn được Medicare bao trả. Quý vị thanh toán tất cả chi phí cho mỗi ngày sau ngày 100. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Một giai đoạn quyền lợi sẽ bắt đầu vào ngày quý vị vào một cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Giai đoạn quyền lợi chấm dứt khi quý vị chưa nhận được bất cứ dịch vụ chăm sóc chuyên môn nào tại một cơ sở SNF trong liên tiếp 60 ngày. Nếu quý vị vào một cơ sở điều dưỡng chuyên môn sau khi một giai đoạn quyền lợi kết thúc thì một giai đoạn quyền lợi mới sẽ bắt đầu. Không giới hạn số giai đoạn quyền lợi.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) (tiếp theo) Nói chung, quý vị sẽ nhận dịch vụ chăm sóc SNF từ các cơ sở thuộc mạng lưới bảo hiểm. Trong một số trường hợp nhất định liệt kê bên dưới, quý vị có thể trả khoản chia sẻ chi phí trong mạng lưới cho một cơ sở không phải là nhà cung cấp trong mạng lưới nếu cơ sở này chấp nhận khoản thanh toán từ chương trình của chúng tôi. - Một viện dưỡng lão hoặc cộng đồng hưu trí được tiếp tục chăm sóc sức khỏe, nơi quý vị sinh sống trước khi tới bệnh viện (miễn là có cung cấp sự điều dưỡng chuyên môn) - SNF nơi vợ/chồng hoặc bạn đời quý vị đang sống tại thời điểm quý vị xuất viện	
 Ngừng hút thuốc và dùng thuốc lá (tư vấn ngừng hút thuốc lá hoặc dùng thuốc lá) Tư vấn cai thuốc lá và các sản phẩm thuốc lá được chi trả cho bệnh nhân điều trị ngoại trú và nội trú nếu đáp ứng các tiêu chí sau: - Sử dụng thuốc lá, bất kể họ có biểu hiện hay triệu chứng của bệnh liên quan đến thuốc lá hay không - Có đủ năng lực và tỉnh táo trong suốt quá trình tư vấn - Việc tư vấn được thực hiện bởi bác sĩ đủ trình độ hoặc chuyên viên được Medicare công nhận Chúng tôi bao trả cho 2 lần cố gắng cai thuốc mỗi năm (mỗi lần có thể bao gồm tối đa 4 buổi tư vấn ở mức trung bình hoặc chuyên sâu, với tổng cộng tối đa 8 buổi tư vấn mỗi năm cho bệnh nhân.)	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho các quyền lợi phòng ngừa bệnh khi ngừng hút thuốc và sử dụng thuốc lá được Medicare bao trả.
Nền tảng hỗ trợ xã hội Chương trình của chúng tôi cung cấp một nền tảng hỗ trợ xã hội trực tuyến để giúp hỗ trợ sức khỏe tổng thể của quý vị. Nền tảng này cung cấp sự tham gia của cộng đồng, các hoạt động trị liệu và các nguồn lực do chương trình tài trợ để giúp quản lý căng thẳng và lo lắng. Nền tảng này giúp quý vị dễ dàng tham gia và tiếp tục tham gia để hỗ trợ quý vị quản lý các nhu cầu sức khỏe hành vi của mình. Dịch vụ này được cung cấp trực tuyến 24/7, vì vậy quý vị có thể sử dụng bất cứ khi nào quý vị muốn.	Đồng thanh toán \$0 cho nền tảng hỗ trợ xã hội.*

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Nền tảng hỗ trợ xã hội (tiếp theo) Nền tảng hỗ trợ xã hội bao gồm: • Các Chương Trình Sức Khỏe Tùy Chính Phù Hợp: Tiếp cận các chương trình tự hướng dẫn 4 tuần tùy chỉnh được thiết kế để nâng cao sức khỏe thể chất và tinh thần, kết hợp thông tin chi tiết từ các chuyên gia lão hóa khỏe mạnh để hỗ trợ cụ thể cho các hội viên. Thực hiện theo các chương trình theo tốc độ của riêng quý vị và theo dõi tiến trình của quý vị để theo dõi những cải thiện về sức khỏe của quý vị. • Hỗ Trợ Đồng Cấp và Chuyên Gia: Kết nối với cộng đồng trực tuyến trong một không gian có kiểm duyệt, nơi quý vị có thể tương tác với các đồng nghiệp và các chuyên gia y tế có trình độ. Nhận quyền truy cập vào các bài viết được đánh giá lâm sàng và nhận các đề xuất được cá nhân hóa cho các dịch vụ Wellcare bổ sung dựa trên các tương tác và nhu cầu đã xác định của quý vị. • Các Công Cụ Sức Khỏe Kỹ Thuật Số Cá Nhân Hóa: Tham gia vào các hoạt động tương tác, thiền và trò chơi dựa trên liệu pháp hành vi nhận thức, chánh niệm và tâm lý tích cực. Những công cụ này giải quyết các chủ đề như lão hóa khỏe mạnh, quản lý sự cô lập, chăm sóc, đau buồn, tìm Phần đích trong quá trình lão hóa, v.v. Các thành viên có thể truy cập nền tảng bằng cách đăng nhập cổng thông tin thành viên tại go.wellcare.com/member hoặc bằng cách gọi bộ phận Dịch vụ Thành viên. Sau khi đăng ký, quý vị có thể truy cập nền tảng trực tiếp bất cứ lúc nào từ máy tính, máy tính bảng hoặc điện thoại thông minh.	
Phúc Lợi Bổ Sung Đặc Biệt Cho Bệnh Mạn Tính III Nếu quý vị đủ điều kiện nhận Phúc Lợi Bổ Sung Đặc Biệt Cho Bệnh Mạn Tính III (SSBCI), chương trình của chúng tôi sẽ cung cấp các quyền lợi bổ sung. Quý vị phải đáp ứng một số tiêu chí nhất định, bao gồm việc có một hoặc nhiều chẩn đoán bệnh lý đủ tiêu chuẩn đã được ghi chép và còn hiệu lực. Tình trạng này phải đe dọa đến tính mạng hoặc hạn chế đáng kể sức khỏe hoặc hoạt động chức năng tổng thể của quý vị. Ngoài ra, quý vị phải cần quản lý dịch vụ chăm sóc chuyên sâu và có nguy cơ nhập viện đột ngột cao. Các bệnh mạn tính đủ điều kiện bao gồm:	Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho Quyền lợi Bổ sung Đặc biệt dành cho Người bệnh mạn tính.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt Cho Bệnh Mạn Tính III (tiếp theo) Rối loạn tự miễn (bao gồm viêm khớp dạng thấp); Ung thư; Rối loạn tim mạch (bao gồm tăng huyết áp); Rối loạn sử dụng rượu mạn tính và các rối loạn sử dụng chất khác (SUDs); Suy tim mạn; Rối loạn phổi mạn; Tình trạng sức khỏe tâm thần mạn tính và gây tàn tật; Bệnh đường tiêu hóa mạn (bao gồm rối loạn tiêu hóa mạn); Bệnh thận mạn (CKD); Các tình trạng có khó khăn về chức năng (bao gồm Bệnh Thận Giai đoạn Cuối (ESRD), Bệnh Gan Giai đoạn Cuối, Loãng xương (bệnh xương), Viêm xương khớp); Các tình trạng cần tiếp tục dịch vụ trị liệu để duy trì/khôi phục chức năng (bao gồm Loạn dưỡng cơ); Các tình trạng liên quan suy giảm nhận thức (bao gồm Hội chứng Down); Sa sút trí tuệ; Đái tháo đường; HIV/AIDS; Lạc nội mạc tử cung; Rối loạn thần kinh; Rối loạn huyết học nặng; Thừa cân, béo phì và hội chứng chuyển hóa (bao gồm tăng lipid máu/rối loạn lipid máu); Sau ghép tạng; Đột quỵ Xem Chương 4, Phần 2 để biết thêm thông tin về tiêu chí đủ điều kiện. Khả năng hội đủ điều kiện nhận các quyền lợi dưới đây được xác định sau khi quý vị ghi danh vào chương trình của chúng tôi. Nếu đủ điều kiện, quý vị có thể dùng khoản Wellcare Spendables® của mình cho các quyền lợi bổ sung liệt kê bên dưới. Sau khi được xác định đủ điều kiện, các quyền lợi mở rộng này sẽ có trong 7-10 ngày làm việc. Trợ cấp sẽ được chuyển dần sang tháng tiếp theo nếu chưa sử dụng và hết hạn vào cuối năm chương trình. Xem quyền lợi Wellcare Spendables® trong biểu đồ này để biết thêm thông tin. Xăng trả tiền lúc bơm Quý vị có thể sử dụng thẻ để thanh toán tiền xăng lúc bơm tại các địa điểm tham gia. Không thể sử dụng thẻ này để trực tiếp thanh toán tại quầy thu ngân. Chỉ có thể sử dụng thẻ của quý vị để bơm xăng tối đa đến số tiền hạn mức có sẵn. Thực Phẩm Lành Mạnh Quý vị có thể dùng thẻ mua thực phẩm và sản phẩm lành mạnh tại cửa hàng bán lẻ đối tác.	

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt Cho Bệnh Mạn Tính Ill (tiếp theo) Có thể có các lựa chọn giao hàng cho các mặt hàng tạp hóa đủ điều kiện. Bữa ăn đã chuẩn bị sẵn và các hộp nông sản có thể đặt hàng qua cổng trực tuyến. Không thể dùng thẻ để mua thuốc lá hoặc rượu. Các mặt hàng được phê duyệt bao gồm: ○ Thịt và gia cầm ○ Trái cây và rau ○ Đồ uống dinh dưỡng Sử dụng tính năng quét mã vạch trong ứng dụng của quý vị để tìm các vật phẩm được phê duyệt tại các địa điểm bán lẻ, đăng nhập vào cổng thông tin hội viên hoặc tham khảo catalog. Hỗ trợ tại nhà và các vật dụng an toàn Quý vị có thể sử dụng thẻ của mình để hỗ trợ chi phí cho các dịch vụ hỗ trợ tại nhà và các vật dụng an toàn, bao gồm cả dịch vụ lắp đặt cho một số sản phẩm đủ điều kiện. Đăng nhập vào cổng thông tin hội viên của quý vị hoặc liên hệ với chúng tôi để mua các vật dụng được chấp nhận và xem các dịch vụ đủ điều kiện. Các mặt hàng và dịch vụ được phê duyệt bao gồm: ○ Thanh vịn hoặc tay nắm cửa và vật liệu phủ sàn chống trượt ○ Ghế an toàn và dụng cụ hỗ trợ cải tạo phòng tắm ○ Máy điều hòa không khí di động và sản phẩm chất lượng không khí ○ Vật tư và phương pháp xử lý kiểm soát côn trùng, sâu bọ tại nhà Hỗ Trợ Tiền Thuê Nhà Quý vị có thể sử dụng thẻ để hỗ trợ chi phí thuê nhà. Đăng nhập vào cổng thông tin nhà cung cấp cho thuê/thế chấp để thanh toán cho nhà cung cấp hoặc thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp tại nơi có chấp	

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt Cho Bệnh Mạn Tính III (tiếp theo) nhận thanh toán qua thẻ. Thẻ của quý vị chỉ có thể sử dụng tối đa số tiền trợ cấp hiện có. Không thể dùng thẻ để cài đặt thanh toán định kỳ tự động. • Hỗ Trợ Tiện Ích Quý vị có thể sử dụng thẻ để hỗ trợ chi phí tiện ích cho nhà quý vị. Đăng nhập trực tiếp vào cổng thông tin nhà cung cấp dịch vụ tiện ích của quý vị và thanh toán bằng thẻ của quý vị. Không thể dùng thẻ để cài đặt thanh toán định kỳ tự động. Thẻ của quý vị chỉ có thể sử dụng tối đa số tiền trợ cấp hiện có. Các chi phí được phê duyệt cho quyền lợi này bao gồm: ○ Các dịch vụ tiện ích điện, gas, vệ sinh/rác thải và nước ○ Dịch vụ điện thoại bàn và di động ○ Dịch vụ internet ○ Dịch vụ truyền hình cáp (không bao gồm dịch vụ phát trực tuyến) ○ Một số chi phí xăng dầu, như dầu sưởi cho gia đình	
Liệu Pháp Tập Thể Dục Có Giám Sát (SET) SET được bao trả cho những hội viên có triệu chứng của bệnh động mạch ngoại vi (PAD). Quý vị được bao trả tối đa 36 buổi trong khoảng thời gian 12 tuần nếu đáp ứng các yêu cầu của chương trình SET. Chương trình SET phải: • Bao gồm các buổi tập kéo dài 30-60 phút, gồm một chương trình đào tạo tập thể dục trị liệu PAD ở những bệnh nhân khắp khiêng • Được thực hiện tại phòng khám của bệnh viện dành cho bệnh nhân ngoại trú hoặc phòng mạch của bác sĩ • Được thực hiện bởi nhân viên phụ trợ có trình độ cần thiết để đảm bảo rằng lợi nhiều hơn hại và được thực hiện bởi những người được đào tạo về liệu pháp tập thể dục cho PAD	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần thăm khám liệu pháp tập thể dục được Medicare bao trả.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Liệu pháp tập thể dục có giám sát (SET) (tiếp theo) Dưới sự giám sát trực tiếp của bác sĩ, phụ tá bác sĩ hoặc y tá/y tá cao cấp của bệnh xá, những người phải được đào tạo về các kỹ thuật hỗ trợ mạng sống cả cơ bản và nâng cao SET có thể được bao trả hơn 36 buổi trong 12 tuần đối với 36 buổi bổ sung trong một khoảng thời gian dài nếu được coi là cần thiết về mặt y tế bởi một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.	
Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp Dịch vụ được chương trình bao trả yêu cầu chăm sóc y tế ngay lập tức mà không phải là trường hợp cấp cứu là dịch vụ cần thiết khẩn cấp nếu quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi hoặc ngay cả khi quý vị ở trong khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi, việc nhận dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới mà chương trình ký hợp đồng là không hợp lý. Chương trình của chúng tôi phải bao trả cho các dịch vụ cần thiết khẩn cấp và chỉ tính phí chia sẻ chi phí trong mạng lưới cho quý vị. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp là các bệnh và thương tích y tế không lường trước được hoặc các đợt bùng phát bất ngờ của các bệnh lý hiện tại. Các lần thăm khám định kỳ với nhà cung cấp cần thiết về mặt y tế (chẳng hạn như khám sức khỏe hàng năm) không được coi là cần thiết khẩn cấp ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc mạng lưới chương trình tạm thời không hoạt động. Có bao trả cho các dịch vụ cần thiết khẩn cấp bên ngoài Hoa Kỳ.	Đồng thanh toán \$0 cho các lần thăm khám dịch vụ cần thiết khẩn cấp được Medicare bao trả. Đồng thanh toán \$115 cho các dịch vụ cần thiết khẩn cấp bên ngoài Hoa Kỳ.* Quý vị thanh toán số tiền này kể cả khi quý vị nhập viện trong vòng 24 giờ cho cùng một căn bệnh. Quý vị được bao trả tối đa \$50,000 mỗi năm cho các dịch vụ cấp cứu hoặc các dịch vụ cần thiết khẩn cấp bên ngoài Hoa Kỳ.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
 Khám mắt Các dịch vụ được bao trả gồm có: - Dịch vụ bác sĩ cho người ngoại trú, chẩn đoán và điều trị bệnh và thương tích của mắt, kể cả võng mạc thoái hóa vì tuổi tác. Original Medicare không bao trả chi phí khám mắt định kỳ (khúc xạ ở mắt) để lấy kính/tròng kính. - Đối với những người bị tiểu đường, khám sàng lọc bệnh võng mạc đái tháo đường được bao trả mỗi năm một lần. Những người có nguy cơ cao bị bệnh tăng nhãn áp bao gồm những người với gia đình có tiền sử bệnh tăng nhãn áp, người mắc bệnh tiểu đường, người Mỹ gốc Phi châu 50 tuổi trở lên và người Mỹ gốc Tây Ban Nha từ 65 tuổi trở lên. - Đối với những người bị tiểu đường, khám sàng lọc bệnh võng mạc đái tháo đường được bao trả mỗi năm một lần - Một cặp mắt kiếng hoặc kiếng áp tròng, sau mỗi cuộc giải phẫu thủy tinh thể bị đục, kể cả đặt một tròng kiếng bên trong mắt. Nếu quý vị hai cuộc giải phẫu riêng biệt cho thủy tinh thể bị đục, thì quý vị không thể để dành bảo hiểm sau khi giải phẫu lần đầu, và mua hai mắt kiếng sau lần giải phẫu thứ hai. Ngoài ra, chương trình của chúng tôi chi trả phí tổn cho các dịch vụ khám mắt phụ trội (định kỳ) sau đây: 1 lần khám mắt định kỳ mỗi năm. Khám mắt định kỳ bao gồm thử nhãn áp (glaucoma) cho những ai có nguy cơ bị tăng nhãn áp, và khám võng mạc cho người bệnh tiểu đường.	Đồng thanh toán \$0 cho tất cả các lần khám mắt khác để chẩn đoán và chữa bệnh cho mắt. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 khi khám sàng lọc bệnh tăng nhãn áp được Medicare bao trả. \$0 đồng thanh toán khi khám võng mạc được Medicare bao trả cho hội viên bệnh tiểu đường hoặc thăm khám bệnh mắt do tiểu đường. <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i> Đồng thanh toán \$0 cho kính mắt được Medicare bao trả. Đồng thanh toán \$0 cho 1 lần khám mắt định kỳ mỗi năm.* <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i>

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
 Khám mắt (tiếp theo) • Không giới hạn số cặp kính mắt theo toa mỗi năm với quyền lợi tối đa là \$100 mỗi năm. Kính mắt được bao trả bao gồm bất kỳ: ○ Cặp mắt kiếng (gọng và tròng mắt kiếng) hoặc ○ Chỉ có các tròng mắt kiếng hoặc ○ Chỉ có các gọng mắt kiếng, hoặc ○ Kính áp tròng thay vì cặp mắt kính hoặc ○ Nâng cấp thiết bị nhãn khoa Lưu ý: Chương trình chi trả phí gắn kính áp tròng vừa vặn cho mắt. Bảo hiểm chi trả tối đa là \$100, mỗi năm, cho giá bán lẻ gọng kính và/hoặc tròng mắt kính (kể cả chọn lựa tròng mắt kính, như màu sắc và lớp sơn mỏng bảo vệ kính). Quý vị chịu trách nhiệm chi trả mọi chi phí cao hơn mức quyền lợi tối đa bổ sung (ví dụ: định kỳ) cho mắt kính.* Không bao gồm mắt kính được Medicare đài thọ, theo mức quyền lợi tối đa phụ trội (ví dụ, định kỳ). Hội viên không được sử dụng quyền lợi về kính mắt bổ sung để tăng mức bảo hiểm cho kính mắt được Medicare bao trả. Lưu ý: Bảo hiểm cho các dịch vụ thị lực định kỳ là một quyền lợi bổ sung do chương trình cung cấp. Cả Medicare hoặc Chương Trình Med-QUEST Division Program (Medicaid) của Hawaii sẽ không thanh toán phần chia sẻ chi phí của quý vị cho những dịch vụ này. Phải nhận dịch vụ thị lực thông qua mạng lưới chăm sóc thị lực của chương trình. Đối với các câu hỏi về cách tìm nhà cung cấp hoặc để biết thêm thông tin, xin gọi bộ phận Dịch Vụ Hội Viên.	Đồng thanh toán \$0 cho mắt kính.* <i>Có thể yêu cầu Cho Phép Trước.</i>
 Khám với bác sĩ trong dịp Chào mừng đến với Medicare để ngừa bệnh Chương trình chúng tôi bao trả cho thăm khám phòng bệnh <i>Chào mừng đến với Medicare</i> một lần. Cuộc viếng bác sĩ này gồm có xem xét sức khỏe quý vị, cũng như giáo dục và khuyên bảo về các dịch vụ ngừa bệnh mà quý vị cần (bao gồm vài khám nghiệm truy tìm bệnh và chích ngừa) và giới thiệu tới dịch vụ y tế khác nếu cần.	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc tiền khấu trừ khi khám phòng bệnh vào dịp <i>Chào mừng đến với Medicare</i>.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
 Khám với bác sĩ trong dịp Chào mừng đến với Medicare để ngừa bệnh (tiếp theo) Lưu ý quan trọng: Chúng tôi bao trả cho thăm khám phòng bệnh <i>Chào mừng đến với Medicare</i> chỉ trong 12 tháng đầu tiên quý vị có Medicare Part B. Khi quý vị đặt lịch hẹn, hãy cho văn phòng bác sĩ biết quý vị muốn lên lịch cho thăm khám phòng bệnh <i>Chào mừng đến với Medicare</i>. EKG được Medicare bao trả sau lần khám Dịch Vụ Phòng Bệnh <i>Chào mừng đến với Medicare</i>.	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi EKG được Medicare bao trả sau Lần Khám Phòng Bệnh <i>Chào mừng đến với Medicare</i>.
Wellcare Spendables® Quý vị sẽ nhận \$120 mỗi tháng nạp sẵn vào thẻ Wellcare Spendables® của quý vị để chi cho mặt hàng OTC, dịch vụ Nha khoa, Thị lực và Thính lực. - Trợ cấp hàng tháng sẽ chuyển sang tháng tiếp theo nếu chưa sử dụng và hết hạn vào cuối năm chương trình. <u>Có thể sử dụng trợ cấp trong thẻ của quý vị cho:</u> Vật Dụng Không Cần Toa (OTC): Quý vị có thể sử dụng thẻ của mình tại các địa điểm bán lẻ tham gia, thông qua ứng dụng di động hoặc bằng cách đăng nhập vào cổng thông tin hội viên để đặt hàng giao tận nhà. Các vật dụng được bao trả gồm có: - Các vật dụng không cần toa chính hiệu và gốc - Vitamin, thuốc giảm đau, vật dụng cho bệnh cảm cúm và dị ứng, vật dụng cho bệnh tiểu đường - Sử dụng tính năng quét mã vạch trong ứng dụng của quý vị để tìm các vật dụng được phê duyệt tại các địa điểm bán lẻ, hoặc đăng nhập vào cổng thông tin hội viên của quý vị hoặc tham khảo catalog của quý vị. Lưu ý: Trong một số trường hợp, thiết bị chẩn đoán và dụng cụ hỗ trợ cai thuốc lá được bao trả trong quyền lợi y tế của chương trình. Quý vị nên (khi có thể) sử dụng các quyền lợi y tế của chương trình của chúng tôi trước khi tiêu khoản trợ cấp OTC cho những vật phẩm này.	Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho thẻ Wellcare Spendables®. Không có yêu cầu tối thiểu đối với việc mua tại cửa hàng.

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Wellcare Spendables® (tiếp theo) Nha khoa, Thị lực và Thính lực Quý vị có thể dùng thẻ để giúp giảm chi phí ngoài túi cho dịch vụ nha khoa, thị lực và thính lực. Thẻ có thể được sử dụng để thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp dịch vụ nha khoa, nhãn khoa hoặc thính lực của quý vị. - Mọi việc mua sắm và giao dịch phải được thực hiện trong văn phòng nhà cung cấp hoặc tại địa điểm của nhà cung cấp. - Khoản trợ cấp không thể dùng cho dịch vụ thẩm mỹ hoặc làm đẹp, khí nitơ oxit, an thần tĩnh mạch, làm trắng răng hoặc tẩy trắng. Thẻ của quý vị có thể dùng cho các Phần sau: Nha khoa Khoản trợ cấp này không thay thế quyền lợi nha khoa định kỳ của quý vị. Quý vị nên sử dụng quyền lợi của chương trình chúng tôi trước khi sử dụng khoản Spendables của quý vị. - Các dịch vụ nha khoa chẩn đoán khác - Các dịch vụ nha khoa dự phòng khác - Điều trị phục hồi - Điều trị nội nha - Nha chu - Phục hình tháo lắp - Phục hình cố định - Phẫu thuật Miệng và Hàm Mặt - Dịch vụ Tổng quát Bổ trợ Nhãn khoa Khoản trợ cấp này không thay thế quyền lợi thị lực định kỳ của quý vị. Quý vị nên sử dụng quyền lợi của chương trình chúng tôi trước khi sử dụng khoản Spendables của quý vị. - Khám mắt định kỳ - Kính áp tròng - Kính mắt (tròng và gọng) - Tròng kính mắt - Gọng kính - Nâng cấp	

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Wellcare Spendables® (tiếp theo) Thính giác Khoản trợ cấp này không thay thế quyền lợi thính lực định kỳ của quý vị. Quý vị nên sử dụng quyền lợi của chương trình chúng tôi trước khi sử dụng khoản Spendables của quý vị. • Khám thính lực định kỳ • Lắp/đánh giá máy trợ thính • Máy trợ thính theo đơn (mọi loại) <u>Các quyền lợi được đề cập dưới đây là một phần của SSBCI. Không phải tất cả hội viên đều đủ điều kiện. Quý vị phải đáp ứng các tiêu chí về khả năng hội đủ điều kiện cho các quyền lợi sau đây của chương trình.</u> <u>Nếu quý vị đủ điều kiện, trợ cấp thẻ của quý vị cũng có thể sử dụng cho:</u> • Xăng trả tiền lúc bơm • Thực Phẩm Lành Mạnh • Hỗ trợ tại nhà và các vật dụng an toàn • Dịch vụ và vật dụng kiểm soát côn trùng • Hỗ Trợ Tiền Thuê Nhà • Hỗ Trợ Tiện Ích Tham khảo Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt cho quyền lợi Bệnh Mạn Tính III (SSBCI) trong bảng này để biết thêm thông tin về những quyền lợi này. <u>Cách sử dụng thẻ:</u> 1. Kích hoạt thẻ của quý vị trước khi sử dụng. 2. Đến nhà bán lẻ tham gia, đăng nhập vào liên kết cổng thông tin liệt kê bên dưới, hoặc tải ứng dụng di động Wellcare Spendables®. 3. Chọn các vật dụng/dịch vụ được phê duyệt của quý vị. 4. Tại cửa hàng, đến quầy thanh toán và thanh toán bằng thẻ Wellcare Spendables® của quý vị. Đối với các đơn đặt hàng trực tuyến hoặc ứng dụng di động, hãy đăng nhập để truy cập và sử dụng quyền lợi của quý vị. 5. Thẻ của quý vị không phải là thẻ tín dụng nhưng có thể được nhập là 'tín dụng' để thanh toán. Nếu được nhắc, hãy nhập mã PIN quý vị đã tạo khi quý vị kích hoạt thẻ.	

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Dịch Vụ Được Bao Trả	Số tiền quý vị chi trả
Wellcare Spendables® (tiếp theo) Thông tin bổ sung quý vị cần biết: - Sau khi sử dụng hết trợ cấp chi tiêu, quý vị sẽ chịu trách nhiệm thanh toán các chi phí mua hàng còn lại. - Các vật dụng mua tại cửa hàng có thể được đổi trả theo chính sách đổi trả của các cửa hàng bán lẻ. - Nếu thẻ của quý vị không hoạt động đúng cách hoặc trong trường hợp xảy ra sự cố kỹ thuật, vui lòng liên hệ với chúng tôi theo số bên dưới. - Wellcare không chịu trách nhiệm cho việc thẻ bị mất hoặc bị đánh cắp. - Thẻ Wellcare Spendables® chỉ dành cho Phần đích sử dụng cá nhân của quý vị, không thể bán hoặc chuyển nhượng và không có giá trị tiền mặt. - Một số dịch vụ tiền thuê và tiện ích có thể đủ điều kiện hoàn tiền nếu thanh toán không thành công. Liên hệ với chúng tôi hoặc gửi yêu cầu bồi hoàn qua cổng thông tin hội viên để được xem xét. Yêu cầu hoàn tiền phải được gửi trong vòng 120 ngày kể từ ngày giao dịch và phải nằm trong cùng năm chương trình. - Có thể áp dụng các giới hạn và hạn chế, chỉ những vật dụng được phê duyệt mới được bao trả. - Đây không phải là quyền lợi của Chương Trình Med-QUEST Division Program (Medicaid) của Hawaii. Để biết thêm thông tin về thẻ Wellcare Spendables® hoặc để yêu cầu danh Phần, vui lòng gọi: 1-888-846-4262, người dùng TTY gọi: 711. Giờ làm việc: Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Quý vị cũng có thể truy cập trực tuyến tại: go.wellcare.com/member.	

PHẦN 3

Các dịch vụ được chi trả ngoài chương trình

Các dịch vụ sau được chi trả theo hình thức Phí theo Dịch vụ (Fee for Service) của Chương trình Med-QUEST Division Hawaii (Medicaid):

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

- Chương trình Cấy ghép Cơ quan và Mô của Tiểu bang Hawaii
- Dịch vụ dành cho Người khuyết tật trí tuệ và phát triển
- Dịch vụ Nha khoa
- Chấm dứt thai kỳ có chủ đích (ITOPs)

PHẦN 4 Các dịch vụ không được chương trình của chúng tôi bao trả (trường hợp loại trừ)

Phần này cho quý vị biết những dịch vụ nào bị loại trừ.

Bảng dưới đây liệt kê một số dịch vụ và vật dụng không được chương trình chúng tôi bao trả trong bất kỳ điều kiện này hoặc chỉ được chương trình chúng tôi bao trả trong một số điều kiện cụ thể.

Nếu quý vị nhận được các dịch vụ bị loại trừ (không được bao trả), quý vị phải tự thanh toán ngoại trừ trong các điều kiện cụ thể được liệt kê dưới đây. Ngay cả khi quý vị nhận được những dịch vụ này tại một cơ sở cấp cứu, những dịch vụ được loại trừ cũng sẽ không được bao trả và chúng tôi sẽ không trả tiền cho những dịch vụ này. Một ngoại lệ duy nhất là nếu dịch vụ đó được kháng cáo và quyết định sau khi kháng cáo là một dịch vụ y tế mà chúng tôi đáng lý phải trả tiền hoặc bao trả vì tình trạng y khoa cụ thể của quý vị. (Để có tài liệu về việc kháng cáo một quyết định của chúng tôi, là không chi trả phí tổn cho một dịch vụ y tế, hãy xem Chương 9, Phần 6.3).

Những dịch vụ không được Medicare bao trả	Chỉ được bao trả trong một số trường hợp cụ thể
Các dịch vụ hoặc thủ thuật giải phẫu thẩm mỹ	Được bao trả trong các trường hợp chấn thương do tai nạn hoặc để cải thiện chức năng một bộ phận cơ thể biến dạng của hội viên Bao trả cho tất cả các giai đoạn của thủ thuật giải phẫu phục hồi một bên vú sau khi giải phẫu cắt bỏ vú và bao trả cho điều trị bên vú còn lại để giúp ngực được cân xứng

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Những dịch vụ không được Medicare bao trả	Chỉ được bao trả trong một số trường hợp cụ thể
Chăm sóc đời sống thường nhật Chăm sóc đời sống thường nhật là việc chăm sóc cá nhân không cần có sự chú ý liên tục của nhân viên y khoa hoặc nhân viên cấp cứu đã được đào tạo, chẳng hạn như việc chăm sóc và giúp đỡ quý vị trong những sinh hoạt thường nhật như tắm rửa hoặc thay quần áo	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào
Thủ thuật giải phẫu và y khoa thí nghiệm, thiết bị và thuốc men thí nghiệm Các thủ thuật và vật dụng thử nghiệm là những vật dụng và thủ thuật được Original Medicare quyết định là không được cộng đồng y khoa chấp nhận nói chung	Có thể được Original Medicare bao trả, theo nghiên cứu khảo sát lâm sàng được Medicare chấp thuận hoặc được chương trình của chúng tôi bao trả (Xem Chương 3, Phần 5 để có thêm thông tin về các nghiên cứu y tế lâm sàng)
Phí chăm sóc do người thân cùng huyết thống với quý vị, hoặc những người trong nhà của quý vị cung cấp	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào
Chăm sóc điều dưỡng toàn thời gian tại nhà riêng	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào
Bữa ăn được giao đến nhà	Xem phúc lợi “Thực Phẩm Lành Mạnh” trong phần SSBCI của Bảng Quyền Lợi Y Tế để biết thêm thông tin
Các dịch vụ nội trợ bao gồm việc trợ giúp căn bản cho việc nhà, kể cả dọn dẹp nhà cửa nhẹ nhàng, hoặc chuẩn bị bữa ăn nhẹ.	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào
Dịch vụ bác sĩ y khoa tự nhiên (sử dụng các phương pháp điều trị tự nhiên hoặc tương đương)	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào
Giày chỉnh hình hoặc các dụng cụ hỗ trợ cho chân	Giày là một phần của nẹp chân và được bao gồm trong chi phí của nẹp. Giày chỉnh hình hoặc giày trị liệu dành cho những người bị bệnh chân do bệnh tiểu đường

CHƯƠNG 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

Những dịch vụ không được Medicare bao trả	Chỉ được bao trả trong một số trường hợp cụ thể
	gây ra
Đồ dùng cá nhân trong phòng của quý vị tại một bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chẳng hạn như điện thoại hay máy truyền hình	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào
Phòng riêng trong bệnh viện	Chỉ được bao trả khi cần thiết về mặt y tế
Thủ tục phục hồi khả năng sinh sản sau khi đã giải phẫu triệt sản và/tiếp liệu ngừa thai không có toa	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào
Chăm sóc nha khoa định kỳ, như: • Làm sạch răng (Điều trị dự phòng) • Điều trị fluoride • Dịch vụ chỉnh nha • Dịch vụ cấy ghép implant • Phục hình hàm mặt	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào Xem quyền lợi dịch vụ chăm sóc răng miệng trong Biểu đồ Quyền lợi Y tế để biết chăm sóc nha khoa định kỳ mà chương trình của quý vị chi trả như một phần trong gói quyền lợi của quý vị
Chăm sóc chân định kỳ (chuyên khoa bàn chân)	Một số bảo hiểm hạn chế được cung cấp theo quy định của Medicare (ví dụ: nếu quý vị bị tiểu đường).
Dịch vụ được xem là không hợp lý và cần thiết, theo tiêu chuẩn của Original Medicare	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào
Chăm sóc Thị lực: Giải phẫu mắt theo kỹ thuật khúc xạ để điều chỉnh tình trạng cận thị, giải phẫu LASIK và các trợ giúp khác cho mắt kém	Không được bao trả trong bất cứ trường hợp nào
Chăm sóc Thị lực: Khám mắt định kỳ, kính mắt	Xem quyền lợi Chăm sóc Thị lực trong Biểu đồ Quyền lợi Y tế để biết các dịch vụ thị lực định kỳ mà chương trình của quý vị chi trả như một phần trong gói quyền lợi của quý vị.

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm chương trình cho thuốc Phần D

CHƯƠNG 5:

Sử dụng bảo hiểm chương trình cho thuốc Phần D

Quý vị nhận thông tin về chi phí thuốc của mình bằng cách nào?

Vì quý vị đủ điều kiện tham gia Chương Trình Med-QUEST Division Program (Medicaid) của Hawaii, quý vị đủ điều kiện và đang nhận “Trợ Giúp Bổ Sung” từ Medicare để thanh toán cho các chi phí thuốc chương trình thuốc theo toa của quý vị. Vì quý vị đang tham gia chương trình Trợ Giúp Bổ Sung, **một số thông tin trong *Chứng Từ Bảo Hiểm* này về chi phí cho thuốc theo toa Phần D có thể không áp dụng với quý vị.** Chúng tôi đã gửi cho quý vị một bản thông tin riêng gọi là *Phụ Lục Chứng Từ Bảo Hiểm cho Những Người Nhận Trợ Giúp Bổ Sung cho Thuốc Theo Toa* (còn được gọi là *Phụ Lục về Trợ Cấp Thu Nhập Thấp* hay *Phụ Lục LIS*), cho quý vị biết về bảo hiểm thuốc của mình. Nếu quý vị không có tờ chèn này, hãy gọi bộ phận Dịch vụ Thành viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY gọi 711) và yêu cầu *Phụ lục LIS*. (Số điện thoại bộ phận Dịch Vụ Hội Viên được ghi ở bìa sau của tài liệu này).

PHẦN 1 Các quy định cơ bản của chương trình về bảo hiểm thuốc Phần

Truy cập Bảng Quyền Lợi Y Tế trong Chương 4 để biết quyền lợi thuốc Medicare Part B và quyền lợi thuốc chăm sóc cuối đời.

Ngoài các thuốc do Medicare chi trả, một số thuốc kê đơn được chi trả theo quyền lợi Chương trình Med-QUEST Division của Hawaii (Medicaid) của quý vị.

Để biết thêm về phạm vi chi trả thuốc của Medicaid, vui lòng liên hệ Chương trình Med-QUEST Division của Hawaii (Medicaid) để xác định phạm vi thuốc có thể dành cho quý vị. (Quý vị có thể tìm số điện thoại và thông tin liên hệ của Chương trình Med-QUEST Division Hawaii (Medicaid) trong Chương 2, Phần 6.)

Nhìn chung, chương trình chúng tôi sẽ chi trả các loại thuốc của quý vị miễn là quý vị tuân thủ các quy định sau đây:

- Quý vị phải có một nhà cung cấp (bác sĩ, nha sĩ hoặc người kê toa khác) viết toa thuốc của quý vị và phải hợp lệ theo luật tiểu bang hiện hành.
- Người kê toa của quý vị không được nằm trong Danh Sách Loại Trừ hoặc Ngăn Chặn của Medicare.
- Thông thường, quý vị phải lấy thuốc theo toa tại nhà thuốc trong mạng lưới (Xem Phần 2 hoặc quý vị có thể mua toa thuốc thông qua dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện của

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm chương trình cho thuốc Phần D

chương trình chúng tôi.)

- Thuốc của quý vị phải nằm trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi (Xem Phần 3).
- Thuốc của quý vị phải được sử dụng theo chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. “Chỉ định được chấp nhận về mặt y tế” là việc sử dụng thuốc được FDA chấp thuận hoặc được một số sách tham khảo hỗ trợ. (Xem Phần 3 để biết thêm thông tin về các chỉ định được chấp nhận về mặt y tế.)
- Thuốc của quý vị có thể cần được chấp thuận từ chương trình của chúng tôi dựa trên một số tiêu chí nhất định trước khi chúng tôi đồng ý bao trả thuốc đó. (Xem Phần 4 để biết thêm thông tin)

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

Trong hầu hết trường hợp, thuốc theo toa *chỉ* được bao trả nếu được mua tại nhà thuốc trong mạng lưới của chương trình chúng tôi. (Xem Phần 2.4 để biết thêm về những trường hợp được bảo hiểm thuốc kê đơn khi lấy tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới.)

Nhà thuốc trong mạng lưới là một nhà thuốc đã ký hợp đồng với chương trình chúng tôi để cung cấp thuốc được bao trả của quý vị. Thuật ngữ “thuốc được bao trả” có nghĩa là tất cả các thuốc Phần D nằm trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi.

Phần 2.1 Nhà thuốc trong mạng lưới

Tìm một nhà thuốc trong mạng lưới tại khu vực của quý vị

Để tìm một nhà thuốc trong mạng lưới, hãy xem *Danh bạ Nhà cung cấp dịch vụ y tế và Nhà thuốc*, truy cập trang web của chúng tôi (go.wellcare.com/2026providerdirectories), và/hoặc gọi bộ phận Dịch vụ Thành viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY gọi 711).

Quý vị có thể mua thuốc tại bất cứ nhà thuốc nào trong mạng lưới. Một số nhà thuốc trong mạng lưới cung cấp mức chia sẻ chi phí ưu tiên, có thể thấp hơn mức chia sẻ chi phí tại nhà thuốc cung cấp chia sẻ chi phí tiêu chuẩn. *Danh Phần Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* sẽ cho quý vị biết các nhà thuốc nào trong mạng lưới có chia sẻ chi phí ưu tiên. Liên hệ với chúng tôi để tìm hiểu thêm về số tiền tự trả của quý vị có thể khác nhau với các loại thuốc khác nhau như thế nào.

Nếu nhà thuốc của quý vị rời mạng lưới

Nếu nhà thuốc quý vị sử dụng rời mạng lưới chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ phải tìm một nhà thuốc mới trong mạng lưới. Nếu nhà thuốc quý vị sử dụng vẫn ở trong mạng lưới nhưng không còn cung cấp chia sẻ chi phí ưu tiên, quý vị có thể chuyển sang một mạng lưới hoặc nhà

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm chương trình cho thuốc Phần D

thuốc ưu tiên khác, nếu có. Để tìm một nhà thuốc khác trong khu vực của quý vị, quý vị có thể nhờ sự trợ giúp từ bộ phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY xin gọi 711) hoặc sử dụng *Danh Phần Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*. Quý vị cũng có thể tìm thông tin trên trang web của chúng tôi tại go.wellcare.com/2026providerdirectories.

Nhà thuốc chuyên khoa

Đôi khi, quý vị phải mua thuốc theo toa tại một nhà thuốc chuyên khoa. Các nhà thuốc chuyên khoa bao gồm:

- Các nhà thuốc cung cấp thuốc trị liệu tiêm truyền tại nhà.
- Các nhà thuốc cung cấp thuốc cho những người sống ở cơ sở chăm sóc lâu dài (LTC). Thường thì một cơ sở chăm sóc lâu dài (LTC) (như viện dưỡng lão) có nhà thuốc trực thuộc. Nếu quý vị gặp khó khăn khi nhận thuốc Phần D tại cơ sở LTC, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY xin gọi 711).
- Các nhà thuốc chuyên phục vụ cho Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Người Mỹ Bản Xứ/Bộ Lạc/Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Người Mỹ Bản Xứ Sống Ở Thành Thị (các dịch vụ này không có ở Puerto Rico). Trừ các trường hợp khẩn cấp, các nhà thuốc loại này trong mạng lưới chúng tôi chỉ được phép phục vụ cho người Mỹ bản xứ hay người Alaska bản xứ.
- Nhà thuốc chuyên cung cấp các loại thuốc bị FDA giới hạn chỉ cho phép sử dụng ở những khu vực quy định hoặc các loại thuốc cần được xử lý đặc biệt, cần có sự phối hợp giữa các nhà cung cấp hay cần có hướng dẫn về cách sử dụng. Để tìm một nhà thuốc chuyên biệt, hãy xem *Danh bạ Nhà cung cấp dịch vụ y tế và Nhà thuốc* go.wellcare.com/2026providerdirectories hoặc gọi bộ phận Dịch vụ Thành viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY gọi 711).

Phần 2.2 Dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện của chương trình chúng tôi

Đối với một số loại thuốc, quý vị có thể sử dụng dịch vụ đặt mua qua bưu điện trong mạng lưới của chương trình chúng tôi. Thông thường thì dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện này chỉ dùng cho các loại thuốc dùng thường xuyên để điều trị một bệnh trạng mạn tính hay dài hạn. Các loại thuốc không thể đặt mua qua đường bưu điện được ghi rõ là “NM” trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi.

Dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện của chương trình chúng tôi cho phép quý vị đặt **lượng thuốc đủ dùng trong ít nhất 35 ngày và không quá lượng thuốc đủ dùng trong 100 ngày**.

Để nhận mẫu đơn đặt hàng và thông tin về việc lĩnh thuốc qua đường bưu điện, gọi Nhà thuốc Express Scripts® theo số 1-833-750-0201 (TTY: 711) 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Hoặc đăng nhập vào express-scripts.com/rx. Nếu quý vị sử dụng một dịch vụ đặt hàng thuốc qua đường bưu điện không nằm trong mạng lưới của chương trình, thuốc theo toa của quý vị sẽ không được bao trả.

Thường thì đơn thuốc đặt mua qua đường bưu điện sẽ được giao đến quý vị trong vòng không

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm chương trình cho thuốc Phần D

quá 14 ngày. Tuy nhiên, đôi khi đơn thuốc theo toa đặt qua đường bưu điện có thể bị chậm trễ. Khi được cho toa thuốc dài hạn mà quý vị cần dùng ngay, hãy yêu cầu bác sĩ viết hai toa thuốc: một toa thuốc chỉ định đủ lượng thuốc dùng trong 30 ngày để quý vị mua ngay tại một nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới, còn một toa khác chỉ định đủ lượng thuốc dùng lâu dài (35 đến 100 ngày) để mua thông qua dịch vụ gửi thuốc qua đường bưu điện. Nếu đơn thuốc đặt qua đường bưu điện bị chậm trễ và quý vị gặp khó khăn trong việc lấy thuốc đủ dùng trong 30 ngày tại nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới, vui lòng yêu cầu nhà thuốc bán lẻ gọi điện cho Trung Tâm Dịch Vụ Nhà Cung Cấp của chúng tôi theo số 1-866-800-6111 (TTY 1-888-816-5252), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần để được trợ giúp. Các thành viên có thể gọi Nhà thuốc Express Scripts® theo số 1-833-750-0201 (TTY: 711), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Hoặc đăng nhập vào express-scripts.com/rx.

Toa thuốc mới được nhà thuốc nhận trực tiếp từ phòng khám của bác sĩ.

Nhà thuốc sẽ tự động lấy và giao thuốc theo 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 các dịch vụ mua thuốc qua đường bưu điện với chương trình này trong quá khứ, hoặc
- Quý vị đăng ký giao hàng tự động đối với tất cả các thuốc theo toa mới nhận được trực tiếp từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Quý vị có thể yêu cầu giao tự động tất cả đơn thuốc mới bất cứ lúc nào bằng cách gọi Nhà thuốc Express Scripts® theo số 1-833-750-0201, (TTY: 711), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Hoặc đăng nhập vào express-scripts.com/rx.

Nếu quý vị tự động nhận được thuốc theo toa qua đường bưu điện mà quý vị không muốn, và quý vị đã không được liên lạc để xem liệu quý vị có muốn hay không trước khi thuốc theo toa được gửi đến quý vị, quý vị có thể đủ điều kiện để được hoàn tiền.

Nếu trước đây quý vị đã dùng hình thức đặt thuốc qua bưu điện và không muốn nhà thuốc tự động cấp phát và gửi từng đơn mới, hãy liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi Nhà thuốc Express Scripts® theo số 1-833-750-0201, (TTY: 711), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Hoặc đăng nhập vào express-scripts.com/rx.

Nếu quý vị chưa bao giờ sử dụng dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện của chúng tôi và/hoặc quyết định ngừng tự động lấy toa thuốc mới, nhà thuốc sẽ liên lạc với quý vị mỗi khi nhà thuốc nhận được toa thuốc mới từ một nhà cung cấp để xem liệu quý vị có muốn nhà thuốc lấy và chuyển thuốc cho quý vị ngay lập tức không. Điều quan trọng là quý vị phải trả lời mỗi lần nhà thuốc liên hệ với quý vị, để cho họ biết có nên gửi, hoãn hoặc hủy toa thuốc mới hay không.

Để từ chối việc giao tự động các đơn thuốc mới nhận trực tiếp từ văn phòng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, hãy liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi Nhà thuốc Express Scripts® theo số 1-833-750-0201, (TTY: 711), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Hoặc đăng nhập vào express-scripts.com/rx.

Mua thêm thuốc theo toa từ dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện. Để lấy thêm thuốc, quý vị có thể chọn ghi danh vào chương trình tự động gửi thêm thuốc cho quý vị. Theo chương trình này, chúng tôi bắt đầu xử lý lần mua thêm thuốc tự động tiếp theo của quý vị khi

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm chương trình cho thuốc Phần D

hồ sơ của chúng tôi cho thấy quý vị sắp hết thuốc. Nhà thuốc sẽ liên lạc với quý vị trước mỗi lần giao thuốc mua thêm để đảm bảo rằng quý vị cần thêm thuốc, và quý vị có thể hủy mua thêm thuốc theo lịch nếu quý vị có đủ thuốc hoặc nếu thuốc của quý vị đã thay đổi.

Nếu quý vị chọn không sử dụng chương trình tự động mua thêm thuốc của chúng tôi nhưng vẫn muốn nhà thuốc đặt mua qua đường bưu điện gửi thuốc theo toa cho quý vị, hãy liên hệ với nhà thuốc 21 ngày trước khi toa thuốc hiện tại của quý vị hết. Điều này sẽ đảm bảo đơn hàng của quý vị được giao đến cho quý vị đúng thời hạn.

Để cho chúng tôi biết rằng quý vị không muốn tham gia vào chương trình tự động chuẩn bị đặt mua thêm thuốc qua đường bưu điện, hãy liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi đến nhà thuốc đặt mua qua đường bưu điện:

- **Nhà thuốc Express Scripts®: 1-833-750-0201 (Người dùng TTY xin gọi số 711).**

Nếu quý vị nhận được thuốc mua thêm tự động qua đường bưu điện mà quý vị không muốn, quý vị có thể đủ điều kiện để được hoàn tiền.

Phần 2.3 Làm thế nào để mua thuốc với số lượng dùng dài hạn?

Chương trình của chúng tôi cho phép hội viên có hai cách để được cấp thuốc dùng dài hạn (còn gọi là lượng thuốc dùng kéo dài) cho các loại thuốc duy trì trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi. (Thuốc duy trì là loại thuốc quý vị dùng thường xuyên để điều trị một bệnh trạng mạn tính hoặc dài hạn.)

1. Một số nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới của chúng tôi cho phép quý vị lấy thuốc duy trì với lượng dùng dài hạn. *Danh bạ Nhà cung cấp dịch vụ y tế và Nhà thuốc* go.wellcare.com/2026providerdirectories cho quý vị biết những nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi có thể cấp thuốc duy trì với nguồn cung dài hạn. Quý vị cũng có thể gọi bộ phận Dịch vụ Thành viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY gọi 711) để biết thêm thông tin.
2. Quý vị cũng có thể mua thuốc duy trì thông qua chương trình đặt mua thuốc qua bưu điện của chúng tôi. Xem Phần 2.2 để biết thêm thông tin.

Phần 2.4 Sử dụng nhà thuốc không nằm trong mạng lưới chương trình của chúng tôi

Thông thường, 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. Chúng tôi cũng có các nhà thuốc trong mạng lưới bên ngoài khu vực dịch vụ của mình nơi quý vị có thể mua thuốc theo toa với tư cách là hội viên chương trình chúng tôi. **Trước tiên, hãy kiểm tra với Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY xin gọi 711) để xem có nhà thuốc trong mạng lưới ở gần hay không.**

Chúng tôi chỉ bao trả cho thuốc theo toa quý vị mua tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới trong các trường hợp sau đây:

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm chương trình cho thuốc Phần D

Đi lại: Được bảo hiểm khi quý vị đi du lịch hoặc ở xa khu vực dịch vụ của chương trình.

- Nếu quý vị dùng thuốc theo toa thường xuyên và sẽ đi một chuyến du lịch, hãy nhớ kiểm tra số lượng thuốc trước khi đi. Mỗi khi có thể, hãy mang theo đầy đủ số lượng thuốc cần thiết. Quý vị có thể đặt trước thuốc theo toa thông qua một nhà thuốc đặt hàng qua đường bưu điện.
- Nếu quý vị đang đi lại trong Hoa Kỳ và các lãnh thổ trực thuộc và bị bệnh hoặc đánh mất hay dùng hết thuốc theo toa thì chúng tôi sẽ bao trả cho việc lấy thêm thuốc tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới. Trong trường hợp này, quý vị sẽ cần thanh toán đầy đủ giá thuốc (thay vì chỉ đóng tiền đồng trả hay phần đồng bảo hiểm) khi lấy thuốc theo toa. Quý vị có thể nộp đơn xin bồi hoàn để yêu cầu chúng tôi hoàn trả phần bảo hiểm chi phí thuốc đó. Nếu quý vị đến nhà thuốc ngoài mạng lưới thì có thể phải chịu trách nhiệm trả số tiền chênh lệch giữa giá của thuốc đó tại một nhà thuốc trong mạng lưới và giá tính cho quý vị tại nhà thuốc ngoài mạng lưới. Để biết cách nộp đơn xin bồi hoàn, vui lòng xem Chương 7, Phần 2.
- Quý vị cũng có thể gọi đến bộ phận Dịch Vụ Hội Viên để hỏi xem có nhà thuốc trong mạng lưới nào ở khu vực mà quý vị đi du lịch hay không.
- Chúng tôi không thể chi trả cho bất cứ loại thuốc theo toa nào được lấy tại nhà thuốc ở ngoài Hoa Kỳ và các lãnh thổ trực thuộc, ngay cả trong trường hợp cấp cứu y tế.

Trường hợp cấp cứu y tế: Nếu tôi cần lấy thuốc theo toa vì gặp một trường hợp cấp cứu y tế hoặc vì tôi cần được chăm sóc khẩn cấp thì sao?

- Chúng tôi sẽ chi trả cho các loại thuốc theo toa được lấy tại nhà thuốc ngoài mạng lưới nếu thuốc đó liên quan đến việc chăm sóc cho một tình trạng cấp cứu hoặc khẩn cấp. Trong trường hợp này, quý vị sẽ cần thanh toán đầy đủ giá thuốc (thay vì chỉ đóng tiền đồng trả hay phần đồng bảo hiểm) khi lấy thuốc theo toa. Quý vị có thể nộp đơn xin bồi hoàn để yêu cầu chúng tôi hoàn trả phần bảo hiểm chi phí thuốc đó. Nếu quý vị đến nhà thuốc ngoài mạng lưới thì có thể phải chịu trách nhiệm trả số tiền chênh lệch giữa giá của thuốc đó tại một nhà thuốc trong mạng lưới và giá tính cho quý vị tại nhà thuốc ngoài mạng lưới. Để biết cách nộp đơn xin bồi hoàn, vui lòng xem Chương 7, Phần 2.

Các trường hợp khác: Có một số trường hợp khác mà quý vị có thể được chi trả thuốc theo toa tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới.

- Chúng tôi sẽ bao trả thuốc theo toa của quý vị khi được lấy tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới nếu có ít nhất một trong các điều kiện dưới đây:
 - Nếu quý vị không thể lấy kịp thời một loại thuốc được bao trả trong khu vực dịch vụ của chúng tôi vì không có nhà thuốc trong mạng lưới nào mở cửa 24 giờ trong ngày và nằm trong khoảng cách hợp lý để lái xe đến.
 - Nếu quý vị cần lấy loại thuốc theo toa tại các nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới dễ đến hay nhà thuốc đặt hàng thuốc qua đường bưu điện mà loại thuốc này thường không có hàng (bao gồm thuốc có giá cao và thuốc hiếm).

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm chương trình cho thuốc Phần D

- Nếu quý vị được chích vắc-xin cần thiết về mặt y tế nhưng không được Medicare Part B bảo hiểm và cho dùng tại phòng khám bác sĩ.
- Nếu quý vị nhận thuốc theo toa được bao trả từ một nhà thuốc tại cơ sở trong khi bệnh nhân ở phòng khám phẫu thuật ngoại trú hoặc cơ sở ngoại trú khác.
- Trong tất cả các trường hợp trên đây, quý vị có thể nhận được thuốc theo toa với lượng thuốc đủ dùng cho tối đa 30 ngày. Ngoài ra, rất có thể quý vị sẽ phải thanh toán tiền thuốc cho nhà thuốc ngoài mạng lưới và sau đó nộp hồ sơ chứng minh để yêu cầu chương trình hoàn trả cho quý vị. Vui lòng nhớ gửi kèm trong hồ sơ phần giải thích về tình huống liên quan đến việc quý vị phải sử dụng nhà thuốc không thuộc mạng lưới của chúng tôi. Điều này sẽ giúp chúng tôi trong việc xử lý đơn xin hoàn trả của quý vị.

Nếu buộc phải dùng nhà thuốc ngoài mạng lưới, nói chung quý vị sẽ phải tự thanh toán toàn bộ chi phí tại thời điểm lĩnh thuốc. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị. (Xem Chương 7, Phần 2 để biết thông tin về cách yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị). Quý vị có thể phải trả giá sai biệt giữa số tiền quý vị phải trả cho toa thuốc mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới và số tiền chúng tôi bao trả cho toa thuốc mua tại nhà thuốc trong mạng lưới.

PHẦN 3 Thuốc của quý vị phải thuộc Danh Sách Thuốc của chương trình

Phần 3.1 Danh Sách Thuốc cho quý vị biết các loại thuốc Phần D nào được bao trả

Chương trình chúng tôi có một *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả* (danh Phần thuốc). Trong *Chứng Từ Bảo Hiểm* này, **chúng tôi gọi danh sách đó là Danh Sách Thuốc**.

Các loại thuốc trong danh sách này do chương trình chúng tôi lựa chọn với sự giúp đỡ của các bác sĩ và dược sĩ. Danh sách này đáp ứng các yêu cầu của Medicare và đã được Medicare phê duyệt.

Danh Sách Thuốc chỉ liệt kê các loại thuốc được bao trả theo Medicare Part D. Ngoài các thuốc được Medicare bao trả, một số thuốc theo toa cũng được bao trả cho quý vị theo các quyền lợi Apple Health (Medicaid) của quý vị. Để biết thêm về phạm vi chi trả thuốc của Medicaid, vui lòng liên hệ Chương trình Med-QUEST Division của Hawaii (Medicaid) để xác định phạm vi thuốc có thể dành cho quý vị. (Quý vị có thể tìm số điện thoại và thông tin liên hệ của Chương trình Med-QUEST Division Hawaii (Medicaid) trong Chương 2, Phần 6.)

Nói chung thì chúng tôi sẽ chi trả các loại thuốc nằm trong Danh Sách Thuốc của chương trình miễn là quý vị tuân theo đúng các quy tắc bảo hiểm khác được giải thích ở chương này và thuốc được sử dụng theo chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. Chỉ định được chấp nhận về mặt y tế nghĩa là việc sử dụng thuốc *theo cách*:

- Được FDA phê duyệt cho chẩn đoán hoặc tình trạng được kê toa, hoặc
- Được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo nhất định, chẳng hạn như Thông Tin Thuốc Trong Danh Phần Thuốc Của Bệnh Viện Hoa Kỳ và Hệ Thống Thông Tin Micromedex

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm chương trình cho thuốc Phần D

DRUGDEX.

Danh Sách Thuốc bao gồm thuốc biệt dược, thuốc gốc và các sản phẩm sinh học (có thể bao gồm thuốc sinh học tương tự).

Thuốc biệt dược là loại thuốc theo toa được bán dưới tên nhãn hiệu do nhà sản xuất thuốc sở hữu. Các sản phẩm sinh học là các loại thuốc phức tạp hơn các loại thuốc thông thường. Trong Danh Sách Thuốc, khi chúng tôi đề cập đến thuốc, điều này có thể có nghĩa là thuốc hoặc sản phẩm sinh học.

Thuốc gốc là một loại thuốc theo toa có cùng các thành phần hoạt chất như một loại biệt dược. Các sản phẩm sinh học có các lựa chọn thay thế được gọi là thuốc sinh học tương tự. Thông thường, thuốc gốc và thuốc sinh học tương tự cũng có hiệu quả như thuốc biệt dược hoặc các sản phẩm sinh học gốc và thường có giá thấp hơn. Có các loại thuốc gốc thay thế cho nhiều loại thuốc biệt dược và thuốc sinh học thay thế cho một số sản phẩm sinh học ban đầu. Một số thuốc sinh học tương tự là thuốc sinh học tương tự có thể thay thế cho nhau và, tùy thuộc vào luật tiểu bang, có thể được thay thế cho sản phẩm sinh học gốc tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới, giống như thuốc gốc có thể được thay thế cho thuốc biệt dược.

Xem Chương 12 để biết định nghĩa về các loại thuốc có thể nằm trong Danh Sách Thuốc.

Thuốc không có trong Danh Sách Thuốc

Chương trình chúng tôi không chi trả cho tất cả các loại thuốc theo toa.

- Trong một số trường hợp, luật pháp không cho phép bất kỳ chương trình Medicare nào bao trả một số loại thuốc nhất định. (Xem Phần 7 để biết thêm thông tin.)
- Trong những trường hợp khác, chúng tôi đã quyết định không đưa một loại thuốc cụ thể vào trong Danh Sách Thuốc.
- Trong một số trường hợp, quý vị có thể nhận được một loại thuốc không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi. (Xem Chương 9 để biết thêm thông tin.)
- Thuốc theo toa được bao trả bởi Chương Trình Med-QUEST Division Program (Medicaid) của Hawaii không nằm trong Danh Sách Thuốc. Vui lòng liên lạc với Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii ở tiểu bang của quý vị để tìm hiểu về các chương trình bảo hiểm thuốc có thể dành sẵn cho quý vị. (Quý vị có thể tìm số điện thoại và thông tin liên hệ của Chương trình Med-QUEST Division Hawaii (Medicaid) trong Chương 2, Phần 6.)

Phần 3.2 Cách xác định một thuốc cụ thể có trong Danh sách Thuốc hay không

Để tìm hiểu xem một loại thuốc có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi hay không, quý vị có các lựa chọn sau:

- Kiểm tra Danh Sách Thuốc mới nhất mà chúng tôi cung cấp dưới dạng điện tử.

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm chương trình cho thuốc Phần D

- Truy cập trang web của chương trình chúng tôi (go.wellcare.com/OhanaHI). Danh Sách Thuốc đăng trên trang mạng luôn là phiên bản cập nhật mới nhất.
- Gọi bộ phận Dịch vụ Thành viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY gọi 711) để biết một thuốc cụ thể có trong Danh sách Thuốc của chương trình hay không hoặc yêu cầu một bản danh sách.
- Sử dụng “Công cụ Quyền lợi Thời gian thực” của chương trình chúng tôi (go.wellcare.com/OhanaHI) để tìm thuốc trong Danh sách Thuốc, ước tính chi phí quý vị sẽ trả và xem có thuốc thay thế trong Danh sách Thuốc có thể điều trị cùng tình trạng hay không. Quý vị cũng có thể gọi bộ phận Dịch vụ Thành viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY gọi 711).

PHẦN 4 Thuốc có giới hạn bao trả

Phần 4.1 Tại sao một số loại thuốc bị giới hạn

Có các quy định đặc biệt giới hạn cách thức chương trình chúng tôi chi trả và các trường hợp được chi trả một số loại thuốc theo toa. Một nhóm gồm các bác sĩ và dược sĩ đã xây dựng những quy định này để khuyến khích quý vị và nhà cung cấp của quý vị sử dụng thuốc theo cách hiệu quả nhất. Để tìm hiểu xem có giới hạn nào trong số này áp dụng cho một loại thuốc quý vị đang dùng hay muốn dùng, vui lòng tham khảo Danh Sách Thuốc.

Mỗi khi có một loại thuốc có giá thấp hơn mà vẫn an toàn và hiệu quả về mặt y tế như loại thuốc giá cao hơn thì quy định của chương trình chúng tôi được thiết kế để khuyến khích quý vị và nhà cung cấp dịch vụ y tế cho quý vị sử dụng thuốc giá thấp hơn.

Hãy lưu ý rằng đôi khi một loại thuốc có thể xuất hiện nhiều hơn một lần trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi. Điều này là do cùng một loại thuốc có thể khác nhau về hàm lượng, số lượng hoặc dạng thuốc được kê toa bởi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, và các giới hạn hoặc mức chia sẻ chi phí khác nhau có thể áp dụng cho các phiên bản thuốc khác nhau (ví dụ: 10 mg so với 100 mg; một lần một ngày so với hai lần một ngày; viên nén so với dạng lỏng).

Phần 4.2 Các hình thức giới hạn

Nếu có giới hạn nào áp dụng cho thuốc của quý vị, điều này thường có nghĩa là quý vị hay nhà cung cấp dịch vụ cho quý vị sẽ cần thực hiện các bước bổ sung để được chúng tôi bao trả thuốc đó. Gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY xin gọi 711) để tìm hiểu những gì quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị cần làm để nhận bảo hiểm cho thuốc. **Nếu quý vị muốn được miễn giới hạn đó thì cần tuân theo thủ tục quyết định phạm vi bảo hiểm và yêu cầu chúng tôi chấp nhận ngoại lệ cho quý vị.** Chúng tôi có thể có hoặc không đồng ý miễn giới hạn cho quý vị. (Xem Chương 9.)

Yêu cầu được sự chấp thuận trước của chương trình

Đối với một số loại thuốc, quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế cho quý vị sẽ cần yêu cầu chương

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm chương trình cho thuốc Phần D

trình chúng tôi chấp nhận dựa trên các tiêu chí cụ thể thì chúng tôi mới đồng ý chi trả thuốc cho quý vị. Điều này được gọi là **cho phép trước**. Việc này được thực hiện nhằm đảm bảo an toàn thuốc và hướng dẫn sử dụng thích hợp các loại thuốc nhất định. Nếu quý vị không được chấp nhận, thuốc của quý vị có thể không được chương trình chúng tôi bao trả. Tiêu chí phê duyệt trước của chương trình chúng tôi có thể được cung cấp bằng cách gọi bộ phận Dịch vụ Thành viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY gọi 711) hoặc trên trang web của chúng tôi tại go.wellcare.com/pa-select.

Thử dùng một loại thuốc khác trước

Yêu cầu này nhằm khuyến khích quý vị thử dùng các loại thuốc ít tốn kém hơn nhưng có hiệu quả tương tự trước khi chương trình chúng tôi đồng ý chi trả cho một loại thuốc khác. Ví dụ, nếu Thuốc A và Thuốc B điều trị cùng một bệnh trạng và thuốc A có giá thấp hơn thuốc B thì chương trình chúng tôi có thể yêu cầu quý vị thử dùng Thuốc A trước. Nếu Thuốc A không hiệu quả đối với quý vị, chương trình chúng tôi sẽ bao trả cho Thuốc B. Yêu cầu thử dùng một loại thuốc khác trước được gọi là **phương pháp trị liệu từng bước**. Tiêu chí liệu pháp theo bậc của chương trình chúng tôi có thể được lấy bằng cách gọi bộ phận Dịch vụ Thành viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY gọi 711) hoặc trên trang web của chúng tôi tại go.wellcare.com/st-select.

Giới hạn số lượng

Đối với một số loại thuốc, chúng tôi giới hạn số lượng thuốc quý vị có thể nhận mỗi lần mua thuốc theo toa. Ví dụ, nếu một loại thuốc nào đó thường được coi là an toàn khi chỉ uống một viên một ngày thì chúng tôi có thể giới hạn bảo hiểm ở mức một viên thuốc một ngày mà không chi trả nhiều hơn.

PHẦN 5 Quý vị có thể làm gì nếu một trong các loại thuốc của quý vị không được bao trả theo cách quý vị mong muốn

Có những tình huống mà thuốc theo toa quý vị dùng hoặc quý vị và nhà cung cấp của quý vị nghĩ rằng quý vị nên dùng, không nằm trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi hoặc có áp dụng giới hạn. Ví dụ:

- Thuốc đó có thể hoàn toàn không được bao trả. Hoặc chương trình chi trả loại thuốc gốc nhưng loại biệt dược là loại thuốc quý vị muốn dùng lại không được chi trả.
- Thuốc được bao trả nhưng có áp dụng các quy định hay giới hạn bổ sung đối với việc bao trả.

Nếu thuốc của quý vị không nằm trong Danh Sách Thuốc hoặc bị giới hạn, dưới đây là những lựa chọn dành cho quý vị:

- Quý vị có thể được cung cấp một lượng thuốc tạm thời.

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm chương trình cho thuốc Phần D

- Quý vị có thể đổi sang loại thuốc khác.
- Quý vị có thể yêu cầu **trường hợp ngoại lệ** và nộp đơn xin chương trình bao trả cho thuốc đó hoặc loại bỏ các giới hạn đối với thuốc.

Đôi khi quý vị có thể được cung cấp một lượng thuốc dùng tạm thời

Trong một số trường hợp nhất định, chương trình chúng tôi phải cung cấp một lượng tạm thời cho thuốc mà quý vị đang dùng. Lượng cấp tạm thời này giúp cho quý vị có đủ thời gian trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ y tế về vấn đề bảo hiểm đã thay đổi.

Để đủ điều kiện nhận lượng cấp tạm thời, thuốc quý vị đang sử dụng phải **không còn nằm trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi nữa HOẶC hiện bị một số hạn chế**.

- **Nếu quý vị là hội viên mới**, chúng tôi sẽ bao trả cho lượng cấp tạm thời của quý vị trong **90 ngày** đầu tiên kể từ khi quý vị trở thành hội viên của chương trình.
- **Nếu quý vị đã tham gia chương trình vào năm ngoái**, chúng tôi sẽ cung cấp lượng cấp tạm thời cho quý vị trong **90 ngày đầu tiên** của năm dương lịch.
- Nguồn cung tạm thời này sẽ tối đa là lượng thuốc dùng trong 30 ngày tại nhà thuốc bán lẻ, hoặc lượng thuốc dùng trong 31 ngày tại nhà thuốc của cơ sở chăm sóc dài hạn. Nếu đơn thuốc của quý vị được kê với số ngày ít hơn, chúng tôi sẽ cho phép lĩnh nhiều lần để cung cấp tối đa lượng thuốc dùng trong 30 ngày tại nhà thuốc bán lẻ, hoặc lượng thuốc dùng trong 31 ngày tại nhà thuốc của cơ sở chăm sóc dài hạn. Toa thuốc này phải được lấy từ một nhà thuốc trong mạng lưới. (Hãy lưu ý rằng nhà thuốc chăm sóc dài hạn có thể cung cấp thuốc với những lượng nhỏ hơn mỗi lần để tránh lãng phí.)
- **Đối với thành viên đã tham gia chương trình của chúng tôi trên 90 ngày và sống trong cơ sở chăm sóc dài hạn, cần có nguồn cung ngay:**
Chúng tôi sẽ chi trả một lượng thuốc dùng trong 31 ngày để dùng khẩn cấp cho một loại thuốc cụ thể, hoặc ít hơn nếu đơn thuốc của quý vị được kê với số ngày ngắn hơn. Đây là phần bổ sung cho lượng cấp tạm thời ở trên.
- **Đối với những hội viên có thay đổi về mức độ chăm sóc (chẳng hạn như chuyển đến hoặc rời cơ sở chăm sóc dài hạn hoặc bệnh viện) và cần nguồn thuốc ngay lập tức:**
Chúng tôi sẽ bao trả một lượng thuốc đủ dùng 30 ngày hoặc ít hơn nếu toa thuốc của quý vị chỉ định số ngày ít hơn (trong trường hợp đó chúng tôi sẽ cho phép lấy thêm thuốc nhiều lần để cung cấp một lượng thuốc dùng trong 30 ngày).

Nếu có thắc mắc về lượng thuốc tạm thời, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY xin gọi 711).

Trong thời gian quý vị dùng lượng cấp tạm thời, quý vị nên trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ y tế cho mình để quyết định xem quý vị sẽ làm gì khi lượng cấp tạm thời đã hết. Quý vị có hai lựa chọn:

Lựa chọn 1. Quý vị có thể đổi sang loại thuốc khác

Hãy hỏi nhà cung cấp xem có một loại thuốc khác có tác dụng tương tự cho quý vị và được chương trình chúng tôi bao trả không. Gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY xin gọi 711) để yêu cầu danh sách thuốc được bao trả để điều trị cho cùng một

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm chương trình cho thuốc Phần D

loại bệnh lý. Danh sách này có thể giúp nhà chăm sóc sức khỏe tìm loại thuốc được bao trả để điều trị bệnh của quý vị.

Lựa chọn 2. Quý vị có thể yêu cầu được ngoại lệ

Quý vị và nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu chương trình chúng tôi cho phép ngoại lệ và bao trả thuốc theo đúng cách quý vị mong muốn. Nếu nhà cung cấp của quý vị nói rằng quý vị có lý do y tế chính đáng để yêu cầu ngoại lệ thì nhà cung cấp có thể giúp quý vị nộp đơn xin ngoại lệ. Ví dụ: quý vị có thể yêu cầu chương trình chúng tôi bao trả một loại thuốc cho dù nó không nằm trong Danh Sách Thuốc của chương trình. Hoặc quý vị có thể yêu cầu chương trình chúng tôi cho phép ngoại lệ và chi trả thuốc một cách không có giới hạn.

Nếu quý vị và nhà cung cấp muốn yêu cầu một ngoại lệ, hãy xem Chương 9, Phần 7.4 để biết những điều cần làm. Trong đó giải thích về các thủ tục và thời hạn do Medicare quy định để đảm bảo rằng yêu cầu của quý vị được giải quyết một cách kịp thời và công bằng.

PHẦN 6 **Danh Sách Thuốc của chúng tôi có thể thay đổi trong năm**

Hầu hết các thay đổi về bảo hiểm thuốc sẽ được thực hiện vào đầu mỗi năm (ngày 1 tháng 1). Tuy nhiên, chương trình chúng tôi cũng có thể thực hiện một số thay đổi trong Danh Sách Thuốc trong năm. Ví dụ, chương trình có thể:

- **Thêm hay xóa bỏ thuốc trong Danh Sách Thuốc.**
- **Thêm hoặc xóa bỏ giới hạn về bảo hiểm cho một loại thuốc.**
- **Thay thế thuốc biệt dược bằng phiên bản thuốc gốc của loại thuốc đó.**
- Thay thế một sinh phẩm gốc bằng phiên bản sinh phẩm tương đương có thể thay thế lẫn nhau.

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

Thông tin về những thay đổi đối với bảo hiểm thuốc

Khi có thay đổi Danh Sách Thuốc, chúng tôi sẽ đăng thông tin trên trang web của mình về những thay đổi đó. Chúng tôi cũng cập nhật Danh Sách Thuốc trực tuyến thường xuyên. Đôi khi quý vị sẽ nhận được thông báo trực tiếp nếu có thay đổi đối với một loại thuốc mà quý vị dùng.

Những thay đổi đối với bảo hiểm thuốc ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình này

- **Bổ sung thuốc mới vào Danh sách Thuốc và ngay lập tức loại bỏ hoặc thay đổi thuốc tương tự trong Danh sách Thuốc.**
 - Chúng tôi có thể ngay lập tức loại bỏ một loại thuốc tương tự khỏi Danh Sách Thuốc, chuyển loại thuốc tương tự sang một bậc chia sẻ chi phí khác, thêm các hạn chế mới hoặc cả hai. Phiên bản mới của thuốc gốc sẽ có các hạn chế như cũ hoặc ít hơn.
 - Chúng tôi sẽ chỉ thực hiện những thay đổi ngay lập tức này nếu chúng tôi thêm phiên

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm chương trình cho thuốc Phần D

bản chung mới của tên thương hiệu hoặc thêm một số phiên bản thuốc sinh học tương tự mới của sản phẩm sinh học gốc vốn đã có trong Danh Sách Thuốc.

- Chúng tôi có thể thực hiện những thay đổi này ngay lập tức và cho quý vị biết sau, ngay cả khi quý vị đang dùng loại thuốc mà chúng tôi đang loại bỏ hoặc thực hiện thay đổi. Nếu quý vị dùng thuốc tại thời điểm chúng tôi thực hiện thay đổi, chúng tôi sẽ cho quý vị biết thông tin về bất kỳ thay đổi cụ thể nào mà chúng tôi đã thực hiện.

- **Thêm các loại thuốc vào Danh Sách Thuốc và xóa bỏ hoặc thực hiện thay đổi đối với một loại thuốc tương tự trong Danh Sách Thuốc**

- Khi thêm một phiên bản nữa của một loại thuốc vào Danh Sách Thuốc, chúng tôi có thể loại bỏ một loại thuốc tương tự khỏi Danh Sách Thuốc, chuyển loại thuốc tương tự sang một bậc chia sẻ chi phí khác, thêm các hạn chế mới hoặc cả hai. Phiên bản của loại thuốc mà chúng tôi thêm vào sẽ có các hạn chế như cũ hoặc ít hơn.
- Chúng tôi sẽ chỉ thực hiện những thay đổi này nếu chúng tôi thêm phiên bản chung mới của thuốc biệt dược hoặc thêm một số phiên bản thuốc sinh học tương tự mới của sản phẩm sinh học gốc vốn đã có trong Danh Sách Thuốc.
- Chúng tôi sẽ cho quý vị biết ít nhất 30 ngày trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi này hoặc cho quý vị biết về thay đổi và bao trả lượng thuốc của loại thuốc quý vị đang dùng trong 30 ngày.

- **Loại bỏ các loại thuốc không an toàn và các loại thuốc khác trong Danh Sách Thuốc không còn trên thị trường.**

- Đôi khi, một loại thuốc có thể bị coi là không an toàn hoặc bị rút khỏi thị trường vì một lý do khác. Trong trường hợp này, chúng tôi sẽ ngay lập tức xóa thuốc đó khỏi Danh Sách Thuốc. Nếu quý vị đang dùng thuốc đó, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị sau khi chúng tôi thực hiện thay đổi.

- **Thực hiện những thay đổi khác đối với thuốc trong Danh Sách Thuốc.**

- Chúng tôi có thể thực hiện những thay đổi khác khi năm đó bắt đầu ảnh hưởng đến loại thuốc mà quý vị đang dùng. Ví dụ, chúng tôi dựa trên các cảnh báo được đóng khung của FDA hoặc các hướng dẫn lâm sàng mới được Medicare công nhận.
- Chúng tôi sẽ cho quý vị biết ít nhất 30 ngày trước khi chúng tôi thực hiện những thay đổi này hoặc cho quý vị biết về thay đổi và bao trả thêm lượng thuốc quý vị đang dùng trong 30 ngày.

Nếu chúng tôi thực hiện bất kỳ thay đổi nào trong số này đối với bất kỳ loại thuốc nào quý vị đang dùng, hãy trao đổi với người kê toa của quý vị về các lựa chọn phù hợp nhất với quý vị, bao gồm cả việc đổi sang một loại thuốc khác để điều trị bệnh trạng của quý vị hoặc yêu cầu quyết định bảo hiểm để đáp ứng bất kỳ hạn chế mới nào đối với loại thuốc quý vị đang dùng. Quý vị hoặc người kê toa của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi áp dụng ngoại lệ để tiếp tục bao trả cho thuốc hoặc phiên bản thuốc quý vị đang dùng. Để biết thêm thông tin về cách yêu cầu quyết định bảo hiểm, bao gồm trường hợp ngoại lệ, hãy xem Chương 9.

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm chương trình cho thuốc Phần D

Thay đổi đối với Danh Sách Thuốc không ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình này

Chúng tôi có thể thực hiện một số thay đổi đối với Danh Sách Thuốc không được mô tả ở trên. Trong những trường hợp này, thay đổi sẽ không áp dụng cho quý vị nếu quý vị đang dùng thuốc khi thực hiện thay đổi; tuy nhiên, những thay đổi này có thể sẽ ảnh hưởng đến quý vị bắt đầu từ ngày 1 tháng 1 của năm chương trình tiếp theo nếu quý vị vẫn tiếp tục tham gia chương trình này.

Nhìn chung, những thay đổi sẽ không ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình hiện tại bao gồm:

- Chúng tôi đưa ra giới hạn mới đối với cách sử dụng thuốc của quý vị.
- Chúng tôi xóa bỏ thuốc quý vị ra khỏi Danh Sách Thuốc.

Nếu bất cứ thay đổi nào trong số nêu trên xảy ra đối với loại thuốc quý vị đang dùng (ngoại trừ trường hợp thu hồi trên thị trường, thuốc gốc thay thế thuốc biệt dược hoặc thay đổi khác được nêu trong phần trên), thì thay đổi đó sẽ không ảnh hưởng đến việc quý vị sử dụng thuốc hoặc phần chia sẻ chi phí của quý vị cho tới ngày 1 tháng 1 năm sau.

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

PHẦN 7 Các loại thuốc chúng tôi không bao trả

Một số loại thuốc theo toa bị *loại trừ*. Điều này có nghĩa là Medicare không chi trả cho các loại thuốc đó.

Nếu quý vị kháng cáo và thuốc quý vị yêu cầu bao trả được kết luận là không bị loại trừ theo Phần D, chúng tôi sẽ thanh toán hoặc bao trả thuốc đó. (Để biết thông tin về việc kháng cáo quyết định, hãy xem Chương 9.) Nếu thuốc bị chương trình của chúng tôi cũng như Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii loại trừ thì quý vị phải tự thanh toán cho thuốc đó.

Dưới đây là 3 quy tắc chung về các loại thuốc mà những chương trình bảo hiểm thuốc theo Medicare Phần D sẽ không chi trả:

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

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm chương trình cho thuốc Phần D

của Hoa Kỳ.

- Chương trình của chúng tôi không thể bao trả thuốc sử dụng *ngoài chỉ định* khi việc sử dụng không được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo nhất định, chẳng hạn như Thông Tin Thuốc Trong Danh Phần Thuốc Của Bệnh Viện Hoa Kỳ và Hệ Thống Thông Tin Micromedex DRUGDEX. Sử dụng *ngoài chỉ định* là sử dụng thuốc theo bất cứ cách nào khác ngoài các chỉ định ghi trên nhãn thuốc được FDA chấp thuận.

Ngoài ra, theo luật, các nhóm thuốc dưới đây không được Medicare hoặc Medicaid chi trả. Tuy nhiên, một số loại thuốc này có thể được bao trả cho quý vị theo bảo hiểm thuốc Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii của quý vị. Vui lòng liên lạc với Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii ở tiểu bang của quý vị để tìm hiểu về các chương trình bảo hiểm thuốc có thể dành sẵn cho quý vị. (Quý vị có thể tìm số điện thoại và thông tin liên hệ của Chương trình Med-QUEST Division Hawaii (Medicaid) trong Chương 2, Phần 6.)

- Thuốc không cần toa (còn được gọi là thuốc mua tự do ngoài quầy)
- Thuốc được sử dụng nhằm tăng khả năng sinh sản
- Thuốc dùng để giảm ho hay triệu chứng cảm lạnh
- Thuốc được sử dụng cho các mục đích thẩm mỹ hoặc kích thích mọc tóc
- Các sản phẩm vitamin và khoáng chất kê toa, ngoại trừ các chế phẩm chứa fluor và vitamin trước khi sinh
- Thuốc được sử dụng để điều trị rối loạn chức năng tình dục hoặc cương dương
- Thuốc dùng để điều trị bệnh biếng ăn, giảm cân hay tăng cân
- Các loại thuốc điều trị ngoại trú mà nhà sản xuất chỉ đồng ý bán thuốc với điều kiện là các xét nghiệm hay dịch vụ theo dõi liên quan phải được mua từ duy nhất nhà sản xuất đó

Nếu quý vị nhận Trợ Giúp Bổ Sung để thanh toán cho thuốc theo toa, Trợ Giúp Bổ Sung sẽ không thanh toán cho các loại thuốc thường không được bao trả. Nếu quý vị có bảo hiểm thuốc qua Medicaid, chương trình Medicaid của tiểu bang quý vị có thể đài thọ cho một số loại thuốc theo toa mà bình thường không được chương trình thuốc theo toa thuộc Medicare đài thọ. Hãy liên lạc với chương trình Medicaid ở tiểu bang của quý vị để tìm hiểu về các chương trình bảo hiểm thuốc có thể dành sẵn cho quý vị. (Tìm các số điện thoại và thông tin liên hệ của Medicaid ở Chương 2, Phần 6.)

PHẦN 8 Cách mua thuốc kê đơn

Để mua thuốc kê đơn, hãy cung cấp thông tin hội viên chương trình của chúng tôi (mà có thể tìm thấy trên thẻ hội viên của quý vị) tại nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị chọn. Nhà thuốc trong mạng lưới sẽ tự động gửi hóa đơn đến chương trình của chúng tôi cho thuốc của quý vị.

Nếu quý vị không mang theo thông tin hội viên chương trình, quý vị hoặc nhà thuốc có thể gọi cho chương trình chúng tôi để lấy thông tin hoặc quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc tra cứu thông tin ghi danh chương trình của chúng tôi.

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm chương trình cho thuốc Phần D

Nếu nhà thuốc không nhận được thông tin cần thiết, **quý vị có thể sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí cho toa thuốc khi nhận thuốc.** Sau đó quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn tiền. Xem Chương 7, Phần 2 để biết thông tin về cách yêu cầu chương trình chúng tôi hoàn trả.

PHẦN 9 Bảo hiểm thuốc Phần D trong một số trường hợp đặc biệt

Phần 9.1. Ở bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn trong thời gian được chương trình của chúng tôi bao trả

Nếu quý vị được nhập viện hoặc vào một cơ sở điều dưỡng và chương trình chúng tôi đồng ý bảo hiểm cho lần nhập viện đó, thường thì chúng tôi cũng sẽ chi trả chi phí thuốc theo toa mà quý vị cần dùng khi còn nằm viện. Sau khi quý vị được xuất viện hoặc ra khỏi cơ sở điều dưỡng chuyên môn đó, chương trình chúng tôi sẽ bao trả cho thuốc theo toa của quý vị miễn là những loại thuốc đó đáp ứng tất cả các quy định bảo hiểm được mô tả trong Chương này.

Phần 9.2 Quý vị sống tại cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC)

Các cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC) (ví dụ như viện dưỡng lão) thường có nhà thuốc trực thuộc hoặc sử dụng một nhà thuốc chuyên cung cấp thuốc cho tất cả những người sống ở đó. Nếu quý vị đang sống ở cơ sở LTC thì quý vị có thể lấy thuốc theo toa từ nhà thuốc của cơ sở hoặc nhà thuốc mà cơ sở đó sử dụng, miễn là nhà thuốc đó nằm trong mạng lưới chúng tôi.

Kiểm tra *Danh bạ Nhà cung cấp dịch vụ y tế và Nhà thuốc*

go.wellcare.com/2026providerdirectories để biết nhà thuốc của cơ sở LTC của quý vị hoặc nhà thuốc mà cơ sở đó sử dụng có thuộc mạng lưới của chúng tôi hay không. Nếu không, hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin hoặc trợ giúp, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY xin gọi 711). Nếu quý vị ở trong cơ sở LTC, chúng tôi phải đảm bảo rằng quý vị có thể thường xuyên nhận Quyền lợi Phần D của mình thông qua mạng lưới nhà thuốc LTC của chúng tôi.

Nếu quý vị sống ở cơ sở LTC và cần một loại thuốc không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi hoặc bị hạn chế theo một cách nào đó, hãy xem Phần 5 để biết thông tin về việc nhận nguồn cung thuốc tạm thời hoặc cấp cứu.

Phần 9.3 Nếu quý vị cũng nhận bảo hiểm thuốc từ hãng sở hoặc chương trình nhóm hưu trí

Nếu quý vị có bảo hiểm thuốc khác qua hãng sở hoặc nhóm hưu trí của quý vị (hoặc của vợ/chồng hay bạn đời của quý vị), hãy liên hệ với **nhân viên quản trị quyền lợi của nhóm đó.** Họ có thể giúp quý vị hiểu rõ chương trình bảo hiểm thuốc hiện tại của quý vị sẽ làm việc với chương trình của chúng tôi như thế nào.

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm chương trình cho thuốc Phần D

Nói chung, nếu quý vị có bảo hiểm của lao động hoặc nhóm hưu trí, bảo hiểm thuốc mà quý vị nhận được từ chúng tôi sẽ là *bảo hiểm phụ* so với bảo hiểm nhóm của quý vị. Điều này có nghĩa là bảo hiểm tập thể của quý vị phải chi trả trước.

Lưu ý đặc biệt về bảo hiểm uy tín:

Mỗi năm, hãng sở hoặc nhóm hưu trí sẽ gửi thông báo cho quý vị để cho biết là bảo hiểm thuốc của quý vị có được coi là đáng tin cậy trong năm dương lịch tới hay không.

Nếu bảo hiểm của nhóm hưu trí được xếp loại có uy tín, thì có nghĩa là chương trình chúng tôi có bảo hiểm thuốc mà theo dự kiến sẽ thanh toán trung bình ít nhất là tương đương với bảo hiểm thuốc kê đơn tiêu chuẩn của Medicare.

Giữ lại bất kỳ thông báo nào về bảo hiểm có uy tín vì quý vị có thể cần những thông báo đó sau này để cho thấy rằng quý vị vẫn đang có bảo hiểm đáng tin cậy. Nếu quý vị không nhận được thông báo về bảo hiểm có uy tín, hãy yêu cầu một bản sao từ quản trị viên quyền lợi của hãng sở hoặc chương trình hưu trí hoặc hãng sở hoặc công đoàn của quý vị.

Phần 9.4 Nếu quý vị đang 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 đồng thời cùng một loại thuốc. Nếu quý vị đang tham gia vào chương trình chăm sóc cuối đời của Medicare và cần một loại thuốc nhất định (ví dụ như thuốc chống buồn nôn, thuốc nhuận trường, thuốc giảm đau hay thuốc an thần) mà không được chương trình chăm sóc cuối đời bao trả vì thuốc đó không liên quan đến bệnh giai đoạn cuối của quý vị và các bệnh lý đi kèm, thì chương trình của chúng tôi phải nhận được thông báo từ người kê toa hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời xác nhận rằng thuốc đó không liên quan trước khi chương trình của chúng tôi có thể bao trả cho thuốc đó. Để tránh bị trì hoãn trong việc nhận những loại thuốc này khi chương trình của chúng tôi bao trả, hãy yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc người kê toa cung cấp thông báo trước khi quý vị lấy thuốc theo toa.

Trong trường hợp quý vị tự rút ra hoặc được đưa ra khỏi chương trình chăm sóc cuối đời, chương trình của chúng tôi cần bao trả cho các thuốc của quý vị như đã giải thích trong tài liệu này. Để tránh phải chờ lâu tại nhà thuốc khi quyền lợi chăm sóc cuối đời của Medicare của quý vị đã kết thúc, hãy mang đến nhà thuốc các giấy tờ xác nhận việc quý vị đã tự rút hay được đưa ra khỏi quyền lợi này.

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

Chúng tôi sẽ kiểm tra cách sử dụng thuốc để giúp đảm bảo rằng hội viên chúng tôi được chăm sóc một cách thích hợp và an toàn.

Chúng tôi sẽ kiểm tra lại mỗi lần quý vị lấy thuốc theo toa. Chúng tôi cũng kiểm tra lại hồ sơ của chúng tôi theo định kỳ. Phần đích của việc kiểm tra là tìm các vấn đề tiềm ẩn như:

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm chương trình cho thuốc Phần D

- Các sai lầm có thể xảy ra liên quan đến thuốc
- Các loại thuốc có thể không cần thiết vì quý vị đang dùng thuốc tương tự khác để điều trị cùng một bệnh lý
- Các thuốc có thể không an toàn hay thích hợp vì tuổi hay giới tính của quý vị
- Một số kết hợp thuốc có thể gây hại cho quý vị nếu được dùng cùng lúc
- Các toa thuốc chứa thành phần gây dị ứng cho quý vị
- Các sai lầm có thể xảy ra về lượng (liều) thuốc quý vị đang dùng
- Số lượng thuốc giảm đau opioid không an toàn

Nếu phát hiện ra một vấn đề tiềm tàng trong chế độ dùng thuốc của quý vị thì chúng tôi sẽ làm việc với nhà cung cấp dịch vụ y tế cho quý vị để giải quyết vấn đề đó.

Phần 10.1 Chương Trình Quản Lý Thuốc (DMP) để giúp hội viên sử dụng thuốc opioid một cách an toàn

Chúng tôi có một chương trình giúp đảm bảo các hội viên sử dụng các thuốc opioid theo toa và các thuốc thường bị lạm dụng khác một cách an toàn. Chương trình này được gọi là Chương Trình Quản Lý Thuốc (DMP). Nếu quý vị sử dụng thuốc opioid nhận được từ một số người kê toa hoặc nhà thuốc, hoặc nếu quý vị mới sử dụng quá liều thuốc opioid, chúng tôi có thể nói chuyện với người kê toa của quý vị để đảm bảo rằng việc sử dụng thuốc opioid theo toa của quý vị là phù hợp và cần thiết về mặt y tế. Làm việc với người kê toa của quý vị, nếu chúng tôi xét thấy việc quý vị sử dụng thuốc opioid hoặc benzodiazepine theo toa là không an toàn, chúng tôi có thể giới hạn cách quý vị có thể mua những loại thuốc đó. Nếu chúng tôi đưa quý vị vào DMP của chúng tôi, các giới hạn có thể bao gồm:

- Yêu cầu quý vị mua tất cả thuốc opioid hoặc benzodiazepine theo toa tại một số nhà thuốc nhất định
- Yêu cầu quý vị mua tất cả thuốc opioid hoặc benzodiazepine theo toa từ một số người kê toa nhất định
- Giới hạn số lượng thuốc opioid hoặc benzodiazepine mà chúng tôi sẽ bao trả cho quý vị

Nếu chúng tôi dự định giới hạn cách quý vị có thể nhận được các loại thuốc này hoặc lượng thuốc mà quý vị có thể nhận được, chúng tôi sẽ gửi thư thông báo trước cho quý vị. Thư này sẽ cho quý vị biết liệu chúng tôi giới hạn bảo hiểm của những thuốc này hay liệu quý vị sẽ phải lấy toa thuốc cho những thuốc này từ một bác sĩ hoặc nhà thuốc cụ thể. Quý vị sẽ có cơ hội cho chúng tôi biết người kê toa hoặc nhà thuốc nào quý vị muốn sử dụng và về bất kỳ thông tin nào khác mà quý vị cho là quan trọng đối với chúng tôi. Sau khi quý vị trả lời, nếu chúng tôi quyết định hạn chế bảo hiểm của quý vị đối với những loại thuốc này, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thư khác xác nhận hạn chế này. Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi có sai sót hoặc quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi hoặc với giới hạn đó, quý vị và người kê toa của quý vị có quyền kháng cáo. Nếu quý vị kháng cáo, chúng tôi sẽ xét duyệt trường hợp của quý vị và đưa ra quyết định mới cho quý vị. Nếu chúng tôi tiếp tục từ chối bất kỳ nội dung nào trong yêu cầu của quý vị liên quan đến những hạn

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm chương trình cho thuốc Phần D

chế áp dụng cho việc tiếp cận thuốc của quý vị, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị cho một bên đánh giá độc lập bên ngoài chương trình của chúng tôi. Xem Chương 9 để biết chi tiết về cách yêu cầu kháng cáo.

Quý vị sẽ không được đưa vào DMP nếu quý vị có một số bệnh lý nhất định, chẳng hạn như đau liên quan đến ung thư hoặc bệnh hồng cầu liềm, hoặc quý vị đang được chăm sóc cuối đời, chăm sóc giảm nhẹ hoặc chăm sóc giai đoạn cuối đời hoặc sống ở cơ sở chăm sóc dài hạn.

Phần 10.2 Chương trình Quản Lý Trị Liệu Bằng Thuốc (MTM) để giúp hội viên quản lý thuốc của mình

Chúng tôi có một chương trình có thể giúp các hội viên có nhu cầu y tế phức tạp. Chương trình này được gọi là Chương Trình Quản Lý Trị Liệu Bằng Thuốc (MTM). Đây là chương trình tự nguyện được cung cấp miễn phí. Một nhóm dược sĩ và bác sĩ đã phát triển chương trình cho chúng tôi để giúp đảm bảo rằng các hội viên của chúng tôi có được lợi ích nhiều nhất từ thuốc họ dùng.

Một số hội viên mắc một số bệnh mạn tính và dùng nhiều loại thuốc mà vượt quá chi phí thuốc với số tiền cụ thể hoặc đang trong một chương trình DMP để giúp họ sử dụng thuốc opioid một cách an toàn, có thể hội đủ điều kiện tham gia chương trình MTM. Nếu quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình này, dược sĩ hay chuyên gia y tế khác sẽ gặp quý vị để đánh giá kỹ lưỡng tất cả các loại thuốc của quý vị. Trong buổi đánh giá, quý vị có thể thảo luận về thuốc của quý vị, chi phí về thuốc và bất cứ vấn đề hoặc thắc mắc nào quý vị có về thuốc theo toa hoặc thuốc không cần toa. Quý vị sẽ nhận được một bản tóm tắt cùng với đề xuất danh sách việc cần làm bao gồm các bước cần thực hiện để có được hiệu quả tốt nhất từ thuốc của quý vị. Quý vị cũng sẽ nhận được một danh sách thuốc liệt kê tất cả các loại thuốc quý vị đang dùng, lượng dùng, thời điểm và lý do quý vị dùng các thuốc đó. Ngoài ra, các hội viên trong chương trình MTM sẽ nhận được thông tin về việc thải bỏ an toàn thuốc theo toa là những chất kích thích có kiểm soát.

Quý vị nên trao đổi với bác sĩ về danh sách những việc cần làm được đề xuất và danh sách các loại thuốc của quý vị. Mang theo bản tóm tắt khi quý vị đến khám hoặc bất cứ lần nào quý vị cần nói chuyện với các bác sĩ, dược sĩ và người cung cấp dịch vụ y tế khác. Quý vị nhớ cập nhật và mang theo danh sách thuốc này (ví dụ, mang kèm theo thẻ ID của quý vị) trong trường hợp phải vào bệnh viện hoặc đến phòng cấp cứu.

Cứ khi nào có chương trình phù hợp với nhu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ tự động ghi danh quý vị vào chương trình đó và gửi thông tin đến quý vị. Nếu quý vị quyết định không tham gia, hãy thông báo để chúng tôi có thể hủy ghi danh quý vị. Nếu có thắc mắc về chương trình này, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY xin gọi 711).

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm chương trình cho thuốc Phần D

PHẦN 11 Bản Giải Thích Quyền Lợi Phần D giải thích quý vị đang ở giai đoạn thanh toán nào

Chương trình chúng tôi theo dõi chi phí thuốc theo toa của quý vị và tổng số tiền quý vị đã thanh toán khi mua thuốc theo toa tại nhà thuốc. Bằng cách này, chúng tôi có thể thông báo cho quý vị biết khi quý vị chuyển từ một giai đoạn chi trả thuốc sang giai đoạn khác. Chúng tôi theo dõi 2 loại chi phí:

- **Số Tiền Tự Trả:** đây là số tiền quý vị đã trả. Điều này bao gồm những gì quý vị đã thanh toán khi quý vị nhận thuốc Phần D được bao trả, bất kỳ khoản thanh toán nào cho thuốc của quý vị do gia đình hoặc bạn bè thực hiện và bất kỳ khoản thanh toán nào được thực hiện cho thuốc của quý vị bằng Trợ Giúp Bổ Sung từ Medicare, chương trình bảo hiểm y tế của chủ lao động hoặc công đoàn, Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe cho Người Da Đỏ, chương trình hỗ trợ thuốc AIDS, tổ chức từ thiện và hầu hết các Chương Trình Hỗ Trợ Được Phẩm Tiểu Bang (SPAP).
- **Tổng Chi Phí Thuốc:** đây là tổng các khoản tiền thanh toán cho thuốc Phần D được bao trả của quý vị. Điều này bao gồm những gì chương trình chúng tôi đã thanh toán, những gì quý vị thanh toán và những gì chương trình hoặc tổ chức khác đã thanh toán cho thuốc Phần D được bao trả của quý vị.

Nếu trong tháng trước quý vị đã lấy một hoặc nhiều đơn thuốc thông qua chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một

Bảng kê quyền lợi Phần D. EOB Phần D bao gồm:

- **Thông tin cho tháng đó.** Bản báo cáo cho biết thông tin chi tiết về các khoản thanh toán cho thuốc theo toa mà quý vị mua trong tháng trước. Báo cáo cho biết tổng chi phí thuốc, phần thanh toán của chương trình và phần tiền quý vị tự thanh toán và người khác thanh toán thay cho quý vị.
- **Tổng số tiền thanh toán kể từ ngày 1 tháng 1.** Số tiền này cho biết tổng chi phí thuốc cũng như tổng số tiền thanh toán cho thuốc của quý vị kể từ đầu năm.
- **Thông tin về giá thuốc.** Thông tin này sẽ thể hiện tổng giá thuốc và thông tin về những thay đổi kể từ lần mua thuốc đầu tiên cho mỗi yêu cầu thanh toán bảo hiểm thuốc kê đơn với cùng số lượng.
- **Có sẵn các đơn thuốc thay thế có giá thấp hơn.** Đơn này cho thấy thông tin về các loại thuốc khác hiện có với mức chia sẻ chi phí thấp hơn cho mỗi yêu cầu bồi thường thuốc theo toa, nếu áp dụng

Phần 11.1 Hãy giúp chúng tôi cập nhật thông tin về các khoản thanh toán thuốc của quý vị

Để theo dõi tổng chi phí thuốc của quý vị và số tiền quý vị tự trả khi mua thuốc, chúng tôi cần dựa vào các hồ sơ nhận được từ nhà thuốc. Quý vị có thể giúp chúng tôi đảm bảo thông tin này được chính xác và cập nhật bằng cách:

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm chương trình cho thuốc Phần D

- **Xuất trình thẻ thành viên mỗi lần quý vị lĩnh thuốc theo đơn.** Điều này giúp đảm bảo rằng chúng tôi biết về các toa thuốc mà quý vị mua và quý vị thanh toán bao nhiêu.
- **Hãy đảm bảo chúng tôi có đầy đủ thông tin cần thiết.** Có những lúc quý vị có thể thanh toán toàn bộ chi phí của thuốc theo toa. Trong các trường hợp này, chúng tôi sẽ không tự động nhận được thông tin cần thiết để theo dõi chi phí ngoài túi của quý vị. Để giúp chúng tôi theo dõi số tiền tự trả của quý vị, hãy cung cấp cho chúng tôi các bản sao biên lai của quý vị. **Một số ví dụ về thời điểm mà quý vị cần cung cấp cho chúng tôi bản sao các biên lai thuốc của quý vị:**
 - Khi quý vị mua một thuốc được chi trả tại nhà thuốc trong mạng lưới với mức giá đặc biệt hoặc dùng thẻ giảm giá không thuộc quyền lợi của chương trình chúng tôi.
 - Khi quý vị trả khoản đồng thanh toán cho thuốc được cấp theo chương trình trợ giúp bệnh nhân của nhà sản xuất thuốc.
 - Bất cứ khi nào quý vị mua thuốc được bao trả tại nhà thuốc ngoài mạng lưới hoặc quý vị thanh toán toàn bộ chi phí cho một loại thuốc được bao trả theo các trường hợp đặc biệt.
 - Nếu quý vị bị xuất hóa đơn cho một thuốc được chi trả, quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi thanh toán phần chi phí của mình. Để biết cách yêu cầu điều này, hãy xem Chương 7, Phần 2.
- **Gửi cho chúng tôi thông tin về các khoản thanh toán mà người khác thanh toán thay cho quý vị.** Các khoản thanh toán được thực hiện bởi một số người và tổ chức khác cũng được tính vào số tiền tự trả của quý vị. Ví dụ, các khoản thanh toán từ những chương trình như Chương trình Trợ giúp dược phẩm của tiểu bang, là một Chương Trình Trợ Giúp Thuốc AIDS (ADAP), Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe Người Mỹ bản xứ và các tổ chức từ thiện đều được tính vào số tiền tự trả của quý vị. Hãy giữ hồ sơ chứng minh về các khoản thanh toán này và gửi hồ sơ cho chúng tôi để giúp chúng tôi theo dõi các chi phí của quý vị.
- **Kiểm tra bản báo cáo mà chúng tôi gửi cho quý vị.** Khi quý vị nhận được bản *EOB Phần D*, hãy đọc kỹ để chắc chắn rằng thông tin trong đó là đầy đủ và chính xác. Nếu quý vị cho rằng có điều gì đó thiếu sót hoặc nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY xin gọi 711). **Thay vì nhận một Bản Giải Thích Quyền Lợi Bảo Hiểm Phần D (EOB Phần D) qua bưu điện, quý vị có lựa chọn nhận một bản điện tử EOB Phần D.** Quý vị có thể yêu cầu một bản này bằng cách truy cập <https://www.express-scripts.com/>. Nếu quý vị chọn đăng ký, quý vị sẽ nhận được một email khi đã có *eEOB Phần D* của quý vị để xem, in hoặc tải xuống. Các bản *EOB Phần D* điện tử còn được gọi là các *EOB Phần D* không dùng giấy. Các bản *EOB Phần D* không dùng giấy là các bản (hình ảnh) chính xác của bản in *EOB Phần D*. Nhớ lưu giữ các báo cáo này.

CHƯƠNG 6:

Số tiền quý vị chi trả cho thuốc Phần D

Quý vị không phải chi trả cho thuốc Phần D được chương trình của chúng tôi bao trả.

CHƯƠNG 7:

Yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn cho dịch vụ y tế hoặc thuốc được chi trả

PHẦN 1 Những trường hợp quý vị nên yêu cầu chúng tôi thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc được bao trả của quý vị

Các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi lập hóa đơn trực tiếp cho chương trình cho các thuốc và dịch vụ được bao trả - quý vị sẽ không nhận được hóa đơn cho các thuốc và dịch vụ được bao trả. Nếu quý vị nhận hóa đơn cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc mà quý vị đã nhận, quý vị nên gửi hóa đơn này cho chúng tôi để chúng tôi có thể thanh toán. Khi quý vị gửi hóa đơn cho chúng tôi, chúng tôi sẽ xem xét hóa đơn và quyết định xem các dịch vụ và thuốc này có được bao trả hay không. Nếu chúng tôi quyết định là sẽ chi trả cho hóa đơn này, chúng tôi sẽ trực tiếp trả tiền nhà cung cấp dịch vụ này.

Nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ hoặc vật dụng Medicare được chương trình chúng tôi bao trả, quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn trả cho quý vị (hoàn trả cho quý vị 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 cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả bởi chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể phải đáp ứng thời hạn nhất định để được hoàn trả lại. Chuyển sang Phần 2 của chương này. Khi quý vị gửi cho chúng tôi hóa đơn quý vị đã thanh toán, chúng tôi sẽ xem xét hóa đơn và quyết định xem các dịch vụ hoặc thuốc đó có được bao trả hay không. Nếu quyết định nên bao trả, chúng tôi sẽ hoàn trả cho quý vị chi phí cho dịch vụ hoặc thuốc đó.

Cũng có thể có những lúc quý vị nhận hóa đơn từ một nhà cung cấp cho chi phí đầy đủ của dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị đã nhận được hoặc hóa đơn tính nhiều hơn mức chia sẻ chi phí của quý vị. Trước tiên, hãy thử giải quyết thắc mắc về hóa đơn với nhà cung cấp. Nếu không được, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi thay vì thanh toán hóa đơn. Chúng tôi sẽ xét hóa đơn này và quyết định là các dịch vụ này có được chi trả hay không. Nếu chúng tôi quyết định là sẽ chi trả cho hóa đơn này, chúng tôi sẽ trực tiếp trả tiền nhà cung cấp dịch vụ này. Nếu chúng tôi quyết định không thanh toán, chúng tôi sẽ thông báo cho nhà cung cấp. Quý vị không nên trả nhiều hơn mức chia sẻ chi phí được phép theo chương trình. Nếu nhà cung cấp này đã ký hợp đồng, quý vị vẫn có quyền được điều trị.

Ví dụ về những trường hợp mà quý vị có thể cần phải yêu cầu chương trình của chúng tôi trả tiền lại cho quý vị hoặc thanh toán một hóa đơn quý vị đã nhận được:

Chương 7 Yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn cho dịch vụ y tế hoặc thuốc được chi trả

1. Khi quý vị nhận được chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc y tế cần thiết khẩn cấp từ nhà cung cấp không nằm trong mạng lưới của chương trình

- Quý vị có thể nhận được dịch vụ cấp cứu hoặc dịch vụ cần thiết khẩn cấp từ bất kỳ nhà cung cấp nào, cho dù nhà cung cấp này có thuộc mạng lưới của chúng tôi hay không. Trong những trường hợp này, yêu cầu nhà cung cấp gửi hóa đơn cho chương trình chúng tôi.
- Nếu quý vị tự thanh toán toàn bộ số tiền khi nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hãy đề nghị chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị. Gửi cho chúng tôi hóa đơn, cùng với các tài liệu của bất kỳ khoản thanh toán quý vị đã trả.
- Quý vị có thể nhận được hóa đơn yêu cầu thanh toán từ nhà cung cấp mà quý vị cho rằng mình không phải thanh toán. Gửi cho chúng tôi hóa đơn này, cùng với các tài liệu của bất kỳ khoản thanh toán quý vị đã trả.
 - Nếu có nợ với nhà cung cấp dịch vụ này, chúng tôi sẽ trực tiếp trả tiền nhà cung cấp dịch vụ này.
 - Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ, chúng tôi sẽ hoàn lại tiền cho quý vị.

2. Khi một nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới gửi cho quý vị hóa đơn mà quý vị nghĩ rằng quý vị không phải trả

Các nhà cung cấp trong mạng lưới luôn gửi hóa đơn trực tiếp cho chương trình chúng tôi. Nhưng đôi khi họ nhầm lẫn và yêu cầu quý vị thanh toán cho các dịch vụ của quý vị.

- Bất cứ khi nào quý vị nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp trong mạng lưới, hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn đó. Chúng tôi sẽ liên lạc với nhà cung cấp dịch vụ này trực tiếp và giải quyết vấn đề hóa đơn này.
- Nếu quý vị đã thanh toán hóa đơn cho nhà cung cấp trong mạng lưới, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi và chứng từ của bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã trả. Yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị đối với các dịch vụ được bao trả của quý vị.

3. Nếu quý vị ghi danh có tính hồi tố vào chương trình của chúng tôi

Đôi khi sự ghi danh của một người trong chương trình của chúng tôi có tính hồi tố. (Điều này có nghĩa là ngày đầu tiên của sự ghi danh của họ đã qua rồi. Ngày ghi danh thậm chí có thể xảy ra năm ngoái.)

Nếu quý vị được ghi danh hồi tố vào chương trình của chúng tôi và đã tự chi trả cho bất kỳ dịch vụ hoặc thuốc được chi trả nào sau ngày ghi danh, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn tiền. Quý vị cần phải nộp chứng từ như biên lai và hóa đơn cho chúng tôi để xử lý việc bồi hoàn.

4. Khi quý vị sử dụng một nhà thuốc ngoài mạng lưới để mua thuốc theo toa

Chương 7 Yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn cho dịch vụ y tế hoặc thuốc được chi trả

Nếu quý vị đến một nhà thuốc ngoài mạng lưới, nhà thuốc này có thể không gửi yêu cầu trực tiếp đến chúng tôi. Khi điều đó xảy ra, quý vị phải trả toàn bộ chi phí của thuốc theo toa của quý vị.

Cất giữ các biên nhận của quý vị và gửi bản sao cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu chúng tôi trả tiền lại cho quý vị. Hãy nhớ rằng chúng tôi chỉ bao trả các nhà thuốc ngoài mạng lưới trong một số trường hợp hạn chế. Xem Chương 5, Phần 2.4 để tìm hiểu thêm về những trường hợp này. Chúng tôi có thể không hoàn trả cho quý vị số tiền chênh lệch giữa số tiền quý vị đã trả cho toa thuốc mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới và số tiền chúng tôi chi trả cho toa thuốc mua tại nhà thuốc trong mạng lưới.

5. Khi quý vị phải trả toàn bộ chi phí cho một toa thuốc bởi vì quý vị không mang theo thẻ hội viên chương trình của chúng tôi

Nếu không mang theo thẻ hội viên chương trình chúng tôi, quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc gọi cho chương trình chúng tôi hoặc tra thông tin ghi danh tham gia chương trình của chúng tôi. Nếu nhà thuốc này không thể lấy được dữ kiện ghi danh mà họ cần ngay lập tức, quý vị có thể tự mình phải trả toàn bộ chi phí toa thuốc.

Cất giữ các biên nhận của quý vị và gửi bản sao cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu chúng tôi trả tiền lại cho quý vị. Chúng tôi có thể không hoàn trả cho quý vị toàn bộ chi phí quý vị đã thanh toán nếu giá bằng tiền mặt quý vị đã thanh toán cao hơn giá đã thương lượng của chúng tôi cho toa thuốc.

6. Khi quý vị phải trả toàn bộ chi phí cho một đơn thuốc trong các trường hợp khác

Quý vị có thể trả toàn bộ chi phí đơn thuốc bởi vì quý vị thấy rằng loại thuốc này không được chi trả vì một lý do nào.

- Ví dụ: loại thuốc này có thể không nằm trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi hoặc danh sách có thể có yêu cầu hoặc hạn chế mà quý vị không biết hoặc không nghĩ là có áp dụng đối với quý vị. Nếu quý vị quyết định để có được thuốc ngay lập tức, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho nó.
- Cất giữ các biên nhận của quý vị và gửi bản sao cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu chúng tôi trả tiền lại cho quý vị. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể cần lấy thêm thông tin từ bác sĩ của quý vị để trả lại cho quý vị tiền thuốc. Chúng tôi có thể không hoàn trả cho quý vị toàn bộ chi phí quý vị đã thanh toán nếu giá bằng tiền mặt quý vị đã thanh toán cao hơn giá đã thương lượng của chúng tôi cho toa thuốc.

7. Nếu quý vị đã được ghi danh hồi tố trong chương trình của chúng tôi bởi vì quý vị đủ điều kiện hưởng bảo hiểm Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii.

Medicaid là chương trình kết hợp của chính phủ Liên Bang và tiểu bang để giúp hỗ trợ chi phí y tế cho một số người có thu nhập và nguồn lực hạn chế. Một số người có Medicaid được tự động ghi danh vào chương trình của chúng tôi để được nhận bảo hiểm thuốc kê đơn của họ.

Chương 7 Yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn cho dịch vụ y tế hoặc thuốc được chi trả

Đôi khi sự ghi danh của một người trong chương trình có tính hồi tố. (Hồi tố có nghĩa là ngày đầu tiên của sự ghi danh của họ đã qua rồi. Ngày ghi danh thậm chí có thể xảy ra năm ngoái.)

Nếu quý vị đã được ghi danh hồi tố trong chương trình của chúng tôi và quý vị đã tự trả tiền cho bất kỳ loại thuốc nào của quý vị sau ngày ghi danh, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả chi phí cho quý vị. Quý vị sẽ cần phải nộp chứng từ như biên lai và hóa đơn cho chúng tôi để xử lý việc bồi hoàn.

- Hãy gửi cho chúng tôi bản sao biên lai khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn tiền.
- Quý vị phải yêu cầu thanh toán cho số tiền tự trả của quý vị (không phải khoản chi phí đã được một bảo hiểm khác thanh toán).
 - Chương trình có thể không thanh toán cho các thuốc không nằm trong danh sách thuốc của chúng tôi. Tất cả các ví dụ trên là các loại quyết định mức chi trả. Điều này có nghĩa rằng nếu chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi. Chương 9 của tài liệu này bao gồm thông tin về cách nộp đơn kháng cáo.

Khi quý vị gửi yêu cầu thanh toán cho chúng tôi, chúng tôi sẽ xét duyệt yêu cầu của quý vị và quyết định dịch vụ hoặc thuốc có được bao trả hay không. Đây được gọi là đưa ra **quyết định bảo hiểm**. Nếu chúng tôi quyết định dịch vụ hoặc thuốc đó nên được chi trả, chúng tôi sẽ thanh toán. Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi. Chương 9 bao gồm thông tin về cách nộp đơn kháng cáo.

PHẦN 2 Cách yêu cầu chúng tôi trả tiền lại cho quý vị hoặc thanh toán một hóa đơn quý vị nhận được

Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi trả tiền lại cho quý vị bằng cách gửi cho chúng tôi một yêu cầu bằng văn bản. Nếu quý vị gửi yêu cầu bằng văn bản, hãy gửi hóa đơn của quý vị và chứng từ về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã trả. Quý vị nên sao chép hóa đơn và biên lai cho hồ sơ của quý vị. **Quý vị phải gửi yêu cầu bảo hiểm cho chúng tôi trong vòng 365 ngày (đối với các yêu cầu bảo hiểm y tế) và trong ba năm (đối với các yêu cầu bảo hiểm thuốc)** kể từ ngày quý vị nhận được dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc.

Để chắc chắn rằng quý vị đã cho chúng tôi tất cả các dữ kiện chúng tôi cần có để đưa ra quyết định, quý vị có thể điền vào mẫu đơn yêu cầu của chúng tôi hầu thực hiện yêu cầu thanh toán của quý vị.

- Quý vị không phải sử dụng mẫu đơn này, nhưng mẫu này sẽ giúp chúng tôi xử lý thông tin nhanh hơn. Để Bồi Hoàn Cho Hội Viên, chúng tôi có các mẫu đơn yêu cầu có sẵn trên cổng thông tin web. Quý vị không cần phải dùng mẫu đơn này, nhưng chúng tôi khuyên các hội viên nên sử dụng mẫu đơn này để đảm bảo tất cả các chứng từ được gửi đi đầy đủ. Quý vị có thể gửi bản sao hóa đơn mà không cần mẫu đơn này. Dù là theo cách nào thì quý vị cũng cần gửi thông tin về nhà cung cấp, ngày cung cấp dịch vụ, mã Thuật Ngữ Thủ Thuật

Chương 7 Yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn cho dịch vụ y tế hoặc thuốc được chi trả

Hiện Hành (CPT) khi thích hợp, mã chẩn đoán hoặc mô tả chẩn đoán và số tiền được tính hóa đơn cùng với bất kỳ hồ sơ y tế quý vị có và nếu cần, mô tả ngắn gọn tại sao quý vị cần phải được chăm sóc y tế. Hội viên cũng nên gửi chứng từ thanh toán cùng lúc họ gửi yêu cầu. Chứng từ thanh toán hợp lệ là sao kê ngân hàng hoặc thẻ tín dụng hoặc bản sao séc bị hủy.

- Tải xuống bản sao biểu mẫu từ trang web của chúng tôi (go.wellcare.com/OhanaHI) hoặc gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY xin gọi 711) và yêu cầu cung cấp biểu mẫu.

Đối với các dịch vụ y tế, hãy gửi qua bưu điện yêu cầu thanh toán cùng với bất kỳ hóa đơn hoặc biên lai cho chúng tôi tại địa chỉ này:

Địa Chỉ Yêu Cầu Thanh Toán

Wellcare
Medical Reimbursement Department
PO Box 31370
Tampa, FL 33631-3370

Đối với Thuốc Theo Toa Phần D, hãy gửi qua bưu điện yêu cầu thanh toán cùng với bất kỳ hóa đơn hoặc biên lai đã thanh toán cho chúng tôi tại địa chỉ này:

Địa Chỉ Yêu Cầu Thanh Toán Phần D

Wellcare Medicare Part D Claims
Attn: Member Reimbursement Department
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

Chương 7 Yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn cho dịch vụ y tế hoặc thuốc được chi trả

PHẦN 3 Chúng tôi sẽ cân nhắc yêu cầu thanh toán của quý vị và tuyên bố đồng ý hay không

Khi chúng tôi nhận được yêu cầu thanh toán của quý vị, chúng tôi sẽ cho quý vị biết nếu chúng tôi cần bất cứ dữ kiện bổ sung nào từ quý vị. Nếu không, chúng tôi sẽ cân nhắc yêu cầu của quý vị và đưa ra quyết định mức chi trả.

- Nếu chúng tôi quyết định rằng việc chăm sóc y tế hoặc thuốc được bao trả và quý vị làm theo tất cả các quy định, chúng tôi sẽ chi trả cho dịch vụ hoặc loại thuốc đó. Nếu quý vị đã trả tiền cho dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ gửi bồi hoàn cho quý vị. Nếu quý vị đã thanh toán toàn bộ chi phí thuốc, quý vị có thể không được hoàn trả toàn bộ số tiền quý vị đã thanh toán (ví dụ: nếu quý vị mua thuốc tại nhà thuốc ngoài mạng lưới hoặc nếu giá tiền mặt quý vị đã thanh toán cho một loại thuốc cao hơn giá thương lượng của chúng tôi). Nếu quý vị chưa trả tiền cho dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ gửi phí thanh toán thẳng đến nhà cung cấp dịch vụ.
- Nếu chúng tôi quyết định dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc *không* được bao trả hoặc quý vị đã *không* tuân theo tất cả các quy định, chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ chăm sóc hoặc thuốc đó. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải thích lý do tại sao chúng tôi không gửi thanh toán và quyền kháng cáo quyết định đó của quý vị.

Phần 3.1 Nếu chúng tôi thông báo sẽ không chi trả cho chăm sóc y tế hoặc thuốc, quý vị có thể kháng nghị

Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã sai khi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị hoặc số tiền chúng tôi trả không hợp lý, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo. Nếu quý vị lập kháng cáo, điều đó có nghĩa là quý vị yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định của chúng tôi khi chúng tôi đã từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị. Tiến trình kháng cáo là một quá trình chính thức với các thủ tục chi tiết và kỳ hạn quan trọng. Để biết thông tin chi tiết về cách nộp đơn kháng cáo này, hãy xem Chương 9.

CHƯƠNG 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

CHƯƠNG 8:

Quyền và trách nhiệm của quý vị

PHẦN 1 Chương trình của chúng tôi phải tôn trọng các quyền và sự khác biệt về văn hóa của quý vị

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, audio, braille, large print, or other alternate formats, etc.)

Our 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 our plan can meet these accessibility requirements include but aren't 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 materials in languages other than English including Chinese, Korean, Hmong, Tagalog, Laotian, Cambodian/Khmer, Vietnamese, Hawaiian, Japanese, Karen, Samoan, Thai, Turkish, Uzbek, Ilocano, Burmese and audio, in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at 1-888-846-4262 (TTY users call 711).

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Member Services. You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

第 1.1 節 我們必須以適合於您，而且符合您文化敏銳度的方式提供資訊 (用英語以外的其他語言、以語音、布萊葉盲文、大字印刷或其他替代格式等)

CHƯƠNG 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

我們的計劃必須確保所有臨床和非臨床服務均以文化適合的方式提供，並且所有投保人皆能取得，包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力不全，或具有不同文化和種族背景的人士。我們的計劃符合這些協助工具要求的範例包括但不限於：提供翻譯服務、口譯服務、電傳打字機或 TTY (文字電話或電傳打字機電話) 連線。

本項計劃有免費譯員服務，可回答不會講英文的會員提出的問題。如果您需要，我們也可以為用英語以外的其他語言，包括 中文、韓文、苗文、塔加洛文、柬埔寨文/高棉文、越南文、夏威夷文、日文、薩摩亞文、泰文、伊洛果文、緬甸文、土耳其文、烏茲別克文及 語音、布萊葉盲文、大字印刷或其他替代格式向您免費提供的材料。我們需要以可取得和適合您的格式向您提供有關計劃福利的資訊。若要以適合您的方式向我們取得資訊，請致電會員服務部 1-888-846-4262 (TTY 使用者請致電 711)。

我們的計劃均需讓女性投保人可以選擇直接與網絡內的女性專科醫生聯絡，以取得女性例行性和預防性健康照護服務。

如果我們計劃網絡內的專科醫生無法提供服務，我們的計劃有責任在網絡外尋找能提供您必要照護的專科醫生。在這種情況下，您只需支付網絡內分攤費用。如果您發現我們計劃的網絡中沒有您所需承保服務的專科醫生，請致電我們的計劃，瞭解如何透過網絡內分攤費用獲得此服務。

如果您無法從我們的計劃獲取可取得且適合您使用的格式之資訊，以接觸女性專科醫生或找到網絡內專科醫生，請致電會員服務部提出申訴。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投訴，或直接致電 Office for Civil Rights，電話是 1 800 368-1019 或 TTY 1-800-537-7697。

섹션 1.1 당사는 귀하에게 유용하고 귀하의 문화적 민감성에 맞는 방식으로 정보를 제공해야 합니다 (영어 외의 언어, 오디오, 점자, 대형 인쇄본 또는 기타 대체 형식 등).

귀하의 플랜은 모든 임상 및 비임상 서비스가 문화적으로 적합한 방식으로 제공되고, 영어 사용과 읽기 능력이 제한된 사람들, 청각 장애인 또는 다양한 문화 및 민족적 배경을 가진 모든 가입자들이 접근할 수 있도록 보장해야 합니다. 당사 플랜이 이러한 접근성 요구 사항을 충족할 수 있는 방법의 예로는 번역 및 통역 서비스 제공, 전신타자기 또는 TTY(문자 전화 또는 전신타자기 전화) 연결을 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

당사 플랜은 비영어 사용 가입자의 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 중국어, 몽어, 타갈로그어, 라오스어, 캄보디아어/크메르어, 베트남어, 하와이어, 일본어, 사모아어, 태국어, 일로카노어, 페르시아어, 카렌어, 터키어, 우즈베크어를 포함한 영어 이외의 언어를 포함한 영어 이외의 언어]로 된 자료 및 오디오, 점자, 대형 인쇄본 또는 필요한 경우 다른 대체 형식으로 무료 제공해드릴 수도 있습니다. 저희는 귀하가 이용할 수 있는 적절한 형식으로 당사 플랜 혜택에 관한 정보를 제공해야 합니다. 귀하에게 적합한 방식으로 당사로부터 정보를 확인하려면 1-888-846-4262 (TTY 사용자: 711)번으로 가입자 서비스부에 전화해 주십시오.

당사 플랜은 여성 가입자에게 여성의 일상 및 예방 건강 관리 서비스에 대한 네트워크 소속 여성 건강 전문의에 직접 접근할 수 있는 옵션을 제공해야 합니다.

전문 분야에 대한 제공자를 당사 플랜의 네트워크에서 찾을 수 없는 경우 필요한 관리를 제공할 네트워크 외부의 전문 제공업체를 찾는 것은 당사 플랜의 책임입니다. 이 경우 네트워크 소속 비용 부담만 납부하게 됩니다. 당사 플랜 네트워크에 귀하가 필요로 하는 서비스를 제공하는 전문가가 없는 경우 당사 플랜에 전화하여 이 서비스를 받을 수 있는 위치에 대한 정보를 문의하십시오.

CHƯƠNG 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

접근이 가능하고 적절한 형식으로 당사 플랜에서 정보를 얻는 데 문제가 있거나 여성 건강 전문의를 만나거나 네트워크 소속 전문의를 찾는 데 어려움이 있는 경우 가입자 서비스부에 전화하여 고충을 접수해 주십시오. Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 연락하거나 Office for Civil Rights 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697번으로 직접 연락하여 불만사항을 제기할 수도 있습니다.

Nqe 1.1 Peb yuav tsum muab cov ntaub ntawv hauv ib txoj hauv kev uas haum rau koj (hauv hom lus uas tsis yog Lus Askiv, ua ntawv Su, suab lus, luam ntawv loj, los sis lwm hom ntawv, thiab lwm yam.)

Peb txoj phiaj xwm yuav tsum xyuas kom paub tseeb tias tag nrho cov kev pab cuam, fab kev kho mob thiab tsis cuam tshuam txog fab kev kho mob tib si, tau muab hauv tus yam ntxwv uas haum raws li fab kab lij kev cai thiab nkag cuag tau rau tag nrho cov neeg tso npe nkag, suav nrog cov neeg uas paub Lus Askiv tsis tshua zoo, nyem ntawv tau tsis tshua zoo, tsis muaj peev xwm hnov lus, los sis cov neeg uas muaj keeb kwm fab kab lis kev cai thiab haiv neeg ntau yam. Cov qauv piv txwv ntawm qhov seb peb txoj phiaj xwm puas tuaj yeem ua tau raws li cov cai kev nkag cuag no li cas ntawd yuav muaj tab sis tsis tas rau ntawm, kev muab cov kev pab cuam txhais ntawv, cov kev pab cuam txhais lus, lub tshuab ntaus ntawv, los sis kev sib txuas TTY (xov tooj xa ntawv los sis xov tooj ntaus ntawv).

Peb txoj phiaj xwm muaj cov kev pab cuam kws txhais lus pub dawb los teb cov lus nug los ntawm cov tswv cuab uas tsis hais Lus Askiv. Peb kuj tuaj yeem muab cov ntaub ntawv rau koj ua hom lus uas tsis yog Lus Askiv suav nrog Lus Suav, Lus Kaus Lim, Lus Hmoob, Lus Tagalog, Lus Nplog, Lus Kas Pus Cias/Khmer, Lus Nyab Laj, Lus Hawaii, Lus Nyij Pooj, Lus Samoan, Lus Thaib, Lus Phab Mab, Lus Karen, Lus Turkish, Lus Uzbek thiab ua suab lus, ntawv su, ntawv luam loj, los sis lwm cov hom ntawv yam tsis tau them nqi yog tias koj xav tau. Peb yuav tsum tau muab cov ntaub ntawv qhia paub rau koj hais txog peb txoj phiaj xwm cov txiaj ntsig kev pab uas yuav nkag siv tau thiab tsim nyog rau koj. Txhawm rau kom tau txais ntaub ntawv qhia paub los ntawm peb hauv ib txoj hauv kev uas siv tau rau koj, hu rau Cov Chaw Pab Cuam Rau Tswv Cuab ntawm 1-888-846-4262 (Cov neeg siv TTY hu rau 711).

Peb txoj phiaj xwm yuav tsum tau muab ib txoj kev xaiv txog kev nkag cuag ncaj qha rau cov poj niam tus kws kho mob paub tshwj xeeb txog kev noj qab haus huv nyob hauv pab pawg koom tes rau cov neeg tso npe uas yog poj niam nyob hauv pab pawg koom tes rau cov poj niam cov kev pab cuam saib xyuas kev noj qab haus huv li txhua zaum thiab rau fab kev tiv thaiv kab mob.

Yog tias koj cov kws muab kev pab cuam hauv peb txoj phiaj xwm pab pawg koom tes rau kev kho mob tshwj xeeb tsis muaj siv, nws yog peb txoj phiaj xwm lub luag hauj lwm yuav nrhiav cov kws muab kev pab cuam kho mob tshwj xeeb uas nyob sab nraud ntawm pab pawg koom tes uas yuav muab kev saib xyuas kho mob uas tsim nyog tau rau koj. Hauv qhov teeb meem no, koj tsuas yuav them kev sib faib tus nqi nyob hauv pab pawg koom tes xwb. Yog tias koj pom tias koj tus kheej nyob rau hauv qhov xwm txheej uas tsis muaj cov kws kho mob paub tshwj xeeb hauv peb txoj phiaj xwm pab pawg koom tes uas duav roos qhov kev pab cuam uas koj xav tau ntawd

CHƯƠNG 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

lawm, hu rau peb txoj phiaj xwm kom tau cov ntaub ntawv qhia paub txog qhov yuav mus nrhiav kom tau txais qhov kev pab cuam no ntawm kev sib faib tus nqi hauv pab pawg koom tes.

Yog tias koj muaj teeb meem dab tsi txog kev muab ntaub ntawv qhia paub los ntawm peb txoj phiaj xwm hauv ib hom ntawv uas nkag cuag tau thiab tsim nyog rau koj, mus ntsib tus kws kho mob paub tshwj xeeb txog kev noj qab haus huv ntawm poj niam los sis kev nrhiav tus kws kho mob paub tshwj xeeb hauv pab pawg koom tes, ces hu tuaj sau ntawv hais txog kev tsis txaus siab nrog Cov Chaw Pab Cuam Rau Tswv Cuab. Koj kuj tuaj yeem foob lus kev tsis txaus siab tau nrog Medicare los ntawm kev hu rau 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) los sis ncaj qha mus rau Office for Civil Rights 1-800-368-1019 los sis TTY 1-800-537-7697.

Seksyon 1.1 Dapat kaming magbigay ng impormasyon sa paraang madali para sa inyo at naaayon sa inyong mga sensitivity sa kultura (sa mga wika bukod sa Ingles, audio, braille, malaking print, o iba pang alternatibong format, atbp.)

Kailangang tiyakin ng aming plano na ang lahat ng serbisyo, klinikal man o hindi klinikal, ay maibibigay sa isang paraang may kultural na pag-iingat at accessible sa lahat ng enrollee, kabilang na ang mga may limitadong kaalaman sa Ingles, limitadong kaalaman sa pagbabasa, problema sa pandinig, o mga taong may iba't ibang kultural at etnikong pinagmulan. Kabilang sa mga halimbawa kung paano puwedeng tugunan ng aming plano ang mga kinakailangang ito sa accessibility ang, pero hindi limitado sa, pagbibigay ng mga serbisyo ng tagasalin, serbisyo ng interpreter, teletypewriter, o koneksyon sa TTY (text telephone o teletypewriter phone).

Ang aming plano ay may libreng serbisyo sa interpretasyon na handang sumagot sa mga tanong ng mga miyembrong hindi nagsasalita ng Ingles. Puwede ka rin naming bigyan ng mga materyales sa mga wika bukod sa Ingles kasama ang Tsino, Koreano, Hmong, Tagalog, Laotian, Cambodian/Khmer, Vietnamese, Hawaiian, Hapon, Samoan, Thai, Ilocano, Burmese, Karen, Turkish, Uzbek at audio, braille, malaking print, o iba pang alternatibong format nang libre kung kailangan mo ito. Inaatasan kaming bigyan kayo ng impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng aming plano sa isang format na accessible at naaangkop para sa inyo. Para makakuha ng impormasyon mula sa amin sa paraang gumagana para sa inyo, tumawag sa numero ng Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-888-846-4262 (Dapat tumawag ang mga user ng TTY sa 711).

Kailangan ng aming plano na bigyan ang mga babaeng enrollee ng opsyon para direktang mag-access ng espesyalista sa kalusugan ng kababaihan na nasa network para sa mga regular at pang-agap na serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan ng mga kababaihan.

Kung walang available na tagapagbigay ng serbisyong nasa network ng aming plano para sa isang specialty, responsibilidad ng aming plano na maghanap ng mga specialty na tagapagbigay ng serbisyong nasa labas ng network na magbibigay sa inyo ng kinakailangang pangangalaga. Sa ganitong sitwasyon, ang bahagian sa gastos na nasa network lang ang babayaran ninyo. Kung nasa sitwasyon kayo kung saan walang espesyalista sa network ng aming plano na sumasaklaw sa serbisyong kailangan ninyo, tawagan ang aming plano para malaman kung saan pupunta para makuha ang serbisyong ito sa bahagian sa gastos na nasa network.

CHƯƠNG 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

Kung mayroon kayong anumang problema sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano sa isang format na accessible at naaangkop sa inyo, pagpapatingin sa espesyalista sa kalusugan ng kababaihan, o paghahanap ng espesyalista sa network, tumawag para maghain ng karaingan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro. Puwede rin kayong maghain ng reklamo sa Medicare sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o nang direkta sa Office for Civil Rights sa 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

ພາກທີ 1.1

ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນວິທີການທີ່ເໝາະສົມສໍາລັບທ່ານແລະສອດຄ່ອງກັບຄວາມອ່ອນໄຫວທາງວັດທະນະທຳຂອງທ່ານ (ໃນພາສາອື່ນນອກຈາກພາສາອັງກິດ, ສຽງ, ຕົວອັກສອນ, ພິມໃຫຍ່, ຫຼືຮູບແບບສະຫຼັບອື່ນໆ, ແລະອື່ນໆ)

ຖ້າບັນເລື່ອງຈຳເປັນທີ່ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາແມ່ນຕ້ອງຮັບປະກັນວ່າການບໍລິການທັງຫມົດ, ທັງທາງດ້ານຄວິນິກ ແລະບໍ່ແມ່ນທາງດ້ານຄວິນິກ, ໄດ້ໃຫ້ບໍລິການລັກສະນະທີ່ເໝາະສົມທາງວັດທະນະທຳ ແລະ ສາມາດເຂົ້າເຖິງທຸກຄົນ, ລວມທັງຜູ້ທີ່ມີຄວາມຮູ້ພາສາອັງກິດທີ່ຈຳກັດ, ທັກສະການອ່ານທີ່ຈຳກັດ, ຄວາມບໍ່ສາມາດໄດ້ຍິນ, ຫຼືຜູ້ທີ່ມີພື້ນຖານວັດທະນະທຳແລະຊົນເຜົ່າທີ່ຫຼາກຫຼາຍ.

ຕົວຢ່າງຂອງວິທີການທີ່ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາສາມາດຕອບສະຫນອງຄວາມຕ້ອງການການເຂົ້າເຖິງເຫຼົ່ານີ້ໄດ້ ລວມມີແຕ່ບໍ່ຈຳກັດ, ການສະຫນອງການບໍລິການແປພາສາ, ບໍລິການວ່າມແປພາສາ, ເຄື່ອງພິມດິດໂທລະເລກ, ຫຼື TTY (ໂທລະສັບຂໍ້ຄວາມຫຼື ໂທລະສັບພິມດິດໂທລະເລກ).

ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາມີບໍລິການວ່າມແປພາສາພຣິສາລັບສະມາຊິກທີ່ບໍ່ສະເວົ້າພາສາອັງກິດ.

ພວກເຮົາສາມາດສະໜອງຂໍ້ມູນຕ່າງໆເປັນ ເປັນພາສາອື່ນໆນອກຈາກພາສາອັງກິດ ລວມມີ ຈີນ, ເກົາຫຼີ, ມົ້ງ, ຕາກາລັອດຟາ, ລາວ, ກຳປູເຈຍ/ຂະເມນ, ຫວຽດນາມ, ຮາວາຍ, ຍີ່ປຸ່ນ, ຊາມົວ, ໄທ, ອິໂລກາໃນ, ມຽນມາ, ຄາເລັນ, ເຕີກກີ, ອູເບກສະຖານ ແລະ ສຽງ, ຕົວອັກສອນນູນ, ພິມໃຫຍ່, ຫຼືຮູບແບບສະຫຼັບອື່ນໆໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆຖ້າທ່ານຕ້ອງການ.

ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບພົນປະໂຫຍດຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ແລະເໝາະສົມສໍາລັບທ່ານ. ເພື່ອຮັບຂໍ້ມູນຈາກພວກເຮົາໃນຮູບແບບທີ່ສະດວກສໍາລັບທ່ານ, ໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທ 711).

ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້ທາງເລືອກແກ່ຜູ້ລົງທະບຽນເພດຍິງ

ໃນການເຂົ້າເຖິງຜູ້ລົງທະບຽນດ້ານສຸຂະພາບສໍາລັບຜູ້ຍິງພາຍໃນເຄືອຂ່າຍໂດຍກົງເພື່ອສະໜອງການບໍລິການເບິ່ງແຍງປະຈຳວັນ ແລະ ການປ້ອງກັນ.

ຖ້າບໍ່ມີຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາສໍາລັບບໍລິການສະເພາະທາງ, ມັນເປັນຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາທີ່ຈະຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການພິເສດຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍທີ່ຈະສະຫນອງການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນໃຫ້ທ່ານ. ໃນກໍລະນີດັ່ງກ່າວ, ທ່ານຈະໄດ້ຈ່າຍສະເພາະຄ່າແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍເທົ່ານັ້ນ.

ຖ້າທ່ານພົບວ່າຕົວທ່ານເອງຢູ່ໃນສະຖານະການ

ທີ່ບໍ່ມີຜູ້ລົງທະບຽນໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາທີ່ກວມເອົາການບໍລິການທີ່ທ່ານຕ້ອງການ, ໃຫ້ໂທຫາແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາເພື່ອຂໍຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບບ່ອນທີ່ຈະໄປຮັບການບໍລິການນີ້ ໃນການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍ.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີບັນຫາໃດໜຶ່ງໃນການຮັບຂໍ້ມູນຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ ແລະເໝາະສົມສໍາລັບທ່ານ, ເຂົ້າພົບຜູ້ລົງທະບຽນດ້ານສຸຂະພາບແມ່ຍິງ ຫຼື ຄົນຫາຜູ້ລົງທະບຽນໃນເຄືອຂ່າຍ, ໂທເພື່ອອີ້ນຄໍາຮ້ອງທຸກກັບຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ. ນອກນັ້ນທ່ານຍັງສາມາດອີ້ນຄໍາຮ້ອງທຸກກັບ Medicare

CHƯƠNG 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

ໂດຍການໂທຫາ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ຫຼືໂດຍກົງກັບ Office for Civil Rights ທີ່ເບີ 1-800-368-1019 ຫຼື TTY 1-800-537-7697.

ផ្នែក 1.1 ເພິ່ນត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន និងតាមលក្ខណៈសមស្របຂាងវប្បធម៌របស់អ្នក (ជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ជាសំឡេង អក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ពុម្ពអក្សរធំ ឬទម្រង់ជំនួសផ្សេងទៀតជាដើម)

គម្រោងរបស់យើងត្រូវបានទាមទារឱ្យធានាថា សេវាកម្មទាំងអស់ ទាំងផ្នែកគ្លីនិក និងមិនមែនផ្នែកគ្លីនិក ត្រូវបានផ្តល់ជូនក្នុងលក្ខណៈដែលមានសមត្ថភាពខាងផ្នែកវប្បធម៌ ហើយអាចផ្តល់លទ្ធភាពប្រើប្រាស់ដល់អ្នកចុះឈ្មោះទាំងអស់ រួមទាំងអ្នកដែលមានជំនាញភាសាអង់គ្លេសមានកម្រិត ជំនាញមានកម្រិត អសមត្ថភាពក្នុងការស្តាប់ ឬអ្នកដែលមានប្រវត្តិវប្បធម៌ និងជាតិសាសន៍ចម្រុះ។ ឧទាហរណ៍អំពីរបៀបដែលគម្រោងរបស់យើងអាចបំពេញតាមតម្រូវការនៃលទ្ធភាពចូលប្រើប្រាស់ទាំងនេះរួមមាន ជាអាទិ៍ដូចជា ការផ្តល់ជូនសេវាអ្នកបកប្រែឯកសារ សេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ អ្នកសរសេរទូរលេខ ឬការភ្ជាប់ TTY (ទូរសព្ទជាអក្សរ ឬទូរសព្ទជាទូរលេខ)។

គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដែលអាចឆ្លើយនឹងសំណួរពីសមាជិកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។ យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឯកសារជា ភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសរួមមាន ចិន, កូរ៉េ, ម៉ុង, តាកាឡុក, ឡាវ, កម្ពុជា/ខ្មែរ, វៀតណាម, ហាវ៉ៃ, ជប៉ុន, សាម៉ូ, ថៃ, អាមេរិក, កាវ៉ែន, ទួរគី, អ៊ីសបេក និង អូឌីយ៉ូ អក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ជាពុម្ពអក្សរធំ ឬជាទម្រង់ទ្រាយជំនួសផ្សេងទៀតដោយមិនគិតថ្លៃប្រសិនបើអ្នកត្រូវការវា។ យើងត្រូវបានតម្រូវឱ្យផ្តល់ជូនអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើងក្នុងទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបាន និងសមស្របសម្រាប់អ្នក។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានពីយើងតាមរបៀបមួយដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711)។

គម្រោងរបស់យើងត្រូវបានតម្រូវឱ្យផ្តល់ឱ្យអ្នកចុះឈ្មោះជាស្ត្រីនូវជម្រើសនៃការចូលទៅជួបអ្នកឯកទេសសុខភាពស្ត្រីដោយផ្ទាល់នៅក្នុងបណ្តាញសម្រាប់សេវាសុខភាពជាប្រចាំ និងការថែទាំបង្ការជំងឺរបស់ស្ត្រី។

ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញសម្រាប់ឯកទេសមួយមិនមានទេ វាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់គម្រោងរបស់យើងក្នុងការស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវាឯកទេសនៅក្រៅបណ្តាញ ដែលនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការថែទាំចាំបាច់នោះ។ ក្នុងករណីនេះ អ្នកនឹងចំណាយតែលើការចែករំលែកថ្លៃចំណាយក្នុងបណ្តាញប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងស្ថានភាពដែលមិនមានអ្នកឯកទេសនៅក្នុងបណ្តាញគម្រោងរបស់យើង ដែលធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មដែលអ្នកត្រូវការ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីកន្លែងដែលត្រូវទៅទទួលបានសេវាកម្មនេះដោយមានការចែករំលែកថ្លៃចំណាយក្នុងបណ្តាញ។ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងក្នុងទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន និងសមស្របសម្រាប់អ្នក ក្នុងការជួបអ្នកឯកទេសខាងសុខភាពស្ត្រី ឬការស្វែងរកអ្នកឯកទេសក្នុងបណ្តាញ សូមទូរសព្ទទៅដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខជាមួយផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ Medicare ដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ឬដោយផ្ទាល់ជាមួយការិយាល័យ Office for Civil Rights 1-800-368-1019 ឬ TTY 1-800-537-7697។

Phần 1.1 Chúng tôi phải cung cấp thông tin cho quý vị bằng những hình thức mà quý vị sử dụng được và phù hợp với những khác biệt về văn hóa của quý vị (bằng những

CHƯƠNG 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, âm thanh, chữ nổi, bản in khổ chữ lớn hoặc những định dạng thay thế khác, v.v.)

Chương trình của chúng tôi được yêu cầu đảm bảo tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp một cách có hiểu biết về văn hóa và dễ tiếp cận đối 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 nguồn gốc văn hóa và dân tộc đa dạng. Ví dụ về cách chương trình của chúng tôi có thể đáp ứng yêu cầu về khả năng dễ sử dụng này bao gồm, nhưng không giới hạn chỉ là cung cấp dịch vụ biên dịch, dịch vụ phiên dịch, máy đánh chữ điện báo hoặc kết nối TTY (điện thoại văn bản).

Chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp thắc mắc của các thành viên không sử dụng tiếng Anh. Chúng tôi có thể cung cấp tài liệu bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, bao gồm tiếng Trung, tiếng Hàn, tiếng Hmong, tiếng Tagalog, tiếng Lào, tiếng Campuchia/Khmer, tiếng Việt, tiếng Hawaii, tiếng Nhật, tiếng Samoa, tiếng Thái, tiếng Ilocano, tiếng Miến Điện, tiếng Karen, tiếng Thổ Nhĩ Kỳ, tiếng Uzbek và âm thanh, chữ nổi, bản in khổ chữ lớn hoặc những định dạng thay thế khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi phải cung cấp thông tin về các phúc lợi của chương trình theo định dạng dễ truy cập và thích hợp cho quý vị. Để lấy thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, hãy gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY gọi số 711).

Chương trình của chúng tôi phải cung cấp cho người ghi danh là phụ nữ tùy chọn tiếp cận trực tiếp bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ trong mạng lưới đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe phòng ngừa và định kỳ của phụ nữ.

Nếu không có bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới của chương trình, chương trình của chúng tôi phải có trách nhiệm tìm bác sĩ chuyên khoa ngoài mạng lưới để cung cấp dịch vụ chăm sóc cần thiết cho quý vị. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chỉ thanh toán phần chia sẻ chi phí dịch vụ trong mạng lưới. Nếu quý vị cho rằng mình đang trong tình huống là không có bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới chương trình của chúng tôi bao trả cho dịch vụ mà quý vị cần, hãy gọi chương trình để biết thông tin về nơi nhận dịch vụ này mà quý vị chỉ thanh toán phần chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi theo định dạng dễ sử dụng và phù hợp cho quý vị, thăm khám với bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ hoặc tìm bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới, vui lòng gọi để nộp đơn khiếu nại tới Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại với Medicare bằng cách gọi theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc gọi trực tiếp đến Office for Civil Rights theo số 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

Māhele 1.1 Pono mākou e hā'awi i ka 'ike ma ke 'ano e hana ai no 'oe a kūlike me kāu mau mana'o mo'omeheu (ma nā 'ōlelo 'ē a'e ma mua o ka Pelekania, ke kani, ka braille, ka pa'i nui, a i 'ole nā format 'ē a'e, a pēlā aku.)

O kā mākou ho'olālā e hō'oi'a'i'o 'ia nā lawelawe a pau, he lapa'au a 'a'ole lapa'au paha, e hā'awi 'ia ma ke 'ano he ho'omaika'i mo'omeheu a loa'a i nā mea kau inoa a pau, me nā mea e pili ana i ka 'ole o ka 'ike Pelekania, ka hiki 'ole i ka heluhelu 'ana, hiki 'ole i ka lohe, a i 'ole nā mea i loa'a nā mo'omeheu a me nā kumu ha'awina. O nā la'ana o ke 'ano e hiki ai i kā mākou ho'olālā ke

CHƯƠNG 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

ho'okō i kēia mau koi hiki ke komo akā 'a'ole i kaupalena 'ia, ka ho'olako 'ana i nā lawelawe unuhi, nā lawelawe unuhi 'ōlelo, teletypewriters, a i 'ole ka pilina TTY (kelepona a kelepona a i 'ole kelepona kākau kelepona).

Loa'a nā lawelawe unuhi manuahi kā mākou ho'olālā e pane i nā nīnau mai nā lālā 'a'ole 'ōlelo Pelekania. Hiki iā mākou ke hā'awi iā 'oe i nā mea i loko nā 'ōlelo 'ē a'e ma waho o ka 'ōlelo Pelekania komo Pākē, Kolea, Mona, Laokia, Cambodian/Khmer, Vietnamese, 'Ōlelo Hawai'i, Kepanī, Sāmoa, Kailani, 'Ilocano, Pulumī, Karen, Tureke, 'Uzbek a leo, braille, pa'i nui, a i 'ole nā 'ano 'ē a'e me ka uku 'ole inā pono 'oe. Pono mākou e hā'awi iā 'oe i ka 'ike e pili ana i nā pomaikai o mākou ho'olālā i kahi 'ano e kūpono a kūpono ho'i no 'oe. No ka loa'a 'ana o ka 'ike mai iā mākou ma ke 'ano kūpono iā 'oe, e kelepona iā Nā lawelawe Lālā ma 1-888-846-4262 (Kāhea nā mea ho'ohana TTY 711).

Pono ka ho'olālā e hā'awi i nā wāhine i kau inoa i ke koho pololei i ka mea 'ike ola wahine i loko o ka pūnaeweale no nā lawelawe mālama ola wahine ma'amau a me nā lawelawe mālama olakino pale.

Inā 'a'ole i loa'a nā mea ho'olako i ka pūnaeweale o kā mākou ho'olālā no kahi kūikawā, 'o kā mākou kuleana ke kuleana e 'imi i nā mea ho'olako kūikawā ma waho o ka pūnaeweale nāna e hā'awi iā 'oe i ka mālama pono. Ma kēia hihia, e uku wale 'oe i ka ka'ana like koina o ka pūnaeweale. Inā 'ike 'oe iā 'oe iho i kahi kūlana 'a'ohe mea loea i kā mākou pūnaeweale ho'olālā e uhi ana i kahi lawelawe āu e pono ai, e kelepona i kā mākou ho'olālā no ka 'ike ma kahi e hele ai e ki'i i kēia lawelawe ma ka ka'ana like 'ana i nā kumukū'ai pūnaeweale.

Inā pilikia 'oe i ka loa'a 'ana o ka 'ike mai kā mākou ho'olālā ma kahi 'ano i hiki ke loa'a a kūpono iā 'oe, ke 'ike 'ana i kahi loea olakino wahine a i 'ole ka 'imi 'ana i kahi loea pūnaeweale, kelepona e waiho i ka hoopii me ka Nā lawelawe Lālā. Hiki iā 'oe ke ho'opi'i pololei me Medicare ma ka kelepona 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) a i 'ole pololei me ka Office for Civil Rights 1-800-368-1019 i 'ole TTY 1-800-537-7697.

セクション 1.1 弊社は、お客様の文化的感受性（英語以外の言語、音声、点字、文字サイズの大きい印刷、その他の代替形式など）に一致する情報を提供する必要があります。

プランでは、臨床と非臨床の両方のサービスが、すべて文化的能力のある方法で提供され、英語の能力や読解力に制限のある方や聴覚障がいのある方、あるいはさまざまな文化のおよび民族的背景を持つ方など、すべての登録者がアクセスできるようにする必要があります。プランがこのようなアクセシビリティ要件を満たす例には、翻訳サービス、通訳サービス、テレタイプライター、またはTTY（テキスト電話またはテレタイプライター電話）接続などがありますが、これらに限定されません。

弊社プランでは、英語を話さない方からの質問に回答するための無料の通訳サービスが用意されています。また、資料を英語以外の次の言語: 中国語, 韓国語, モン語, タガログ語, ラオ語, カンボジア語/クメール語, ベトナム語, ハワイ語, 日本語, サモア語, タイ語, イロカノ語, ビルマ語, カレン語, トルコ語, ウズベク語 の音声、点字、文字サイズの大きい印刷、その他の代替形式で必要に応じて無償で提供します。弊社は、お客様がアクセスできる、適切な形式でプランの利点に

CHƯƠNG 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

関する情報を提供する必要があります。お客様に適した方法で弊社から情報を入手するには、会員サービス（1-888-846-4262）にお電話ください（TTYをご利用の場合は 711）。

弊社のプランでは、女性の皆様に日常のおよび予防的な医療サービスを提供するために、ネットワーク内の女性医療専門家に直接連絡を取れる選択肢を提供する必要があります。

プランの専門分野ネットワークに属する医療従事者が利用できない場合、プランの責任において、必要なケアを提供する医療従事者をネットワーク外で見つける必要があります。この場合、皆様はネットワーク内の費用共同負担分のみを支払うことになります。必要なサービスに対応する専門家がプランのネットワークにいない場合は、このサービスをネットワーク内の費用共同負担で受けるための方法についてプランまでお問い合わせください。

弊社のプランから、アクセス可能かつ適切な形式で情報を入手できない場合や、女性医療専門家と面談できない場合、またはネットワークの専門家を見つけることができない場合は、会員サービスまでご意見をお寄せください。また、1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）にお電話いただくか、あるいは Office for Civil Rights 1-800-368-1019 または TTY 1-800-537-7697 に直接お電話いただき、Medicare にご意見をお寄せいただくこともできます。

တၢ်နီၤဖး 1.1 ပကဘၣ်ဟ့ၣ်ထီၣ် တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤ လၢကျိၤကျဲလၢ အကဲထီၣ်တၢ်မၤစၢၤလၢနီၤဒီး အယူလိာ်ဖိးလိာ်သးဒီး နတၢ်ဆဲးတၢ်လၢ လၢကဘၣ်အိၣ်ဒီးတၢ်ပလီၤပဒိသး (လၢကျိၣ်တၢ်ကတိၤလၢ တမ့ၢ်ဘၣ် အဲကလံးကျိၣ်, ဒီးလၢတၢ်ဖိၣ်န့ၢ်တၢ်ကလုာ်, ပှၤမၢ်တထီၣ်တၢ်အလံာ်, လံာ်မၢ်ဖျါၣ်ဖးဒိၣ်, မ့တမ့ၢ် တၢ်အက့ၢ်အဂီၢ်အဂၤတဖၣ်, ဒီးဒိန့ၣ်အသိးတဖၣ်န့ၣ်လီၤ.)

တၢ်ကူစၢၤယါဘျါ ခံမၤလိာ်, န့ၣ်ဘၣ်တၢ်ဟ့ၣ်ထီၣ်အီၤလၢ လုၢ်လၢလၢအလၢပွဲၤဒီးတၢ်ဆဲးတၢ်လၢအကီၢ်အစီအပူၤဒီး ပှၤဆဲးလီၤမံၤခဲလၢ် ဒီးန့ၢ်အီၤကသု, ပၣ်ဃုာ်ဒီး ပှၤတဖၣ်လၢ စံးကတိၤအဲကလံးကျိၣ်တသ့ဂ့ၤဂ့ၤ, ဖးလံာ်တသ့ဂ့ၤဂ့ၤ, တၢ်န့ၢ်ဟူတၢ်ဂီၢ်ဘါစၢ်, မ့တမ့ၢ် ပှၤတဖၣ်လၢအိၣ်ဒီး တၢ်ဆဲးတၢ်လၢလၢ အလီၤဆီလိာ်သးဒီး ကလုာ်ဒုၣ်တၢ်စီၤစီၤဂီၢ်ထံး တလီၤကံလိာ်သးတဖၣ်အဂီၢ်န့ၣ်လီၤ. ပတၢ်တိာ်ကျဲၤအံၤ ထီၣ်ဘးဝဲဒၣ် တၢ်လိာ်ဘၣ်တဖၣ်လၢ တၢ်ဒီးန့ၢ်အီၤသ့ဒီးညီ ကသုဝဲဒိလဲၣ် အတၢ်အဒိအတၢ်အပူၤ ပၣ်ဃုာ်ဒီး တၢ်ဟ့ၣ်ထီၣ် ပှၤကွဲးကျိၣ်ထံတၢ် အတၢ်တိၤစၢၤမၤစၢၤတဖၣ်, ပှၤတဲကျိၣ်ထံတၢ် အတၢ်တိၤစၢၤမၤစၢၤတဖၣ်, တၢ်ကွဲးဆှၢလံာ်လၢလီၤတဲစီၤခိၣ်, မ့တမ့ၢ် TTY (တၢ်ကွဲးဆှၢတၢ်ကစီၣ်လၢလီၤတဲစီၤ မ့တမ့ၢ် တၢ်ကွဲးဆှၢလံာ်လၢလီၤတဲစီၤခိၣ်) တၢ်ဘျးစဲတဖၣ် သန့က့ တမ့ၢ်ဒၣ်ထဲ

ပတၢ်တိာ်ကျဲၤန့ၣ် အိၣ်ဒီးပှၤတဲကျိၣ်တၢ်ဒီးန့ၢ်အီၤသ့လၢဘျးလဲကလီၤ ဒ်သိးကစံးဆၢတၢ်သံကွၢ်တဖၣ်လၢ ပှၤကရူၢ်ဖိတဖၣ်လၢ စံးကတိၤအဲကလံးကျိၣ်တသ့တဖၣ်အဂီၢ်န့ၣ်လီၤ. ပဟ့ၣ်န့ၤ လံာ်လိာ်တၢ်ကွဲးနီၣ်ကွဲးယါတဖၣ်သ့ ခီဖျိ

CHƯƠNG 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

ကျိုက်တံကတိတဖန်လၢ တမ့ၢ်ဘၣ်အဲကလံးကျိၣ် ပၣ်ဃုာ်ဒီး တရူးကျိၣ် ခိၣ်ရံယါကျိၣ် ထဲးကလီးကျိၣ် လၢအိၣ်ကျိၣ် ဘုကၢ်လိၣ်ကျိၣ် ခၢ်ဘီဒိယါ/ခမၢ်ကျိၣ် ဘၣ်ယဲးန့ၢ်ကျိၣ် ဟၢ်ဝၣ်ယံၣ်ကျိၣ် ယပၣ်ကျိၣ် ဆမိအၢ်ကျိၣ် ယံၤကျိၣ် အံၣ်လိၣ်ခါနီၣ်ကျိၣ် ပယီၤကျိၣ် ကညီကျိၣ် တူၣ်ရကံၣ်ကျိၣ် အူစဘဲးကျိၣ် ဒီးတၢ်ဖိၣ်န့ၢ်တၢ်ကလုာ်, ပုၤမၢ်တထံၣ်တၢ်အလံာ်, လံာ်မၢ်ဖျါၣ်ဖးဒိၣ်, မ့တမ့ၢ် တၢ်အကွၢ်အဂီၢ်အဂၤတဖန် လၢတလၢ်ဘၣ်နကျိၣ်စ့ ဖဲနလိၣ်ဘၣ်အိၣ်အခါန့ၢ်လီၤ. ပဘၣ်တၢ်မၤလိာ်ပုၤလၢ ကဟ့ၣ်နၤ တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၣ်ဘၣ်ဃးဒီး ပတၢ်တိာ်ကျဲၤ အတၢ်န့ၢ်ဘျးတဖန်အဂ့ၢ် လၢတၢ်အကွၢ်အဂီၢ်တမံၤလၢ နဒီးန့ၢ်အိၣ်သ့ဒီးညီဒီး အကၢၤအဘၣ်လၢနဂီၢ်န့ၢ်လီၤ. လၢကဒီးန့ၢ် တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၣ်လၢပအိၣ် လၢကျိၣ်ကျဲၤလၢ အကဲထီၣ်တၢ်မၤစၢၤလၢနဂီၢ်အဂီၢ်, ကိးဘၣ် တၢ်တိစၢၤမၤစၢၤ ဖဲ 1-888-846-4262(ပုၤစူးကါ TTY တဖန် ကိးဘၣ် 711)တက့ၢ်.

ပတၢ်တိာ်ကျဲၤန့ၢ် ဘၣ်တၢ်မၤလိာ်အိၣ်လၢ ပုၤဆဲးလီၤမံၤလၢအမ့ၢ်ဟံၣ်မုၢ်တဖန်လၢ တၢ်ဃုထၢဘၣ်ဃးဒီး တၢ်ဒီးန့ၢ်ဘၣ် ဟံၣ်မုၢ်ဟံၣ်မၤတဖန် အဆူၣ်ချု ပုၤသ့ဘၣ်စဲၣ်နီၤလၢ ပုၤဘျးစဲလၢ ဟံၣ်မုၢ်ဟံၣ်မၤတဖန် အညီၣ်ဆူၣ်ချုတၢ်ကွၢ်ထွဲ တၢ်တိစၢၤမၤစၢၤဒီး တၢ်မၤကွၢ်ဆူၣ်ချုဒီးတၢ်ဆဲးကသံၣ်ဒိသဒါတၢ်ဆါအပူၤ လိၤလိၤအဂီၢ်န့ၢ်လီၤ.

ကသံၣ်သရၣ်တဖန်လၢ လၢတၢ်သ့တၢ်ဘၣ်စဲၣ်နီၤလီၤဆီတမံၤအဂီၢ်န့ၢ် တၢ်ဒီးန့ၢ်အိၣ်မ့ၢ်တသ့ဘၣ်အယံ, တၢ်အိၣ်မ့ၢ်ပတၢ်တိာ်ကျဲၤအမူအဒါလၢ ကယုထံၣ်သ့ၣ်ညါ ကသံၣ်သရၣ်ကူစါလီၤဆီတၢ်လၢ ပုၤဘျးစဲအချု လၢကဟ့ၣ်လီၤနၤ တၢ်ကွၢ်ထွဲလၢအလိၣ်အဂီၢ်န့ၢ်လီၤ. တၢ်မၤအသးဒိသိးအံၤအပူၤ, နကဘၣ်ဟ့ၣ်ဒ်ထဲ ပုၤဘျးစဲပူၤ တၢ်ဟ့ၣ်သဃဲၤ ဘူးလဲန့ၢ်လီၤ. နမ့ၢ်ထံၣ်သ့ၣ်ညါလီၤကွၢ်နသးလၢ နဘၣ်ကွၢ်ဆၢၣ်မၢ်တၢ်အိၣ်သးတမံၤ ဖဲလၢပတၢ်တိာ်ကျဲၤအပုၤဘျးစဲအပူၤ ကသံၣ်သရၣ်ကူစါလီၤဆီတၢ်လၢ အကျါဘၢဟ့ၣ် တၢ်တိစၢၤမၤစၢၤတမံၤလၢနလိၣ်ဘၣ်အိၣ်တမံၤတအိၣ်ဝဲဘၣ်အခါ, ကိးဘၣ် ပတၢ်တိာ်ကျဲၤ လၢတၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၣ်ဘၣ်ဃးဒီး နကဘၣ်လဲၤဃုဒီးန့ၢ်တၢ်တိစၢၤမၤစၢၤအံၤဖဲလဲၣ်လၢ ပုၤဘျးစဲပူၤ တၢ်ဟ့ၣ်သဃဲၤဘူးလဲအဂီၢ်န့ၢ်လဲၣ်တက့ၢ်.

နမ့ၢ်အိၣ်ဒီး တၢ်ကီတၢ်ခဲတမံၤမံၤလၢ တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၣ်လၢပတၢ်တိာ်ကျဲၤအအိၣ် လၢတၢ်အကွၢ်အဂီၢ်တမံၤလၢ နဒီးန့ၢ်အိၣ်သ့ဒီးညီ ဒီး အကၢၤအဘၣ်လၢနဂီၢ်, လၢကထံၣ်လိာ်ဒုးန့ၢ်သးဒီး ဟံၣ်မုၢ်ဟံၣ်မၤအဆူၣ်ချု ပုၤသ့ဘၣ်စဲၣ်နီၤတဂၤ မ့တမ့ၢ် ဃုထံၣ်န့ၢ် ပုၤသ့ဘၣ်စဲၣ်နီၤလီၤဆီလၢ ပုၤဘျးစဲအပူၤတဂၤန့ၢ်, ကိးလီၤတဲစိလၢ ကဆၢထီၣ် တၢ်ဆိုးထီၣ်တၢ်သးတမံၤဆူ တၢ်တိစၢၤမၤစၢၤ ပုၤကရူၢ်ဖိ အတၢ်မၤန့ၢ်တက့ၢ်. နဆၢထီၣ် တၢ်သးတမံၤအဂ့ၢ်ဆူ Medicare ခီဖျိ နကိး 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) မ့တမ့ၢ် ဆူ ဝဲဒါးလၢ ထံဖိကီဖိခွဲးယာ်တဖန်အဂီၢ် (Office for Civil Rights) 1-800-368-1019 မ့တမ့ၢ် TTY 1-800-537-7697 သ့စ့ၢ်ကိးန့ၢ်လီၤ.

CHƯƠNG 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

Vaega 1.1 E tatau ona matou tu'uina atu fa'amatalaga i se auala e aoga mo oe ma ia ogatasi ma ou uiga fa'ale-aganu'u (i gagana e ese mai le Igilisi, fa'alogo, mata'itusi tetele, lomiga tetele, po'o isi faatulagaga fa'apitoa, ma isi.)

O la matou fuafuaga e mana'omia ina ia mautinoa o auaunaga uma, e le gata i falema'i ma e le o ni falema'i, o lo'o tu'uina atu i se tulaga fa'ale-aganu'u ma e mafai ona maua e tagata uma o lo'o lesitala, e aofia ai i latou e utiuti le tomai fa'aPeretania, fa'atapula'aina le faitau tusi, fa'alogo le fa'alogo, po'o i latou e eseese aganu'u ma aganu'u. O fa'ata'ita'iga o le auala e mafai ai e la matou fuafuaga ona ausia nei mana'oga avanoa e aofia ai ae le gata i, tu'uina atu o au'aunaga faaliliu, auaunaga fa'aliliu upu, teletypewriters, po'o le TTY (telefoni po'o le telefoni tusitusi telefoni) feso'ota'iga.

E maua i le matou fuafuaga tagata ma auaunaga mo le faaliliu upu maua fua e taliina atu fesili mai tagata e iai manaoga faapitoa ma tagata e le faaagaina le Gagana Peretania. E mafai fo'i ona matou avatu ia te oe meafaitino i totonu gagana e ese mai le Igilisi e aofia ai Saina, Kolea, Hmong, Tagalog, Laos, Cambodia/Kemea, Vitenami, Havaii, Iapani, Samoa, Thai, Ilokano, Pemesi, Kalene, Tuki, Usipeka ma leo, braille, lolomi tetele, po'o isi fa'asologa e leai se totogi pe a e mana'omia. Matou te mana'omia e tu'uina atu ia te oe fa'amatalaga e uiga i fa'amanuiaga o la matou penefiti fuafuaga i se faatulagaga e mafai ona maua ma talafeagai mo oe. Ina ia maua faamatalaga mai ia i matou i se auala e aoga mo oe, valaau le Auaunaga a Sui Usufono i 1-888-846-4262 (TTY users call 711).

E mana'omia i la matou fuafuaga le tu'uina atu i tama'ita'i o lo'o lesitalaina le filifiliga o le tu'uina sa'o atu i se foma'i fa'apitoa i le soifua maloloina o tama'ita'i i totonu o le feso'ota'iga mo tama'ita'i masani ma puipuiga o le soifua maloloina.

Afai e le o avanoa tagata o lo'o tu'uina atu i totonu o la matou fuafuaga feso'ota'iga mo se tomai fa'apitoa, o le matafaioi a la matou fuafuaga le su'eina o tagata e tu'uina atu fa'apitoa i fafo atu o le feso'ota'iga latou te tu'uina atu ia te oe le tausiga talafeagai. I le tulaga lea, e na'o le fa'asoaina o tau ile feso'ota'iga. Afai e te maua oe i se tulaga e leai ni tagata tomai faapitoa i la matou fuafuaga o feso'ota'iga e aofia ai se au'aunaga e te mana'omia, vala'au la matou fuafuaga mo fa'amatalaga po'o fea e te alu i ai e maua ai lenei auaunaga ile fefa'asoa'i tau feso'ota'iga.

Afai e iai sau fa'afitauli i le mauaina o fa'amatalaga mai la matou fuafuaga i se faatulagaga e mafai ona maua ma talafeagai mo oe, va'ai se foma'i fa'apitoa mo le soifua maloloina o tama'ita'i po'o le su'eina o se foma'i fa'apitoa i feso'ota'iga, valaau e tuuina atu se faasea i le Auaunaga mo Sui Resitala. E mafai fo'i ona fai sau faasea ile Medicare ile vala'au ile 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) pe tuusa'o ile Office for Civil Rights 1-800-368-1019 po'o le TTY 1-800-537-7697.

CHƯƠNG 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

Phần 1.1 **Chúng tôi phải cung cấp thông tin về các dịch vụ mà chúng tôi có thể cung cấp cho bạn và các lựa chọn của bạn về các dịch vụ y tế (bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, bằng chữ Braille, bằng chữ nổi, bằng hình ảnh hoặc bằng các phương tiện khác)**

Chúng tôi cam kết cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho tất cả mọi người, bất kể họ nói ngôn ngữ gì hoặc có khả năng gì. Chúng tôi có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho bạn bằng các phương tiện khác ngoài tiếng Anh, bằng chữ Braille, bằng chữ nổi, bằng hình ảnh hoặc bằng các phương tiện khác. Chúng tôi có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho bạn bằng các phương tiện khác ngoài tiếng Anh, bằng chữ Braille, bằng chữ nổi, bằng hình ảnh hoặc bằng các phương tiện khác. Chúng tôi có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho bạn bằng các phương tiện khác ngoài tiếng Anh, bằng chữ Braille, bằng chữ nổi, bằng hình ảnh hoặc bằng các phương tiện khác.

Chúng tôi có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho bạn bằng các phương tiện khác ngoài tiếng Anh, bằng chữ Braille, bằng chữ nổi, bằng hình ảnh hoặc bằng các phương tiện khác. Chúng tôi có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho bạn bằng các phương tiện khác ngoài tiếng Anh, bằng chữ Braille, bằng chữ nổi, bằng hình ảnh hoặc bằng các phương tiện khác. Chúng tôi có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho bạn bằng các phương tiện khác ngoài tiếng Anh, bằng chữ Braille, bằng chữ nổi, bằng hình ảnh hoặc bằng các phương tiện khác.

Chúng tôi cam kết cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho tất cả mọi người, bất kể họ nói ngôn ngữ gì hoặc có khả năng gì. Chúng tôi có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho bạn bằng các phương tiện khác ngoài tiếng Anh, bằng chữ Braille, bằng chữ nổi, bằng hình ảnh hoặc bằng các phương tiện khác.

Hãy gọi cho chúng tôi để biết thêm thông tin về các dịch vụ mà chúng tôi có thể cung cấp cho bạn. Chúng tôi có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho bạn bằng các phương tiện khác ngoài tiếng Anh, bằng chữ Braille, bằng chữ nổi, bằng hình ảnh hoặc bằng các phương tiện khác.

Trong trường hợp này, chúng tôi sẽ cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho bạn bằng các phương tiện khác ngoài tiếng Anh, bằng chữ Braille, bằng chữ nổi, bằng hình ảnh hoặc bằng các phương tiện khác. Chúng tôi có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho bạn bằng các phương tiện khác ngoài tiếng Anh, bằng chữ Braille, bằng chữ nổi, bằng hình ảnh hoặc bằng các phương tiện khác.

Hãy gọi cho chúng tôi để biết thêm thông tin về các dịch vụ mà chúng tôi có thể cung cấp cho bạn. Chúng tôi có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho bạn bằng các phương tiện khác ngoài tiếng Anh, bằng chữ Braille, bằng chữ nổi, bằng hình ảnh hoặc bằng các phương tiện khác. Chúng tôi có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho bạn bằng các phương tiện khác ngoài tiếng Anh, bằng chữ Braille, bằng chữ nổi, bằng hình ảnh hoặc bằng các phương tiện khác.

Bölüm 1.1 Bilgileri, sizin için uygun olan ve kültürel hassasiyetlerinizle tutarlı bir biçimde sunmaktayız (İngilizce dışındaki dillerde, sesli olarak, Braille alfabesiyle, büyük baskıyla veya diğer alternatif biçimlerde vb.)

Hem klinik hem de klinik dışı tüm hizmetlerin, kültürel açıdan yetkin bir şekilde sunulmasını ve İngilizce yeterliliği sınırlı olanlar, okuma becerileri sınırlı olanlar, işitme güçlüğü olanlar ya da kültürel ve etnik kökenleri farklı olanlar dahil olmak üzere, tüm kayıtlı kişilerle etkin iletişim olmasının sağlanması amacıyla planımız gereklidir. Planımızın bu erişilebilirlik gerekliliklerini nasıl

CHƯƠNG 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

karşılatabileceğine ilişkin örnekler arasında, çevirmen hizmetleri, tercüman hizmetleri, teleksler veya TTY (yazı çıktı cihaz veya teleks telefonu) yer almakla birlikte, örnekler bunlarla sınırlı değildir.

Planımızda, İngilizce konuşmayan üyelerden gelen soruları yanıtlamak için ücretsiz tercüman hizmetleri vardır. İhtiyacınız varsa Çince, Korece, Hmong dili, Tagalogca, Laosça, Kamboçça/Kmerce, Vietnamca, Hawaii Dili, Japonca, Samoaca, Tayca, Ilocano Dili, Birmanca, Karence, Türkçe, Özbekçe dahil olmak üzere İngilizce dışındaki dillerde ve sesli, Braille alfabesinde, büyük baskılı veya diğer alternatif biçimlerde materyalleri de ücretsiz olarak sunabiliriz. Planımızda kapsanan haklar hakkında erişilebilir ve sizin için uygun olan bir biçimde size bilgi verme yükümlülüğümüz vardır. Sizin için uygun olan şekilde bilgi almak için 1-888-846-4262 (TTY kullanıcıları için 711) numarasını kullanarak Üye Hizmetlerini arayın.

Kadınların rutin ve önleyici sağlık hizmetleri için ağ içindeki bir kadın sağlık uzmanına doğrudan erişim seçeneğinin kadın kayıtlılara sunulması planımızda zorunludur.

Planımızın uzmanlık ağındaki sağlayıcılar kullanılamıyorsa gerekli bakımı sağlayacak olan, ağ dışında uzman sağlayıcılar bulmak planımızın sorumluluğundadır. Bu durumda, yalnızca ağ içi masraf paylaşımı için ödeme yaparsınız. Planımızın ağında, ihtiyacınız olan bir hizmeti kapsayan uzmanın bulunmadığı bir durumla karşılaşırsanız bu hizmeti ağ içi masraf paylaşımında nereden edinebileceğinizi öğrenmek amacıyla planımızı arayın.

Planımızdan, erişilebilir ve size uygun olan bir biçimde bilgi almakta, kadın sağlığı uzmanına görünmekte veya ağda bir uzman bulmakta sorun yaşıyorsanız bir şikayet bildiriminde bulunmak için lütfen Üye Hizmetlerini arayın. Ayrıca, 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) numaralı telefonu arayarak Medicare üzerinden veya doğrudan 1-800-368-1019 ya da TTY 1 800-537-7697 numaraları ile Office for Civil Rights üzerinden bir şikayette bulunabilirsiniz.

1.1-bo'lim. Biz sizga ma'lumotlarni qulay qilib va sizning madaniyatingizga (Ingliz tilidan boshqa tillarda, audioda, Brayl alifbosida, katta shriftda yoki alternativ formatlarda va h.k.) muvofiq holda yetkazib beramiz

Bizning rejamiz barcha xizmatlar – klinik va klinik bo'lmagan xizmatlar – madaniy jihatdan muvofiq ravishda va barcha ishtirokchilarga, shu jumladan, Ingliz tilisi cheklangan shaxslarga, o'qish qobiliyatida cheklov bo'lganlarga, eshita olmaydigan shaxslarga yoki boshqa madaniyat va irq vakillariga ochiq holatda taqdim etilishini kafolatlashni maqsad qiladi. Bu talablarga javob beruvchi usullar sifatida biz tarjimon xizmatlari bilan ta'minlanishni, yozma xabar operatorlarini, TTY (teleprinter) aloqasini misol qilishimiz mumkin.

Rejamiz ingliz tilida muloqot qilmaydigan a'zolar tomonidan beriladigan savollarga javob bera oladigan bepul tarjimonga ega. Shuningdek, biz sizga hech qanday to'lovsiz Inglizcha bo'lmagan ya'ni Xitoy, Koreyscha, Xmong, Tagalog, Laoscha, Kamboj tili/Xmer, Vyetnam tili, Hawayilik, Yaponcha, Samoan, Taycha, Ilokan, Birmancha, Karen, Turkcha, O'zbekcha materiallarni, audio, Brayl alifbosidagi, katta shriftdagi yoki boshqa muqobil shakldagi materiallarni taqdim etishimiz mumkin. Biz sizga rejamizning foydalari haqida siz uchun kerakli va qulay usulda ma'lumot

CHƯƠNG 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

berishimiz shart. Bizdan o'zingiz uchun qulay usulda ma'lumot olish uchun 1-888-846-4262 dagi A'zolarga Xizmat ko'rsatish markaziga qo'ng'iroq qiling (TTY 711 raqamiga qo'ng'iroq qiladilar).

Biz Ayollar turmushi va salomatlikni preventiv saqlash xizmatlari tarmog'ida ayol ishtirokchilarga ayollar salomatligi mutaxassisiga bevosita murojaat qilish imkonini bermoqchimiz.

Agar rejamiz tarmog'ida muayyan yo'nalishdagi tibbiy xizmatlar ta'minotchisi bo'lmasa, sizga g'amxo'rlik qiladigan muayyan tibbiy ta'minot mutaxassislarini tarmoq tashqarisida topib joylashtirish bizning majburiyatimizga kiradi. Bu vaziyatda siz faqatgina tarmoq ichidagi xarajatnigina to'lab berasiz. Agar sizga kerakli xizmatni taqdim eta oladigan mutaxassislar rejamiz tarmog'ida bo'lmasa, tarmoq ichidagi xarajat evaziga bu xizmatni ko'rsata oladigan manzil bo'yicha ma'lumot olish uchun bizning reja markazimizga qo'ng'iroq qiling.

Agar o'zingizga kerakli va qulay shaklda ma'lumot olishda biror muammoga uchrasangiz, ayollar salomatligi mutaxassisi bilan uchrashish yoki tarmoq mutaxassisini topish, shikoyat qoldirish uchun ishtirokchilarni qo'llab-quvvatlash markaziga qo'ng'iroq qiling. Shuningdek, siz Medicare'ga shikoyat qilish uchun 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ga qo'ng'iroq qilishingiz yoki bevosita 1-800-368-1019 yoki TTY 1-800-537-7697 raqamlari orqali Fuqarolar huquqlari boshqarmasi (Office for Civil Rights)ga murojaat qilishingiz mumkin.

Seksion 1.1 Nasken nga ipaaymi ti impormasion iti wagas a maawatam ken maitunos iti kulturayo (kadagiti lengguahe a saan la nga Ingles, iti audio, iti braille, iti dadakkel nga imprenta wenno sabali pay a kasukat a pormat, ken dadduma pay)

Kasapulan ti planomi tapno masigurado nga amin a serbisio, ti klinikal ken saan a klinikal, ket maipaay iti wagas a maiyannatup iti kultura ken maakses dagiti amin a nagpalista, agraman dagiti nabeddengan ti panagsaoda iti Ingles, nabeddengan ti kabaelanda iti panagbasa, disabilidad ti panagdengngeg, wenno dagitay addaan kadagiti agduduma a nagappuan a kultura ken etnisidad. Iraman dagiti pagarigan no kasano a masabat ti maysa a planomi dagitoy a kasapulan iti aksesibilidad ti ngem saan a nabeddengan ti, panangipaay kadagiti serbisio iti panangiyulog ti sabali a pagsasao, serbisio ti panangitarus, dagiti teletypewriter, wenno koneksion iti TTY (text a telepono wenno teletypewriter a telepono).

Ti planomi ket addaan kadagiti tattao ken kadagiti libre a serbisio ti tagaipatarus a sidadaan a sumungbat kadagiti saludsod manipud kadagiti baldado ken miembro a saan nga Ingles ti pagsasaona. Mabalini pay nga ited kadakayo dagiti material iti pagsasao malaksid iti Ingles a pakairamanan ti Chinese, Korean, Hmong, Tagalog, Laotian, Cambodian/Khmer, Vietnamese, Hawaiian, Japanese, Samoan, Thai, Ilocano, Burmese, Karen, Turkish, Uzbek ken audio, braille, iti dadakkel nga imprenta, wenno dadduma pay a kasukat a pormat nga awan ti magastos no kasapulam dayta. Makalikagumkami a mangipaay kenka iti impormasion a maipapan kadagiti benepisio ti planomi iti pormat a maakses ken maitutop para kenka. Tapno makaala iti impormasion manipud kadakami iti wagas nga agtrabaho para kenka, tawagan ti Serbisio dagiti Miembro iti 1-888-846-4262 (TTY users ti tawagan 711).

CHƯƠNG 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

Maikalikagum iti planomi a mangted kadagiti babbai a nagpalista iti pagpilian iti direkta nga access iti espesialista iti salun-at dagiti babbai iti uneg ti network para kadagiti serbisio ti rutina ken manglapped a panangtaripato ti salun-at kadagiti babbai.

Nu dagiti tagaipaay ti network ti planomi para ti espesialidad ket saan a sidadaan, rebbengen ti planomi nga agbirok kadagiti tagaipaay ti espesialidad iti ruar ti planomi a mangipaay kenka ti kasapulan a panangtaripato. Iti daytoy a kasasaad, bayadam laeng ti cost sharing iti uneg ti network. Nu addaka ti kasasaad nga awan dagiti espesialista iti network ti planomi a mangsakup ti serbisio a kasapulam, tawagan ti planomi para iti impormasion nu sadinno ti papanam tapno magun-od daytoy a serbisio ti cost-sharing iti uneg ti network.

No marigrigatanka a mangala ti impormasion manipud ti planomi iti pormat a maakess ken naiparbeng para kenka, pannakipagkita kadagiti espesialista ti salun-at dagiti babbai wenno panagbirok ti espesialista ti network, maidawat a tumawag tapno mangidatag ti asug iti Serbisio dagiti Miembro. Mabalinka pay a mangidatag iti reklamo iti Medicare babaen ti panangtawag iti 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), wenno direkta iti Office for Civil Rights iti 1-800-368-1019 wenno TTY 1-800-537-7697.

အပိုင်း 1.1 သင့်အတွက် ကိုက်ညီအဆင်ပြေသော ယဉ်ကျေးမှုပိုင်းဆိုင်ရာ အကဲဆတ်မှုများကို အလေးဂရုပြုသည့် ပုံစံ (အင်္ဂလိပ်မဟုတ်သော ဘာသာစကားများ၊ အသံ၊ မျက်မမငြိ လက်စမ်းစာ၊ ပုံနှိပ်စာလုံးအကဲဖြင့် အခြားသော အစားထိုးပုံစံများ) အား အသုံးပြုရန် အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့က ပေးအပ်ရမည်ဖြစ်ပါသည်။

ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာနှင့် ပတ်သက်သည်ဖြစ်စေ မပတ်သက်သည်ဖြစ်စေ ဝန်ဆောင်မှုအားလုံးကို ယဉ်ကျေးမှုအရ အဆင့်အတန်းပြည့်မီသည့် နည်းလမ်းဖြင့် ပေးအပ်ခြင်းဖြစ်စေရန်နှင့် အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကားကျွမ်းကျင်မှု နိမ့်ပါးသူများ၊ စာဖတ်စွမ်းရည် နိမ့်ပါးသူများ၊ အကဲဖြတ်ချိန်တွင်သူများနှင့် ကွဲပြားစွာလင်သော ယဉ်ကျေးမှုနှင့် လူမျိုးရေးနောက်ခံများကို ပိုင်ဆိုင်ထားသူများအပါအဝင် စာရင်းသွင်းသူအားလုံးအတွက် လွယ်လင့်တကူလက်လှမ်းမီနိုင်စေရန် ကျွန်ုပ်တို့၏အစီအစဉ်က စီမံပေးရပါမည်။ ထိုသို့သော လွယ်လင့်တကူလက်လှမ်းမီနိုင်ရေးဆိုင်ရာ လိုအပ်ချက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ ဖညှိဆည်းပေးနိုင်မည့် နည်းလမ်းများမှာ ဘာသာပြန်ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် စကားပြောဝန်ဆောင်မှုများ၊ ဖုန်းထဲမှပြောစကားကို စာသားဖြင့်ပြောင်းသော စက်များနှင့် TTY (စာသားဖြင့်ဆက်သွယ်သော တယ်လီဖုန်း သို့မဟုတ် TTY ဖုန်း) ဖြင့် ချိတ်ဆက်မှုများအား စီစဉ်ပေးခြင်း စသည်တို့ဖြစ်ပါသည်။

CHƯƠNG 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

အင်္ဂလိပ်မဟုတ်သော ဘာသာစကားကို ပြောဆိုသည့် မန်ဘာဝင်များ၏ မေးခွန်းများကို ဖြေဆိုပေးရန်အတွက်လည်း ကျွန်ုပ်တို့၏အစီအစဉ်တွင် အခမဲ့ စကားပန်နီဆောင်မှုများ ရယူနိုင်ပါသည်။ စာရွက်စာတမ်းများကို

ဤသည်တို့အပါအဝင် အင်္ဂလိပ်မဟုတ်သော ဘာသာစကားများဖြင့် ပေးအပ်နိုင်ပါသည်။ တရုတ် ကိုရီးယား မှ တဂါးလော့ဂ်အို ကမ္ဘာ့ဒီးယားခမာ ဟာဝိုင်ယီ ဂျပန် ဆာမိုအာ ထိုင်း အီလိုကာနို မန်မာ ကရင် တူရကီ ဥဇဘက် နှင့် သင်လိုအပ်ပါက အသံ၊ မျက်မမြင် လက်စမ်းစာ၊ ပုံနှိပ်စာလုံးအကဲဖြင့် အခြားသော အစားထိုးပုံစံများဖြင့်လည်း အခမဲ့ပေးအပ်နိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏အစီအစဉ်နှင့်ပတ်သက်သော အကျိုးခံစားခွင့်များကို သင့်အတွက် လွယ်လင့်တကူ လက်လှမ်းမီနိုင်ပြီးသင့်လျော်သည့် ပုံစံတစ်မျိုးဖြင့် ပေးအပ်ရန် လိုအပ်ပါသည်။ သင့်အတွက် ကိုက်ညီအဆင်ပြေသည့် နည်းလမ်းဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့ထံမှ အချက်အလက်များရယူရန် အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှုဌာန ဖုန်းနံပါတ် 1-888-846-4262 (TTY အသုံးပြုသူများ ဆက်သွယ်ရန်နံပါတ် 711) သို့ ဆက်သွယ်ပါ။

ကျွန်ုပ်တို့အစီအစဉ်အနေဖြင့် အမျိုးသမီး စာရင်းသွင်းသူများကို အမျိုးသမီးကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ပုံမှန်နှင့် ကိုက်ညီကာကွယ်ရေး စောင့်ရှောက်ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကွန်ရက်တွင်းရှိ အမျိုးသမီးကျန်းမာရေး ကျွမ်းကျင်သူများနှင့် တိုက်ရိုက်ဆက်သွယ်ခွင့် ပေးအပ်ရန်လိုအပ်ပါသည်။

အထူးပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးအတွက် ကျွန်ုပ်တို့အစီအစဉ်၏ ကွန်ရက်အတွင်း ဝန်ဆောင်မှုပေးသူမရှိပါက သင့်ကို လိုအပ်သော စောင့်ရှောက်ကုသမှု ပေးအပ်နိုင်မည့် ကွန်ရက်ပဋိပက္ခ အထူးပုဂ္ဂိုလ်ဆောင်မှုပေးသူများကို ရှာဖွေပေးရန် ကျွန်ုပ်တို့အစီအစဉ်တွင် တာဝန်ရှိပါသည်။ ထိုအနေအထားတွင် ကွန်ရက်တွင်း စရိတ်မျှဝေကျခံမှုပမာဏကိုသာ သင် ပေးချရပါမည်။ ကျွန်ုပ်တို့အစီအစဉ်၏ ကွန်ရက်အတွင်း သင်လိုအပ်သော ဝန်ဆောင်မှုများကို ပေးအပ်နိုင်သည့် အထူးကုဆရာဝန် မရှိသောအခြေအနေကို ကံကြွေးရပါက ကွန်ရက်တွင်း စရိတ်မျှဝေကျခံမှုပမာဏကိုသာ ပေးချလျက် ထိုဝန်ဆောင်မှုများကို မည်သည့်နေရာ၌ ရယူနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့အစီအစဉ်သို့ ဆက်သွယ်မေးမြန်းပါ။

ကျွန်ုပ်တို့အစီအစဉ်ထံမှ သင့်အတွက် လွယ်လင့်တကူ လက်လှမ်းမီနိုင်ပြီးသင့်လျော်သည့် ပုံစံဖြင့် အချက်အလက်များ ရယူရာတွင်ဖြစ်စေ အမျိုးသမီးကျန်းမာရေး ကျွမ်းကျင်သူနှင့် ပြောရန် သို့မဟုတ် ကွန်ရက်တွင်းအထူးကုဆရာဝန် ရှာဖွေရန်ဖြစ်စေ အခက်အခဲတစ်စုံတစ်ရာကံကြွေးရပါက အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှုဌာနထံ မကျေနပ်ချက်ကို တိုင်တန်းရန်အတွက် ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုခြင်းဖြင့် Medicare ထံ တိုင်ကြားချက်တင်သွင်းခြင်း သို့မဟုတ် Office for

CHƯƠNG 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

Civil Rights ဖုန်းနံပါတ် 1-800-368-1019 သို့မဟုတ် TTY 1-800-537-7697 သို့ တိုက်ရိုက်ခေါ်ဆို
တိုင်ကြားခြင်းကိုလည်း ပုဂ္ဂိုလ်နိုင်ပါသည်။

Phần 1.2 Chúng tôi phải đảm bảo rằng quý vị sẽ được tiếp cận kịp thời với các dịch vụ và thuốc được bao trả

Quý vị có quyền lựa chọn một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) trong mạng lưới của chương trình chúng tôi để cung cấp và sắp xếp cho các dịch vụ được bao trả của quý vị. Chúng tôi không yêu cầu quý vị phải có giấy giới thiệu để đến các nhà cung cấp trong mạng lưới.

Quý vị có quyền đặt hẹn và nhận dịch vụ được bao trả từ mạng lưới nhà cung cấp của chương trình chúng tôi *trong khoảng thời gian hợp lý*. Điều này bao gồm quyền nhận các dịch vụ kịp thời từ các bác sĩ chuyên khoa khi quý vị cần được chăm sóc. Quý vị cũng có quyền mua hoặc mua thêm thuốc theo toa tại bất cứ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi mà không phải chờ quá lâu.

Nếu quý vị cho rằng quý vị không nhận được chăm sóc y tế hoặc thuốc Phần D trong một khoảng thời gian hợp lý, Chương 9 sẽ cho biết quý vị có thể làm gì.

Phần 1.3 Chúng tôi phải bảo vệ quyền riêng tư đối với thông tin về sức khỏe cá nhân của quý vị

Luật pháp liên bang và tiểu bang giữ bí mật hồ sơ y tế và thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị. Chúng tôi bảo vệ dữ kiện sức khỏe cá nhân của quý vị theo đòi hỏi của các luật này.

- Thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị bao gồm các thông tin cá nhân mà quý vị đã trao cho chúng tôi khi quý vị ghi danh vào chương trình này cũng như các hồ sơ y tế và thông tin y tế và sức khỏe khác.
- Quý vị có quyền liên quan đến thông tin của mình và kiểm soát cách sử dụng thông tin sức khỏe của quý vị. Chúng tôi cung cấp cho quý vị một văn bản thông báo, được gọi là *Thông Báo về Thực Hành Quyền Riêng Tư*, trong đó cho quý vị biết về những quyền này và giải thích cách chúng tôi bảo vệ quyền riêng tư đối với thông tin sức khỏe của quý vị.

Chúng tôi giữ bí mật thông tin sức khỏe của quý vị như thế nào?

- Chúng tôi đảm bảo rằng những người không có quyền sẽ không được xem hoặc sửa hồ sơ của quý vị.
- Ngoại trừ các trường hợp được nêu dưới đây, nếu chúng tôi dự định cung cấp thông tin sức khỏe của quý vị cho bất kỳ ai không cung cấp dịch vụ chăm sóc của quý vị hoặc chi trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị, *trước tiên chúng tôi bắt buộc phải có sự cho phép bằng văn bản từ quý vị hoặc người nào đó quý vị trao quyền hợp pháp để ra quyết định cho quý vị*.
- Có vài ngoại lệ nhất định trong đó chúng tôi không cần lấy giấy phép của quý vị trước. Những ngoại lệ này được pháp luật cho phép hoặc yêu cầu.
 - Chúng tôi được yêu cầu tiết lộ thông tin sức khỏe cho các cơ quan chính phủ kiểm tra

CHƯƠNG 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

về chất lượng chăm sóc.

- Vì quý vị là hội viên của chương trình chúng tôi thông qua Medicare, chúng tôi buộc phải cung cấp cho Medicare thông tin sức khỏe của quý vị bao gồm các thông tin về thuốc theo toa Phần D của quý vị. Nếu Medicare công bố thông tin của quý vị cho việc nghiên cứu hoặc các Phần đích sử dụng khác, việc này sẽ được thực hiện theo các quy định và luật pháp liên bang; thông thường, điều này đòi hỏi không được chia sẻ thông tin định danh cá nhân của quý vị.

Quý vị có thể xem các thông tin trong hồ sơ của quý vị và biết làm thế nào nó đã được chia sẻ với những người khác

Quý vị có quyền xem hồ sơ y tế của mình được lưu trữ trong chương trình chúng tôi và nhận bản sao của hồ sơ của quý vị. Chúng tôi được phép thu một khoản phí cho việc sao chép hồ sơ. Quý vị cũng có quyền yêu cầu chúng tôi bổ sung hoặc sửa đổi hồ sơ y tế của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thực hiện việc 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 đó hay không.

Quý vị có quyền biết thông tin sức khỏe của mình được chia sẻ với người khác như thế nào vì bất kỳ Phần đích bất thường nào.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc lo ngại về quyền riêng tư đối với thông tin sức khỏe cá nhân của mình, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY xin gọi 711).

Phần 1.4 Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về chương trình, mạng lưới các nhà cung cấp của chúng tôi và các dịch vụ được bao trả của quý vị

Là một hội viên của chương trình, quý vị có quyền nhận nhiều loại thông tin từ chúng tôi.

Nếu quý vị muốn nhận bất kỳ loại thông tin nào sau đây, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY xin gọi 711):

- **Thông tin về chương trình của chúng tôi.** Điều này bao gồm, ví dụ như thông tin về tình hình tài chính của chương trình chúng tôi.
- **Thông tin về các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.** Quý vị có quyền lấy thông tin về bằng cấp của các nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi và cách chúng tôi trả tiền cho nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới của chúng tôi.
 - Quý vị có thể yêu cầu bộ phận Dịch vụ Thành viên cung cấp thêm thông tin về các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi, bao gồm trình độ chuyên môn, trường y đã theo học, hoàn tất nội trú và chứng nhận của hội đồng chuyên khoa. Cả bộ phận Dịch Vụ Hội Viên và trang web của chúng tôi đều có thể cung cấp cho quý vị thông tin cập nhật mới nhất về những thay đổi của các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi. Thông tin này có thể được tìm thấy trên trang web của chúng tôi tại go.wellcare.com/2026providerdirectories.

CHƯƠNG 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

- **Thông tin về mức bao trả cho quý vị và quy định quý vị phải tuân theo khi sử dụng bảo hiểm.** Chương 3 và 4 cung cấp thông tin về dịch vụ y tế. Chương 5 và 6 cung cấp thông tin về bảo hiểm thuốc Phần D.
- **Lưu ý:** Chương trình của chúng tôi không trả thù lao cho các chuyên viên, nhà cung cấp hoặc các nhân viên khác tiến hành đánh giá việc sử dụng dịch vụ y tế, bao gồm các tổ chức được chỉ định. Ra quyết định về Quản Lý Dịch Vụ Y Tế (UM) chỉ dựa vào tính thích hợp của chăm sóc, dịch vụ và sự tồn tại của bảo hiểm. Ngoài ra chương trình không trả thù lao riêng cho các chuyên viên hoặc cá nhân ra quyết định từ chối bảo hiểm. Các khoản tiền thưởng khuyến khích cho những người ra quyết định của UM không khuyến khích các quyết định dẫn đến việc sử dụng không đúng mức.
- **Thông tin về nguyên nhân không được bao trả và quý vị có thể làm gì trong trường hợp này.** Chương 9 cung cấp thông tin về cách yêu cầu giải thích bằng văn bản về lý do dịch vụ y tế hoặc thuốc Phần 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 gọi là kháng cáo.

Phần 1.5 Quý vị có quyền được biết các lựa chọn điều trị và tham gia vào các quyết định chăm sóc sức khỏe của mình

Quý vị có quyền nhận thông tin đầy đủ từ các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Nhà cung cấp của quý vị phải giải thích bệnh lý và lựa chọn điều trị của quý vị *theo cách quý vị có thể hiểu được*.

Quý vị có quyền được biết các lựa chọn điều trị và tham gia vào các quyết định chăm sóc sức khỏe của mình. Để giúp quý vị ra quyết định cùng với bác sĩ về lựa chọn điều trị tốt nhất cho quý vị, quyền của quý vị bao gồm:

- **Được biết về 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 nghị cho tình trạng quý vị, dù chi phí là bao nhiêu hoặc liệu chúng được bao trả bởi chương trình của chúng tôi hay không. Điều này cũng có nghĩa là quý vị có quyền được thông báo về chương trình của chúng tôi hỗ trợ các hội viên quản lý thuốc của họ và sử dụng thuốc một cách an toàn.
- **Hiểu rõ các nguy cơ.** Quý vị có quyền được thông báo về bất cứ rủi ro nào liên quan đến dịch vụ chăm sóc của quý vị. Quý vị phải được thông báo trước nếu bất cứ đề nghị chăm sóc y tế hoặc điều trị nào nằm trong phạm vi của thử nghiệm nghiên cứu. Quý vị luôn có quyền từ chối bất kỳ phương pháp điều trị thử nghiệm nào.
- **Quyền nói “không”.** Quý vị có quyền từ chối mọi đề nghị chữa trị. Điều này bao gồm quyền rời khỏi bệnh viện hoặc cơ sở y tế, ngay cả khi bác sĩ của quý vị khuyên quý vị ở lại. Quý vị có quyền ngưng dùng thuốc. Nếu quý vị từ chối điều trị hoặc ngưng dùng thuốc, quý vị chịu hoàn toàn trách nhiệm đối với những gì xảy ra với cơ thể của quý vị.

CHƯƠNG 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

Quý vị có quyền đưa ra các chỉ dẫn về những gì phải làm trong trường hợp quý vị không thể ra quyết định y tế cho chính mình

Đôi khi con người rơi vào tình trạng không thể ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho bản thân do tai nạn hoặc bệnh nặng. Quý vị có quyền tuyên bố những gì quý vị muốn xảy ra nếu quý vị ở trong tình trạng này. Điều này có nghĩa *nếu quý vị muốn*, quý vị có thể:

- Điền vào mẫu văn bản để cung cấp cho **một người nào đó quyền pháp lý để đưa ra các quyết định y tế cho quý vị** nếu quý vị từng không thể đưa ra quyết định cho chính mình.
- **Đưa ra cho bác sĩ của quý vị văn bản hướng dẫn** về cách quý vị muốn họ xử lý dịch vụ 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 đưa ra chỉ dẫn trước trong các trường hợp này được gọi là **chỉ thị trước**. Các tài liệu như **di chúc sống** và **giấy ủy quyền cho chăm sóc sức khỏe** là những ví dụ của chỉ thị trước.

Cách lập chỉ thị trước để đưa ra hướng dẫn:

- **Nhận biểu mẫu.** Quý vị có thể lấy một mẫu đơn chỉ thị trước từ luật sư, một nhân viên xã hội, hoặc một số cửa hàng tiếp liệu văn phòng. Đôi khi quý vị có thể nhận được mẫu chỉ thị trước từ các tổ chức cung cấp thông tin về Medicare.
- **Điền vào mẫu đơn và ký tên vào đó.** Bất kể quý vị nhận được biểu mẫu này ở đâu, đó đều là tài liệu pháp lý. Hãy cân nhắc việc nhờ luật sư giúp quý vị soạn lập mẫu đơn này.
- **Cung cấp bản sao của biểu mẫu cho đúng người.** Gửi một bản sao mẫu đơn cho bác sĩ và cho người mà quý vị nêu tên trong mẫu đơn là người có thể đưa ra quyết định cho quý vị khi quý vị không thể đưa ra quyết định. Quý vị có thể muốn cung cấp bản sao cho bạn thân hoặc thành viên gia đình. Giữ một bản sao ở nhà.

Nếu quý vị biết trước giờ mà quý vị sẽ nhập viện và quý vị đã ký một chỉ thị trước, **hãy mang theo bản sao đến bệnh viện.**

- Bệnh viện sẽ hỏi quý vị đã ký mẫu đơn chỉ thị trước hay chưa và có đem theo không.
- Nếu quý vị chưa ký mẫu đơn chỉ thị trước, bệnh viện có sẵn mẫu đơn và sẽ hỏi liệu quý vị muốn ký không.

Việc điền vào mẫu đơn chỉ thị trước là lựa chọn của quý vị (bao gồm cả việc liệu quý vị có muốn ký chỉ thị trước nếu quý vị đang ở trong bệnh viện không). Theo luật, không ai có thể từ chối chăm sóc y tế cho quý vị hoặc kỳ thị quý vị dựa trên việc quý vị đã ký một chỉ thị trước hay không.

Nếu bản chỉ dẫn của quý vị không được tuân theo

Nếu quý vị ký một chỉ thị trước và quý vị tin rằng bác sĩ hoặc bệnh viện đã không làm theo ý nguyện mà quý vị nêu ra, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Văn Phòng Điều Hành về Người Cao Tuổi Hawaii.

CHƯƠNG 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

Phần 1.6 Quý vị có quyền khiếu nại và yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định chúng tôi đã đưa ra

Nếu quý vị có bất kỳ vấn đề, mối quan ngại hoặc khiếu nại nào và cần yêu cầu bảo hiểm hoặc nộp đơn kháng cáo, Chương 9 của tài liệu này sẽ cho quý vị biết việc cần làm. Bất cứ điều gì quý vị làm - yêu cầu cho một quyết định bao trả, nộp đơn kháng cáo, hoặc nộp khiếu nại - **chúng tôi phải đối xử với quý vị một cách công bằng.**

Phần 1.7 Quý vị có quyền đưa ra đề xuất liên quan đến chính sách về quyền và nghĩa vụ của hội viên

Nếu quý vị có câu hỏi hoặc lo ngại về các quyền và trách nhiệm hoặc nếu quý vị có gợi ý để cải thiện chính sách về quyền của hội viên của chúng tôi, hãy chia sẻ suy nghĩ của quý vị với chúng tôi bằng cách liên hệ bộ phận Dịch Vụ Hội Viên.

Phần 1.8 Đánh giá các công nghệ mới

Các công nghệ mới bao gồm thủ thuật, thuốc, sản phẩm sinh học hoặc thiết bị được phát triển gần đây cho việc điều trị các bệnh hoặc tình trạng cụ thể, hoặc ứng dụng mới của các thủ thuật, thuốc, sản phẩm sinh học và thiết bị hiện có. Chương trình của chúng tôi tuân theo Quyết Định Bảo Hiểm Cấp Quốc Gia và Địa Phương của Medicare khi có thể.

Khi không có quyết định bảo hiểm của Medicare, chương trình của chúng tôi đánh giá công nghệ mới hoặc ứng dụng mới của các công nghệ hiện có để đưa vào các chương trình quyền lợi phù hợp để đảm bảo hội viên được tiếp cận sự chăm sóc hiệu quả và an toàn bằng cách thực hiện đánh giá quan trọng các y văn mới xuất bản từ những các ấn phẩm được bình duyệt bao gồm đánh giá hệ thống, thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng, các nghiên cứu thuần tập, nghiên cứu bệnh chứng, nghiên cứu thử nghiệm chẩn đoán với kết quả có ý nghĩa thống kê nhằm chứng minh tính an toàn và hiệu quả và xem xét các hướng dẫn dựa trên bằng chứng được phát triển bởi các tổ chức quốc gia và các cơ quan có thẩm quyền được công nhận. Chương trình của chúng tôi cũng xem xét các ý kiến, khuyến nghị và đánh giá của các bác sĩ hành nghề, các hiệp hội y khoa được công nhận trên toàn quốc bao gồm Hội Bác sĩ Chuyên khoa, ban đồng thuận hoặc các tổ chức đánh giá công nghệ hoặc nghiên cứu được công nhận trên toàn quốc khác, các báo cáo và công bố của các cơ quan chính phủ (ví dụ: Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA), Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật (CDC), Viện Y tế Quốc gia (NIH)).

Phần 1.9 Nếu quý vị tin rằng quý vị bị đối xử bất công hoặc quyền của quý vị không được tôn trọng

Nếu quý vị tin rằng quý vị đã bị đối xử bất công hoặc quyền của quý vị đã không được tôn trọng do chủng tộc, tình trạng khuyết tật, tôn giáo, giới tính, sức khỏe, dân tộc, tín ngưỡng (niềm tin), tuổi tác, hoặc nguồn gốc quốc gia của quý vị, hãy gọi cho **Phòng Dân Quyền của Sở Y Tế và Dịch**

CHƯƠNG 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

Vụ Nhân Sinh theo số 1-800-368-1019 (Người dùng TTY xin gọi 1-800-537-7697) hoặc gọi cho Phòng Dân Quyền địa phương của quý vị. Quý vị có quyền được đối xử một cách tôn trọng và coi trọng nhân phẩm.

Nếu quý vị tin rằng quý vị đã bị đối xử bất công hoặc quyền của quý vị đã không được tôn trọng, và đó *không* phải là do phân biệt đối xử thì quý vị có thể được trợ giúp để xử lý vấn đề quý vị đang gặp phải bởi những đầu mối sau:

- **Gọi bộ phận Dịch vụ Thành viên của chương trình theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY gọi 711)**
- **Gọi SHIP địa phương của quý vị theo số 1-888-875-9229.**
- **Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (Người dùng TTY hãy gọi 1-877-486-2048)**

Phần 1.10 Có một số cách để có thêm thông tin về quyền của quý vị

Nhận thêm thông tin về các quyền của quý vị từ những đầu mối sau:

- **Gọi bộ phận Dịch vụ Thành viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY gọi 711)**
- **Gọi SHIP địa phương của quý vị theo số 1-888-875-9229.**
- **Liên hệ với Medicare**
 - Truy cập www.Medicare.gov để đọc ấn phẩm *Medicare Rights & Protections* (có tại: www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf)
 - Gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (Người dùng TTY hãy gọi 1-877-486-2048)

PHẦN 2 Trách nhiệm của quý vị với tư cách là hội viên chương trình của chúng tôi

Điều quý vị cần làm khi là một hội viên của chương trình chúng tôi được nêu ở dưới đây. Nếu quý vị có thắc mắc, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY xin gọi 711).

- **Làm quen với các dịch vụ được bao trả và các quy định mà quý vị phải tuân theo để nhận được những dịch vụ được bao trả này.** Sử dụng Chứng Từ Bảo Hiểm này để tìm hiểu những gì được bao trả và các quy định quý vị cần tuân theo để nhận được dịch vụ được bao trả.
 - Chương 3 và 4 cung cấp thông tin chi tiết về các dịch vụ y tế.
 - Chương 5 và 6 cung cấp chi tiết về bảo hiểm thuốc Phần D.
- **Nếu quý vị có bất kỳ bảo hiểm y tế nào khác hay một bảo hiểm thuốc ngoài chương trình của chúng tôi, quý vị phải cho chúng tôi biết.** Chương 1 cho quý vị biết về việc phối hợp các quyền lợi này.
- **Thông báo với bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị**

CHƯƠNG 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị

rằng quý vị đã ghi danh vào chương trình của chúng tôi.

Xuất trình các thẻ hội viên chương trình và thẻ Chương Trình Med-QUEST Division Program (Medicaid) của Hawaii của quý vị bất cứ khi nào quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc theo toa Phần D của quý vị.

- **Giúp bác sĩ của quý vị và nhà cung cấp khác trợ giúp quý vị bằng cách cung cấp thông tin cho họ, đặt câu hỏi và làm theo hướng dẫn về việc chăm sóc.**
 - Để giúp quý vị có được sự chăm sóc tốt nhất, hãy nói với bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác về các vấn đề sức khỏe của quý vị. Quý vị hãy tuân theo các chương trình điều trị và chỉ dẫn mà quý vị và bác sĩ của quý vị đã thống nhất.
 - Đảm bảo rằng các bác sĩ của quý vị biết tất cả các loại thuốc quý vị đang dùng, bao gồm cả thuốc không cần toa, vitamin và chất bổ sung.
 - Nếu quý vị có thắc mắc, hãy luôn đặt câu hỏi và tìm kiếm câu trả lời mà quý vị có thể hiểu được. Quý vị có trách nhiệm phải hiểu vấn đề sức khỏe của quý vị và trợ giúp trong việc đặt ra các Phần tiêu điều trị mà quý vị và bác sĩ cùng đồng ý.
- **Xin hãy thận trọng.** Chúng tôi kỳ vọng các hội viên của mình tôn trọng các quyền của các bệnh nhân khác. Chúng tôi cũng kỳ vọng quý vị sẽ phối hợp để giúp văn phòng bác sĩ, bệnh viện, và các văn phòng khác hoạt động thông suốt.
- **Thanh toán những gì quý vị nợ.** Là một hội viên chương trình, quý vị có trách nhiệm với các khoản thanh toán sau đây:
 - Quý vị phải tiếp tục trả phí bảo hiểm Medicare của quý vị để duy trì tư cách hội viên chương trình.
- **Nếu quý vị chuyển nhà *trong* khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi, chúng tôi sẽ cần biết** để cập nhật hồ sơ hội viên của quý vị và biết cách liên hệ với quý vị.
- **Nếu quý vị chuyển ra *bên ngoài* khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi, quý vị không còn là một hội viên chương trình của chúng tôi.**
- **Nếu quý vị chuyển chỗ ở, quý vị cũng nên thông báo cho Sở An Sinh Xã Hội (hoặc Ủy Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt).**

CHƯƠNG 9:

Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

PHẦN 1 Điều cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có quan ngại

Chương này giải thích các quy trình xử lý các vấn đề và quan ngại. Quy trình quý vị sử dụng để xử lý vấn đề phụ thuộc vào loại vấn đề quý vị đang gặp phải:

- Đối với một số vấn đề, quý vị cần sử dụng **quy trình cho các quyết định bảo hiểm và kháng cáo**.
- Đối với các vấn đề khác, quý vị cần sử dụng **quy trình khiếu nại** (còn gọi là than phiền).

Mỗi quy trình có một bộ các quy tắc, thủ tục và thời hạn phải được chúng tôi và quý vị tuân theo.

Phần 3 sẽ giúp quý vị xác định đúng quy trình để sử dụng và những điều quý vị cần làm.

Phần 1.1 Các thuật ngữ pháp lý

Chương này có giải thích các thuật ngữ pháp lý đối với một số quy định, thủ tục và các loại thời hạn. Đa số những thuật ngữ này đều xa lạ với hầu hết mọi người. Để giúp quý vị dễ hiểu hơn, chúng tôi sử dụng các từ quen thuộc hơn thay cho một số thuật ngữ pháp lý trong chương này.

Tuy nhiên, đôi khi điều quan trọng là phải biết các thuật ngữ pháp lý chính xác. Để giúp quý vị biết cần sử dụng thuật ngữ nào để nhận đúng trợ giúp hoặc thông tin, chúng tôi có đưa ra các thuật ngữ pháp lý khi cung cấp thông tin chi tiết để xử lý các tình huống cụ thể.

PHẦN 2 Nơi nhận thêm thông tin và trợ giúp cá nhân

Chúng tôi luôn sẵn sàng giúp đỡ quý vị. Ngay cả khi quý vị có khiếu nại về việc chúng tôi đối xử với quý vị, chúng tôi có nghĩa vụ tôn trọng quyền khiếu nại của quý vị. Quý vị luôn có thể gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (Người dùng TTY xin gọi 711) để được trợ giúp. Trong một số tình huống, quý vị cũng có thể muốn nhận trợ giúp hoặc hướng dẫn từ người không liên quan tới chúng tôi. Hai tổ chức có thể trợ giúp là:

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

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

Mỗi tiểu bang đều có chương trình chính phủ với các chuyên gia tư vấn được đào tạo. Chương trình không liên quan tới chúng tôi hoặc tới bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm y tế nào. Cố vấn thuộc chương trình này có thể giúp quý vị hiểu được quý vị cần sử dụng thủ tục nào để giải quyết vấn đề quý vị đang gặp phải. Họ cũng có thể giải đáp các thắc mắc, cung cấp thêm thông tin cho quý vị và đưa ra hướng dẫn về điều cần làm.

Dịch vụ của các tư vấn SHIP đều miễn phí. Quý vị có thể tìm thông tin liên hệ của SHIP trong Chương 2, Phần 3.

Medicare

Quý vị cũng có thể liên hệ với Medicare để được trợ giúp:

- Gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048.
- Truy cập www.Medicare.gov.

Quý vị có thể nhận trợ giúp và thông tin từ Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii

Để có thêm thông tin và trợ giúp trong việc giải quyết vấn đề, quý vị cũng có thể liên lạc với Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii. Đây là hai cách để có được thông tin trực tiếp từ Medicaid:

- Quý vị có thể gọi cho Chương Trình Med-QUEST Division Program (Medicaid) của Hawaii theo số 1-800-316-8005. Người dùng TTY nên gọi 711, giờ làm việc là 7:45 sáng - 4:30 chiều giờ HT, Thứ Hai - Thứ Sáu.
- Quý vị có thể truy cập trang web của Chương Trình Med-QUEST Division Program (Medicaid) của Hawaii (<https://medquest.hawaii.gov/en.html>).

PHẦN 3 Hiểu rõ về các khiếu nại và kháng cáo của Chương Trình Med-QUEST Division Program (Medicaid) của Medicare và Hawaii trong chương trình của chúng tôi

Quý vị có Medicare và nhận hỗ trợ từ Chương Trình Med-QUEST Division Program (Medicaid) của Hawaii. Thông tin trong chương này áp dụng cho **tất cả** các quyền lợi của Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) Medicare và Hawaii của quý vị. Điều này đôi khi được gọi là quy trình tích hợp vì kết hợp hoặc tích hợp các quy trình Medicare và Chương Trình Med-QUEST Division Program (Medicaid) của Hawaii.

Đôi khi các quy trình của Medicare và Chương trình Med-QUEST Division của Hawaii (Medicaid) không được gộp chung. Trong những trường hợp đó, quý vị sử dụng quy trình Medicare cho quyền lợi được bao trả bởi quy trình của Chương Trình Med-QUEST Division Program

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

(Medicaid) của Medicare và Hawaii cho quyền lợi được bao trả bởi Chương Trình Med-QUEST Division Program của Hawaii (Medicaid). Những trường hợp này được giải thích trong **Phần 6.4**.

PHẦN 4 Quy trình áp dụng để xử lý vấn đề của quý vị

Nếu quý vị có vấn đề hoặc mối lo ngại, hãy đọc các phần áp dụng cho trường hợp của mình trong chương này. Thông tin dưới đây sẽ giúp quý vị tìm được đúng Phần trong chương này về các vấn đề hoặc khiếu nại về **các quyền lợi được Medicare hoặc Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii bao trả**.

Vấn đề hoặc quan ngại của quý vị là về các quyền lợi hay mức bảo hiểm của quý vị?

Điều này bao gồm các vấn đề về việc liệu hoạt động chăm sóc y tế (vật tư y tế, dịch vụ và/hoặc thuốc Phần B) có được bao trả hay không, cách thức bao trả và các vấn đề liên quan đến việc thanh toán cho hoạt động chăm sóc y tế.

Có.

Xem **Phần 5, Hướng dẫn về các quyết định bảo hiểm và kháng cáo**.

Không.

Xem **Phần 11, Cách nộp đơn khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ, dịch vụ khách hàng hoặc các lo ngại khác**.

Quyết định bảo hiểm và kháng cáo

PHẦN 5 Hướng dẫn về các quyết định bảo hiểm và kháng cáo

Quyết định bảo hiểm và kháng cáo để giải quyết các vấn đề liên quan đến quyền lợi và bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị (dịch vụ, vật dụng và thuốc Phần B, bao gồm việc thanh toán). Để đơn giản hóa mọi việc, chúng tôi gọi chung các vật dụng y tế, dịch vụ và thuốc của Medicare Part B là **dịch vụ chăm sóc y tế**. Quý vị sử dụng quy trình quyết định bảo hiểm và kháng cáo cho các vấn đề như một vật dụng hay dịch vụ có được bao trả hay không và cách thức bao trả.

Yêu cầu quyết định bảo hiểm trước khi quý vị nhận dịch vụ

Nếu quý vị muốn biết chúng tôi có bao trả cho một dịch vụ chăm sóc y tế hay không trước khi quý vị nhận dịch vụ đó, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm cho quý vị. Quyết định bảo hiểm là một quyết định chúng tôi đưa ra về quyền lợi và bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền mà chúng tôi trả cho các dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị. Ví dụ, nếu bác sĩ trong mạng lưới của chương trình chúng tôi giới thiệu quý vị đến một bác sĩ chuyên khoa không có

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

trong mạng lưới, việc giới thiệu này được xem là một quyết định bảo hiểm được ủng hộ trừ khi quý vị hoặc bác sĩ trong mạng lưới của quý vị có thể cho thấy quý vị nhận được thông báo từ chối tiêu chuẩn cho bác sĩ chuyên khoa này, hoặc *Chứng Từ Bảo Hiểm* nêu rõ rằng dịch vụ được giới thiệu không bao giờ được bao trả trong bất kỳ điều kiện nào. Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị cũng có thể liên hệ với chúng tôi và yêu cầu một quyết định bảo hiểm nếu bác sĩ của quý vị không chắc chắn về việc chúng tôi sẽ chi trả một dịch vụ y tế cụ thể hay từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cho rằng mình cần.

Trong một số trường hợp hạn chế, yêu cầu quyết định bảo hiểm sẽ bị bác bỏ, nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu đó. Các ví dụ về yêu cầu sẽ bị bác bỏ bao gồm yêu cầu không hoàn chỉnh, nếu người khác yêu cầu thay cho quý vị nhưng không được ủy quyền hợp pháp để làm vậy hoặc nếu quý vị yêu cầu rút lại yêu cầu của mình. Nếu chúng tôi bác bỏ yêu cầu quyết định bảo hiểm, chúng tôi sẽ gửi thông báo giải thích lý do yêu cầu bị bác bỏ và cách yêu cầu xem lại bác bỏ đó.

Chúng tôi ra quyết định bảo hiểm bất cứ khi nào chúng tôi quyết định quý vị được bao trả dịch vụ nào và số tiền chúng tôi phải trả. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể quyết định không bao trả hoặc không còn bao trả cho quý vị đối với một dịch vụ chăm sóc y tế. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm này, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo.

Nộp đơn kháng cáo

Nếu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm, dù là trước hay sau khi nhận quyền lợi, và quý vị không hài lòng với quyết định này, quý vị có thể **kháng cáo** quyết định. Kháng cáo là cách chính thức yêu cầu chúng tôi đánh giá và thay đổi quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra. Trong một số trường hợp, quý vị có thể yêu cầu **kháng cáo** giải quyết nhanh hay **kháng cáo nhanh** một quyết định bảo hiểm. Đơn kháng cáo của quý vị được xử lý bởi những người xét duyệt khác, không phải những người đưa ra quyết định ban đầu.

Kháng cáo đầu tiên của quý vị với một quyết định được gọi là kháng cáo Cấp 1. Trong lần kháng cáo này, chúng tôi sẽ xem xét quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra để xem chúng tôi có nghiêm chỉnh tuân theo các quy định hay không. Khi chúng tôi hoàn tất đánh giá, chúng tôi sẽ cho quý vị biết quyết định của chúng tôi.

Trong một số trường hợp hạn chế, yêu cầu kháng cáo Cấp 1 sẽ bị bác bỏ, nghĩa là chúng tôi sẽ không xét duyệt yêu cầu đó. Các ví dụ về yêu cầu sẽ bị bác bỏ bao gồm yêu cầu không hoàn chỉnh, nếu người khác yêu cầu thay cho quý vị nhưng không được ủy quyền hợp pháp để làm vậy hoặc nếu quý vị yêu cầu 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 yêu cầu bị bác bỏ và cách yêu cầu xem xét việc bác bỏ đó.

Nếu chúng tôi từ chối tất cả hoặc một phần đơn kháng cáo Cấp 1 về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, đơn kháng cáo của quý vị sẽ tự động được chuyển lên thành kháng cáo Cấp 2 được xét duyệt bởi một tổ chức đánh giá độc lập không liên quan đến chúng tôi.

- Quý vị không cần làm gì để yêu cầu kháng cáo Cấp 2. Quy định của Medicare yêu cầu chúng tôi tự động gửi kháng cáo của quý vị về dịch vụ chăm sóc y tế lên Cấp 2 nếu chúng tôi không hoàn toàn đồng ý với kháng cáo Cấp 1 của quý vị.
- Truy cập **Phần 6.4** của chương này để biết thêm thông tin về kháng nghị Cấp 2 cho chăm sóc y tế.

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

- Kháng nghị Phần D được trình bày ở Phần 7 của chương này.

Nếu không hài lòng với quyết định sau khi kháng cáo Cấp 2, quý vị có thể tiếp tục thực hiện các cấp kháng cáo bổ sung (chương này giải thích các quy trình kháng cáo Cấp 3, 4 và 5).

Phần 5.1 Nhận trợ giúp yêu cầu quyết định bao trả hoặc nộp đơn kháng cáo

Đây là các nguồn trợ giúp nếu quý vị quyết định yêu cầu bất kỳ loại quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo một quyết định nào:

- **Gọi bộ phận Dịch vụ Thành viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY gọi 711)**
- **Nhận trợ giúp miễn phí** từ Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang
- **Bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế khác có thể gửi yêu cầu thay cho quý vị.** Nếu bác sĩ của quý vị hỗ trợ kháng cáo trên Cấp 2, họ sẽ cần được chỉ định làm người đại diện cho quý vị. Gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY xin gọi 711) và yêu cầu biểu mẫu *Chỉ Định Người Đại Diện*. (Biểu mẫu cũng có tại www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang web của chúng tôi tại go.wellcare.com/OhanaHI.)
 - Đối với dịch vụ chăm sóc y tế, bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác có thể thay mặt quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc nộp đơn kháng cáo Cấp 1. Nếu đơn kháng cáo của quý vị bị từ chối ở Mức 1, đơn kháng cáo này sẽ được tự động chuyển tiếp lên Cấp 2.
 - Nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe khác yêu cầu tiếp theo dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đang nhận trong quá trình kháng cáo, quý vị **có thể** cần chỉ định bác sĩ kê toa của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe khác làm người đại diện để hành động thay mặt cho quý vị.
 - Đối với thuốc Phần D, bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thể thay mặt quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo Cấp 1. Nếu kháng cáo Cấp 1 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 một người nào đó hành xử thay mặt quý vị.** Quý vị có thể chỉ định một người khác hành động thay quý vị làm người đại diện của quý vị để yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo.

Nếu quý vị muốn bạn bè, người thân hoặc một người khác làm người đại diện của mình, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY xin gọi 711) và yêu cầu mẫu đơn *Chỉ Định Người Đại Diện*. (Biểu mẫu cũng có tại www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang web của chúng tôi tại go.wellcare.com/OhanaHI.) Đơn này cho phép người đó hành xử thay mặt quý vị. Quý vị và người mà quý vị muốn hành động thay mặt quý vị phải ký vào đơn này. Quý vị phải cung cấp cho chúng tôi một bản sao của mẫu đã ký.

Chúng tôi có thể chấp nhận một yêu cầu kháng cáo từ người đại diện mà không có mẫu đơn này,

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

nhưng chúng tôi không thể bắt đầu hoặc hoàn thành đánh giá của mình cho đến khi nhận được mẫu đơn. Nếu chúng tôi không nhận được đơn trước thời hạn của chúng tôi để đưa ra quyết định về đơn kháng cáo của quý vị, yêu cầu xét đơn kháng cáo của quý vị sẽ bị hủy bỏ. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản thông báo giải thích quyền yêu cầu tổ chức đánh giá độc lập xét duyệt quyết định của chúng tôi về việc bác bỏ kháng cáo của quý vị.

- **Quý vị cũng có quyền thuê luật sư.** Quý vị có thể liên lạc với luật sư riêng của quý vị, hoặc hỏi tên một luật sư từ hiệp hội luật sư địa phương của quý vị hoặc dịch vụ giới thiệu khác. Ngoài ra cũng có những nhóm sẽ cung cấp cho quý vị dịch vụ pháp lý miễn phí nếu quý vị đủ điều kiện hưởng dịch vụ này. Tuy nhiên, **quý vị không bắt buộc phải thuê luật sư** để yêu cầu bất kỳ loại quyết định bảo hiểm nào hoặc để kháng cáo một quyết định.

Phần 5.2 Quy định và thời hạn cho các tình huống khác nhau

Có 4 trường hợp khác nhau liên quan đến quyết định bảo hiểm và kháng cáo. Mỗi tình huống có những quy định và thời hạn khác nhau, chúng tôi cung cấp các chi tiết cho từng tình huống trong:

- **Phần 6:** “Chăm sóc y tế: Cách yêu cầu một quyết định mức bảo hiểm hoặc nộp đơn kháng cáo”
- **Phần 7:** “Thuốc Phần D: Cách yêu cầu một quyết định mức bảo hiểm hoặc nộp đơn kháng cáo”
- **Phần 8:** Cách yêu cầu chúng tôi bao trả cho thời gian nằm viện điều trị nội trú kéo dài nếu quý vị cho rằng quý vị được cho xuất viện quá sớm”
- **Phần 9:** “Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục chi trả cho một số dịch vụ y tế nếu quý vị cho rằng phạm vi chi trả của mình sắp kết thúc quá sớm” (*Chỉ áp dụng cho các dịch vụ này: chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn và dịch vụ tại Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF)*)

Nếu quý vị không chắc chắn thông tin nào áp dụng cho mình, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY xin gọi 711). Quý vị cũng có thể nhận trợ giúp hoặc thông tin từ chương trình SHIP của quý vị.

PHẦN 6 Dịch vụ chăm sóc y tế: Cách yêu cầu một quyết định mức bảo hiểm hoặc nộp đơn kháng cáo

Phần 6.1 Điều cần làm nếu quý vị gặp các vấn đề khi nhận bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc quý vị muốn chúng tôi hoàn trả tiền dịch vụ chăm sóc của quý vị

Các quyền lợi chăm sóc y tế của quý vị được trình bày trong Bảng Quyền Lợi Y Tế trong Chương 4. Trong một số trường hợp, những quy định khác nhau sẽ được áp dụng để yêu cầu thuốc Phần

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

B. Trong những trường hợp này, chúng tôi sẽ giải thích những quy định đối với thuộc Phần B khác với những quy định đối với các vật dụng và dịch vụ y tế như thế nào.

Phần này trình bày điều quý vị có thể làm nếu rơi vào bất kỳ trường hợp nào trong 5 trường hợp sau:

1. Quý vị không nhận được một số dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn, và quý vị tin rằng chương trình của chúng tôi có bao trả dịch vụ chăm sóc này. **Yêu cầu quyết định bảo hiểm. Phần 6.2.**
2. Chương trình của chúng tôi sẽ không chấp thuận dịch vụ chăm sóc y tế mà bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác muốn thực hiện cho quý vị, và quý vị tin rằng chương trình của chúng tôi chỉ trả cho dịch vụ này. **Yêu cầu quyết định bảo hiểm. Phần 6.2.**
3. Quý vị đã nhận chăm sóc y tế mà quý vị tin rằng chương trình của chúng tôi phải bao trả, nhưng chúng tôi lại nói chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ chăm sóc này. **Nộp đơn kháng cáo. Phần 6.3.**
4. Quý vị đã nhận và đã thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị tin rằng chương trình của chúng tôi phải bao trả, và quý vị muốn yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn trả tiền cho quý vị đối với dịch vụ chăm sóc này. **Gửi hóa đơn cho chúng tôi. Phần 6.5.**
5. Quý vị được thông báo rằng phạm vi chi trả cho một số dịch vụ y tế mà quý vị đang nhận (đã được chúng tôi chấp thuận trước đó) sẽ bị giảm hoặc dừng lại, và quý vị tin rằng việc giảm hoặc dừng chăm sóc này có thể gây hại cho sức khỏe của mình. **Nộp đơn kháng cáo. Phần 6.3.**

Lưu ý: Nếu ngừng bảo hiểm đối với dịch vụ chăm sóc trong bệnh viện, chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc dịch vụ tại Cơ Sở Phục Hồi Ngoại Trú Toàn Diện (CORF), hãy xem Phần 8 và 9. Các quy tắc đặc biệt áp dụng cho những loại dịch vụ chăm sóc này.

Phần 6.2 Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm

Thuật ngữ Pháp lý:

Một quyết định bảo hiểm liên quan đến dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị được gọi là **quyết định cấp tổ chức**.

Quyết định nhanh về bảo hiểm được gọi là **quyết định nhanh**.

Bước 1: Quyết định xem quý vị cần một quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn hay một quyết định nhanh về bảo hiểm.

Quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn thường được đưa ra trong vòng 7 ngày theo lịch khi vật dụng hoặc dịch vụ y tế tuân theo các quy tắc cho phép trước của chúng tôi, 14 ngày theo lịch đối với tất cả các vật dụng và dịch vụ y tế khác hoặc 72 giờ đối với thuộc Phần B.

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Quyết định nhanh về bảo hiểm thường được đưa ra trong vòng 72 giờ, đối với các dịch vụ y tế, 24 giờ đối với các loại thuốc Phần B.

- Quý vị *chỉ* có thể nhận được quyết định nhanh về bảo hiểm nếu việc sử dụng thời hạn tiêu chuẩn có thể *gây hại nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị hoặc gây hại đến khả năng thực hiện các hoạt động chức năng của quý vị*.
- Nếu bác sĩ của quý vị thông báo rằng tình trạng sức khỏe của quý vị cần quyết định chi trả nhanh, chúng tôi sẽ tự động đồng ý đưa ra quyết định chi trả nhanh.
- Nếu tự mình yêu cầu quyết định chi trả nhanh mà không có hỗ trợ từ bác sĩ, chúng tôi sẽ quyết định liệu tình trạng sức khỏe của quý vị có yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định chi trả nhanh hay không. Nếu chúng tôi không phê duyệt một quyết định nhanh về bảo hiểm, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị để:
 - 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 nhanh về bảo hiểm, chúng tôi sẽ tự động cung cấp một quyết định nhanh về bảo hiểm cho quý vị.
 - Giải thích rằng quý vị có thể nộp khiếu nại nhanh về quyết định của chúng tôi khi ra quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn thay vì quyết định nhanh về bảo hiểm như quý vị đã yêu cầu.

Bước 2: Yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm hoặc quyết định nhanh về bảo hiểm.

- Bắt đầu bằng cách gọi điện thoại, viết thư, hoặc gửi fax cho chương trình của chúng tôi để yêu cầu chúng tôi cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm đối với dịch vụ chăm sóc y tế quý vị muốn. Quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người đại diện của quý vị có thể thực hiện điều này. Chương 2 có thông tin liên hệ.

Bước 3: Chúng tôi xem xét yêu cầu bảo hiểm đối với dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị và cho quý vị biết trả lời của chúng tôi.

Đối với các quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn, chúng tôi sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.

Điều này có nghĩa là chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời trong vòng 7 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị về một vật dụng hoặc dịch vụ y tế tuân theo các quy tắc cho phép trước của chúng tôi. Nếu vật dụng hoặc dịch vụ y tế được yêu cầu của quý vị không tuân theo các quy tắc cho phép trước của chúng tôi, chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu thuốc Phần B, chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu.

- **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 dành thêm tối đa 14 ngày theo lịch** nếu quý vị yêu cầu về vật dụng hoặc dịch vụ y tế. Nếu chúng tôi dành thêm ngày để đưa ra quyết định,

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu quý vị yêu cầu thuộc Phần B.

- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi *không cần* thêm ngày, quý vị có thể nộp *khiếu nại nhanh*. Chúng tôi sẽ đưa ra câu trả lời cho khiếu nại của quý vị ngay khi chúng tôi đưa ra quyết định. (Thủ tục nộp đơn khiếu nại khác thủ tục về quyết định mức bảo hiểm và kháng cáo. Xem Phần 11 để biết thêm thông tin về khiếu nại.)

Đối với quyết định nhanh về Bảo Hiểm, chúng tôi sử dụng khung thời gian nhanh hơn.

Một quyết định nhanh về bảo hiểm có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 72 giờ nếu quý vị yêu cầu thiết bị hoặc dịch vụ y tế. Nếu quý vị yêu cầu thuộc Phần B, chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời 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 mất thêm tối đa 14 ngày theo lịch**. Nếu chúng tôi dành thêm ngày để đưa ra quyết định, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu quý vị yêu cầu thuộc Phần B.
- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi *không* nên lấy thêm ngày, quý vị có thể nộp khiếu nại nhanh. (Xem Phần 11 để biết thêm thông tin về khiếu nại.) Chúng tôi sẽ gọi cho quý vị ngay 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 đã 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 cho dịch vụ 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 cân nhắc lại quyết định này bằng cách kháng cáo. Điều này có nghĩa là một lần nữa yêu cầu được bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn. Khi quý vị nộp đơn kháng cáo có nghĩa là quý vị sẽ tới Cấp 1 trong quy trình kháng cáo.

Phần 6.3 Cách nộp đơn kháng cáo Cấp 1

Thuật ngữ Pháp lý:

Đơn kháng cáo chương trình về quyết định bảo hiểm dịch vụ chăm sóc y tế được gọi là **tái xét quyết định** của chương trình.

Kháng cáo nhanh còn được gọi là **tái xét quyết định nhanh**.

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

Kháng cáo tiêu chuẩn thường được đưa ra trong vòng 30 ngày theo lịch hoặc 7 ngày theo

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

lịch đối với các thuốc Phần B. Kháng cáo nhanh thường được đưa ra trong vòng 72 giờ.

- Nếu quý vị đang kháng cáo một quyết định mà chúng tôi đã đưa ra về mức bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc, quý vị và/hoặc bác sĩ của quý vị cần phải quyết định xem quý vị có cần xét đơn kháng cáo nhanh hay không. Nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết rằng tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu kháng cáo nhanh, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị kháng cáo nhanh.
- Các yêu cầu để được xét đơn kháng cáo nhanh giống với các yêu cầu để nhận được quyết định nhanh về bảo hiểm ở Phần 6.2.

Bước 2: Yêu cầu chương trình của chúng tôi xét đơn kháng cáo hoặc kháng cáo nhanh

- **Nếu quý vị yêu cầu kháng nghị tiêu chuẩn, hãy nộp đơn kháng nghị tiêu chuẩn 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 kháng nghị nhanh, hãy kháng nghị bằng văn bản hoặc gọi điện cho chúng tôi.** Chương 2 có thông tin liên hệ.
- **Quý vị phải nộp yêu cầu kháng nghị trong vòng 65 ngày theo lịch kể từ ngày ghi trên văn bản thông báo** chúng tôi đã gửi cho quý vị để cho biết câu trả lời của chúng tôi về quyết định bảo hiểm. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này và có lý do chính đáng, hãy giải thích lý do quý vị kháng cáo trễ hạn khi thực hiện kháng cáo. Chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để thực hiện kháng cáo. Ví dụ về lý do chính đáng có thể bao gồm bệnh nghiêm trọng khiến quý vị không liên hệ được với chúng tôi hoặc chúng tôi cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác hoặc không hoàn chỉnh về thời hạn cho yêu cầu kháng cáo.
- **Quý vị có thể yêu cầu một bản miễn phí về thông tin liên quan đến quyết định y khoa của mình.** Quý vị và bác sĩ của quý vị cũng có thể bổ sung thêm thông tin để hỗ trợ cho kháng cáo của quý vị.

Nếu chúng tôi đã thông báo sẽ ngừng hoặc giảm các dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đang nhận, quý vị có thể giữ các dịch vụ hoặc vật dụng đó trong thời gian kháng nghị.

- Nếu chúng tôi quyết định thay đổi hoặc dừng bảo hiểm cho dịch vụ hoặc vật tư quý vị hiện đang được nhận, chúng tôi sẽ gửi thông báo cho quý vị trước khi thực hiện hành động được đề xuất.
- Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo Cấp 1. Chúng tôi sẽ tiếp tục bao trả cho dịch vụ hoặc vật dụng này nếu quý vị yêu cầu kháng cáo Cấp 1 trong vòng 10 ngày theo lịch kể từ ngày theo dấu bưu điện của chúng tôi hoặc theo ngày có hiệu lực dự kiến của hành động, tùy theo thời điểm nào diễn ra sau.
- Nếu quý vị đáp ứng thời hạn này, quý vị có thể tiếp tục nhận được dịch vụ hoặc vật dụng mà không có thay đổi nào trong khi đang chờ xử lý Kháng Cáo Cấp 1. Quý vị cũng sẽ tiếp tục được nhận tất cả các dịch vụ hoặc vật dụng khác (không phải là đối tượng

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

của kháng cáo của quý vị) mà không có thay đổi nào.

Bước 3: Chúng tôi xem xét đơn kháng cáo của quý vị và chúng tôi cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi.

- Khi chúng tôi xét duyệt đơn kháng cáo của quý vị, chúng tôi sẽ xem xét thận trọng tất cả thông tin. Chúng tôi kiểm tra xem liệu chúng tôi có đang tuân theo tất cả các quy định khi chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị hay không.
- Chúng tôi sẽ thu thập thêm thông tin nếu cần, và có thể liên hệ với quý vị hoặc bác sĩ của quý vị.

Thời hạn cho một kháng cáo nhanh

- Đối với kháng cáo nhanh, chúng tôi phải cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi **trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị**. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi làm thế.
 - 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 dành thêm tối đa 14 ngày theo lịch** nếu quý vị yêu cầu về vật phẩm hoặc dịch vụ y tế. Nếu chúng tôi dành thêm ngày để đưa ra quyết định, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không được dành thêm thời gian nếu quý vị yêu cầu thuốc Phần B.
 - Nếu chúng tôi không cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi trong vòng 72 giờ (hoặc chậm nhất vào lúc kết thúc thời gian được gia hạn nếu chúng tôi dành thêm ngày), chúng tôi cần phải tự động chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo, lúc này yêu cầu của quý vị sẽ được xét duyệt bởi một tổ chức đánh giá độc lập. Phần 6.4 giải thích về quy trình kháng cáo Cấp 2.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi quyết định của chúng tôi bằng văn bản cho quý vị và tự động chuyển tiếp kháng nghị của quý vị tới tổ chức đánh giá độc lập để thực hiện kháng nghị Cấp 2. Tổ chức đánh giá độc lập sẽ thông báo bằng văn bản cho quý vị khi tổ chức nhận được kháng cáo của quý vị.

Thời hạn cho một kháng cáo tiêu chuẩn

- Đối với kháng cáo tiêu chuẩn, chúng tôi phải cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi **trong vòng 30 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị. Nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc Phần B mà quý vị không nhận được, chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận đơn kháng cáo của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết quyết định của chúng tôi sớm hơn

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi làm thế.

- 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 dành thêm tối đa 14 ngày theo lịch** nếu quý vị yêu cầu về vật phẩm hoặc dịch vụ y tế. Nếu chúng tôi dành thêm ngày để đưa ra quyết định, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu quý vị yêu cầu thuộc Phần B.
- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi *không cần* thêm ngày, quý vị có thể nộp khiếu nại nhanh. Khi quý vị nộp khiếu nại nhanh, chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời cho đơn khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ. (Để biết thêm thông tin về thủ tục nộp đơn khiếu nại, bao gồm đơn khiếu nại nhanh, hãy xem **Phần 11.**)
- Nếu chúng tôi không đưa ra câu trả lời cho quý vị kịp thời hạn (hoặc đến khi kết thúc khoảng thời gian được gia hạn), chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị lên mức kháng cáo Cấp 2, khi đó tổ chức đánh giá độc lập sẽ xét duyệt kháng cáo này. Phần 6.4 giải thích về quy trình kháng cáo Cấp 2.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm trong vòng 30 ngày theo lịch, hoặc trong vòng 7 ngày theo lịch nếu quý vị yêu cầu thuộc Phần B.**
- **Nếu chương trình của chúng tôi từ chối một phần hoặc toàn bộ kháng nghị của quý vị, quý vị vẫn còn các quyền kháng nghị bổ sung.**
- Nếu chúng tôi từ chối một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị.
 - Nếu vấn đề của quý vị là về bảo hiểm cho dịch vụ hoặc vật dụng của Medicare, thư này sẽ cho quý vị biết chúng tôi đã gửi trường hợp của quý vị đến tổ chức đánh giá độc lập để thực hiện kháng cáo Cấp 2.
 - Nếu vấn đề của quý vị là về bảo hiểm cho dịch vụ hoặc vật dụng của Medicaid, thư này sẽ cho quý vị biết cách thức tự nộp kháng cáo Cấp 2.

Phần 6.4 Quy trình kháng cáo Cấp 2

Thuật Ngữ Pháp Lý:

Tên chính thức cho tổ chức đánh giá độc lập là **Cơ Quan Đánh Giá Độc Lập**. Tổ chức này đôi khi được gọi là **IRE**.

Tổ chức đánh giá độc lập là một tổ chức độc lập được Medicare thuê. Tổ chức này không liên kết với chúng tôi và không phải là cơ quan chính phủ. Tổ chức này quyết định liệu quyết định

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

chúng tôi đã đưa ra có chính xác không hoặc liệu có cần thay đổi hay không. Medicare giám sát hoạt động của tổ chức.

- Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ hoặc vật tư do **Medicare bao trả**, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị lên Cấp 2 trong quy trình kháng cáo ngay khi hoàn thành kháng cáo Cấp 1.
- Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ hoặc vật tư thường do **Medicaid bao trả**, quý vị có thể tự mình nộp kháng cáo Cấp 2. Thư này sẽ cho quý vị biết cách thức thực hiện việc này. Thông tin cũng được cung cấp bên dưới.
- Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc vật dụng có thể được **cả Medicare và Medicaid bao trả**, quý vị sẽ tự động nhận được kháng cáo Cấp 2 với tổ chức đánh giá độc lập. Quý vị cũng có thể yêu cầu Phiên Điều Trần Công Bằng với tiểu bang.

Nếu quý vị đủ điều kiện để tiếp tục hưởng các quyền lợi khi quý vị đã nộp đơn kháng cáo Cấp 1, các quyền lợi của quý vị cho dịch vụ, vật tư hoặc thuốc đang được kháng cáo cũng có thể tiếp tục trong quá trình kháng cáo Cấp 2. Đi đến trang 161 để biết thông tin về cách tiếp tục các quyền lợi của quý vị trong kháng cáo Cấp 1.

- Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ thường chỉ được Medicare bao trả, quyền lợi về dịch vụ đó của quý vị sẽ không được tiếp tục trong suốt quá trình kháng cáo Cấp 2 với tổ chức đánh giá độc lập.
- Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ thường được Medicaid bao trả, quyền lợi về dịch vụ đó của quý vị sẽ tiếp tục nếu quý vị nộp kháng cáo Cấp 2 trong vòng 10 ngày theo lịch sau khi nhận được thư quyết định của chương trình chúng tôi.

Khi vấn đề của quý vị là về dịch vụ hoặc vật tư Medicare thường bao trả:

Bước 1: Tổ chức đánh giá độc lập duyệt xét đơn kháng cáo của quý vị.

- Chúng tôi sẽ gửi thông tin về đơn kháng cáo của quý vị cho tổ chức này. Thông tin này được gọi là **hồ sơ trường hợp** của quý vị. **Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp một bản sao hồ sơ trường hợp của quý vị.**
- Quý vị có quyền cung cấp thông tin bổ sung cho tổ chức đánh giá độc lập để hỗ trợ đơn kháng cáo của quý vị.
- Những người xét duyệt tại tổ chức đánh giá độc lập sẽ xem xét kỹ lưỡng tất cả thông tin liên quan đến đơn kháng cáo của quý vị.

Nếu quý vị đã có kháng cáo nhanh ở Cấp 1, quý vị cũng sẽ có kháng cáo nhanh ở Cấp 2.

- Đối với kháng cáo nhanh, tổ chức đánh giá độc lập phải cho quý vị biết câu trả lời đối với đơn kháng cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** kể từ khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.
- Nếu quý vị yêu cầu vật dụng hoặc dịch vụ y tế và tổ chức đánh giá độc lập cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **có thể mất thêm tối đa là 14 ngày theo lịch.** Tổ chức đánh giá độc lập không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu quý

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

vị yêu cầu thuốc Phần B.

Nếu quý vị có kháng cáo tiêu chuẩn ở Cấp 1, quý vị cũng sẽ có kháng cáo tiêu chuẩn ở Cấp 2.

- Đối với kháng cáo tiêu chuẩn, nếu quý vị yêu cầu vật dụng hoặc dịch vụ y tế, tổ chức đánh giá độc lập phải cho quý vị biết câu trả lời đối với đơn kháng cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 30 ngày theo lịch** sau khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu thuốc Phần B, tổ chức đánh giá độc lập phải cho quý vị biết câu trả lời đối với đơn kháng cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi tổ chức này nhận được đơn kháng cáo của quý vị.
- Nếu quý vị yêu cầu vật dụng hoặc dịch vụ y tế và tổ chức đánh giá độc lập cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **có thể mất thêm tối đa là 14 ngày theo lịch**. Tổ chức đánh giá độc lập không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu quý vị yêu cầu thuốc Phần B.

Bước 2: Tổ chức đánh giá độc lập sẽ cho quý vị biết câu trả lời của họ.

Tổ chức đánh giá độc lập sẽ cho quý vị biết quyết định của họ bằng văn bản và giải thích lý do đưa ra quyết định đó.

- **Nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý với một phần hoặc tất cả yêu cầu vật dụng hoặc dịch vụ y tế**, chúng tôi phải cho phép bao trả dịch vụ chăm sóc y tế trong vòng **72 giờ** hoặc cung cấp dịch vụ trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá đối với **yêu cầu tiêu chuẩn**. Đối với **các yêu cầu nhanh**, chúng tôi có **72 giờ** kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá độc lập.
- **Nếu tổ chức đánh giá đồng ý với một phần hoặc tất cả yêu cầu thuốc Phần B**, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp thuốc Phần B đang có tranh chấp trong vòng **72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá đối với **yêu cầu tiêu chuẩn**. Đối với **các yêu cầu nhanh**, chúng tôi có **24 giờ** kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá độc lập.
- **Nếu tổ chức đánh giá độc lập từ chối một phần hoặc toàn bộ kháng nghị của quý vị**, điều này có nghĩa là họ đồng ý với chương trình của chúng tôi rằng yêu cầu (hoặc một phần yêu cầu) bao trả chăm sóc y tế của quý vị không nên được chấp thuận. (Đây được gọi là **giữ nguyên quyết định** hay **bác bỏ kháng cáo của quý vị**.) Trong trường hợp này, tổ chức đánh giá độc lập sẽ gửi thư cho quý vị:
 - Giải thích quyết định.
 - Thông báo cho quý vị về quyền được kháng cáo Cấp 3 nếu giá trị tiền mặt của mức bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế đáp ứng mức tối thiểu nhất định. Thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được từ tổ chức đánh giá độc lập sẽ cho quý vị biết giá trị tiền mặt mà quý vị cần đáp ứng để được tiếp tục quy trình kháng cáo.
 - Cho quý vị biết cách nộp đơn kháng cáo Cấp 3.
- Nếu Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị bị từ chối và quý vị đáp ứng các yêu cầu để tiếp tục

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

thủ tục kháng cáo, quý vị phải quyết định liệu quý vị muốn đi tiếp tới Cấp 3 và nộp đơn kháng cáo lần thứ ba hay không. Chi tiết về cách thực hiện điều này có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau đơn Kháng Cáo Cấp 2 của quý vị.

- Kháng cáo Cấp 3 được giải quyết bởi một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử. **Phần 10** của chương này sẽ giải thích về quy trình kháng cáo Cấp 3, 4 và 5.

Khi vấn đề của quý vị là về dịch vụ hoặc vật tư Medicaid thường bao trả:

Bước 1: Yêu cầu Phiên Điều Trần Công Bằng với tiểu bang.

- Cấp 2 của quy trình kháng cáo đối với các dịch vụ thường được Medicaid bao trả là Phiên Điều Trần Công Bằng với tiểu bang. Quý vị phải yêu cầu Phiên Điều Trần Công Bằng bằng văn bản hoặc qua điện thoại **trong vòng 120 ngày theo lịch** kể từ ngày chúng tôi gửi thư quyết định về kháng cáo Cấp 1 của quý vị. Thư quý vị nhận được từ chúng tôi sẽ cho quý vị biết nơi gửi yêu cầu phiên điều trần của quý vị.

Bước 2: Văn phòng Phiên Điều Trần Công Bằng cho quý vị biết câu trả lời của họ.

Văn phòng Phiên Điều Trần Công Bằng sẽ cho quý vị biết quyết định của họ bằng văn bản và giải thích lý do.

- **Nếu Văn phòng Phiên điều trần Công bằng chấp thuận một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về hạng Phần hoặc dịch vụ y tế**, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ/hạng Phần đó trong vòng 72 giờ sau khi nhận được quyết định từ Văn phòng Phiên điều trần Công bằng.
- **Nếu Văn phòng Phiên điều trần Công bằng từ chối một phần hoặc toàn bộ kháng nghị của quý vị**, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với chương trình của chúng tôi rằng yêu cầu (hoặc một phần yêu cầu) của quý vị về phạm vi chi trả cho chăm sóc y tế không nên được chấp thuận. (Đây được gọi là **giữ nguyên quyết định** hay **bác bỏ kháng cáo của quý vị**.)

Nếu quyết định là từ chối tất cả hoặc một phần những gì quý vị đã yêu cầu, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo khác.

Nếu tổ chức đánh giá độc lập hoặc quyết định của văn phòng Phiên Điều Trần Công Bằng là từ chối tất cả hoặc một phần những gì quý vị yêu cầu, quý vị có quyền **kháng cáo bổ sung**.

Thư quý vị nhận được từ văn phòng Phiên Điều Trần Công Bằng sẽ mô tả tùy chọn kháng cáo tiếp theo này.

Xem **Phần 10** để biết thêm thông tin về kháng cáo của quý vị sau Cấp 2.

Phần 6.5 **Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả lại cho quý vị một hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho dịch vụ chăm sóc y tế**

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ hoặc vật tư Medicaid được chương trình chúng tôi bao trả, quý vị có thể yêu cầu chương trình hoàn trả cho quý vị (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 cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả bởi chương trình của chúng tôi. Khi quý vị gửi cho chúng tôi hóa đơn quý vị đã thanh toán, chúng tôi sẽ xem xét hóa đơn và quyết định xem các dịch vụ hoặc thuốc đó có được bao trả hay không. Nếu quyết định nên bao trả, chúng tôi sẽ hoàn trả cho quý vị chi phí cho dịch vụ hoặc thuốc đó.

Yêu cầu hoàn trả là yêu cầu quyết định mức bảo hiểm từ chúng tôi

Nếu quý vị gửi cho chúng tôi giấy tờ yêu cầu bồi hoàn, quý vị đang yêu cầu đưa ra quyết định bảo hiểm. Để đưa ra quyết định này, chúng tôi sẽ kiểm tra xem liệu dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã thanh toán có được bao trả hay không. Chúng tôi cũng sẽ kiểm tra xem quý vị có tuân thủ các quy tắc về việc sử dụng bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị không.

Nếu quý vị muốn chúng tôi hoàn trả cho quý vị dịch vụ hoặc vật tư **Medicare** hoặc quý vị đang yêu cầu chúng tôi thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho dịch vụ hoặc vật tư Medicaid mà quý vị đã thanh toán, hãy yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm này. Chúng tôi sẽ kiểm tra xem liệu dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã thanh toán 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 về việc sử dụng bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị 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 đã tuân theo các quy định thì chúng tôi sẽ gửi cho quý vị khoản thanh toán cho chi phí đó thông thường trong vòng 30 ngày theo lịch, nhưng không muộn hơn 60 ngày theo lịch, sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
- **Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị:** Nếu chăm sóc y tế *không* được chi trả, hoặc quý vị *không* tuân thủ đầy đủ các quy định, chúng tôi sẽ không gửi thanh toán. Thay vào đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư nêu rõ chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế và lý do vì sao.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định từ chối của chúng tôi, **quý vị có thể nộp đơn kháng cáo.** Nếu quý vị nộp đơn kháng cáo, điều đó có nghĩa là quý vị đang yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định mức bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra khi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị.

Để thực hiện kháng nghị này, hãy làm theo quy trình kháng nghị tại Phần 6.3. Đối với các kháng cáo liên quan đến bồi hoàn, hãy lưu ý:

- Chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận được kháng cáo của quý vị.
- Nếu tổ chức đánh giá độc lập quyết định rằng chúng tôi phải thanh toán, chúng tôi phải gửi cho quý vị hoặc nhà cung cấp khoản thanh toán trong vòng 30 ngày theo lịch. Nếu câu trả lời cho đơn kháng cáo của quý vị là đồng ý ở bất kỳ giai đoạn nào của thủ tục kháng cáo sau Cấp 2 thì chúng tôi phải gửi khoản thanh toán mà quý vị đã yêu cầu cho quý vị hoặc cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong vòng 60 ngày theo lịch.

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

PHẦN 7 Thuộc Phần D: Cách yêu cầu một quyết định mức bảo hiểm hoặc nộp đơn kháng cáo

Phần 7.1 Phần này cho quý vị biết phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề khi nhận thuốc Phần D hoặc quý vị muốn chúng tôi hoàn lại tiền thuốc Phần D cho quý vị

Quyền lợi của quý vị bao gồm bảo hiểm cho nhiều loại thuốc theo toa. Để được chi trả, thuốc phải được sử dụng theo chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. (Xem Chương 5 để biết chi tiết về một chỉ định được chấp nhận về mặt y tế.) Để biết chi tiết về thuốc Phần D, quy tắc, hạn chế và chi phí, hãy xem Chương 5 và 6. **Phần này chỉ nói về các loại thuốc Phần D của quý vị.** Chúng tôi thường nói *thuốc* trong phần còn lại của phần này, thay vì luôn lặp lại thuốc theo toa dành cho bệnh nhân ngoại trú *được chi trả* hoặc *thuốc Phần D* cho ngắn gọn. Chúng tôi cũng sử dụng thuật ngữ Danh Sách Thuốc thay vì *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả* hoặc danh Phần thuốc.

- Nếu quý vị không biết liệu một loại thuốc có được bao trả hay không hoặc quý vị có đáp ứng các quy định hay không, quý vị có thể hỏi chúng tôi. Một số loại thuốc đòi hỏi quý vị phải được chúng tôi phê duyệt trước khi chúng tôi bao trả loại thuốc đó.
- Nếu nhà thuốc của quý vị cho quý vị biết rằng toa thuốc của quý vị không được mua theo toa thì nhà thuốc sẽ gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản giải thích cách liên hệ với chúng tôi để yêu cầu quyết định bảo hiểm.

Quyết định bảo hiểm và kháng cáo Phần D

Thuật Ngữ Pháp Lý:

Quyết định bảo hiểm ban đầu về các thuốc Phần D của quý vị được gọi là **quyết định bảo hiểm**.

Quyết định bảo hiểm là một quyết định chúng tôi đưa ra về quyền lợi và bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền mà chúng tôi sẽ trả cho thuốc của quý vị. Phần này trình bày điều quý vị có thể làm nếu rơi vào bất kỳ trường hợp nào trong các trường hợp sau:

- Yêu cầu bao trả cho thuốc Phần D không có trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi. **Yêu cầu trường hợp ngoại lệ. Phần 7.2.**
- Yêu cầu miễn hạn chế về mức bảo hiểm của chương trình chúng tôi đối với một loại thuốc (chẳng hạn như các giới hạn về số lượng thuốc mà quý vị có thể nhận, tiêu chí về sự cho phép trước hoặc yêu cầu thử một loại thuốc khác trước). **Yêu cầu trường hợp ngoại lệ. Phần 7.2.**
- Yêu cầu chấp thuận trước cho một loại thuốc. **Yêu cầu quyết định bảo hiểm. Phần 7.4.**
- Thanh toán cho thuốc theo toa mà quý vị đã mua. **Yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị. Phần 7.4.**

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

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

Phần này cho quý vị biết cả cách yêu cầu quyết định bảo hiểm và cách nộp đơn kháng cáo.

Phần 7.2 Yêu cầu trường hợp ngoại lệ

Thuật ngữ Pháp lý:

Yêu cầu bảo hiểm cho một loại thuốc không nằm trong Danh Sách Thuốc là yêu cầu **ngoại lệ trong danh Phần thuốc**.

Yêu cầu xóa bỏ hạn chế đối với mức bảo hiểm cho một loại thuốc là yêu cầu **ngoại lệ trong danh Phần thuốc**.

Yêu cầu thanh toán ở giá thấp hơn cho một loại thuốc không ưu tiên được bao trả là yêu cầu **ngoại lệ phân bậc**.

Nếu một loại thuốc không được bao trả theo cách mà quý vị muốn được bao trả, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi tạo một **trường hợp ngoại lệ**. Ngoại lệ là một loại quyết định bảo hiểm.

Để chúng tôi có thể cân nhắc yêu cầu trường hợp ngoại lệ của quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác sẽ cần đưa ra các lý do y tế giải thích tại sao quý vị cần trường hợp ngoại lệ được chấp thuận. Dưới đây là 2 ví dụ về ngoại lệ mà quý vị hoặc bác sĩ hay người kê đơn khác có thể yêu cầu chúng tôi áp dụng:

- 1. Bao trả một loại thuốc Phần D không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi.** Quý vị không thể yêu cầu trường hợp ngoại lệ với khoản chia sẻ chi phí mà chúng tôi yêu cầu quý vị thanh toán cho loại thuốc đó.
- 2. Bỏ hạn chế đối với một loại thuốc được bao trả.** Chương 5 mô tả các quy tắc hoặc hạn chế bổ sung áp dụng cho một số loại thuốc nhất định trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi. Nếu chúng tôi đồng ý áp dụng một trường hợp ngoại lệ và miễn trừ hạn chế cho quý vị, quý vị có thể yêu cầu trường hợp ngoại lệ cho khoản đồng thanh toán hoặc khoản đồng bảo hiểm mà chúng tôi yêu cầu quý vị thanh toán cho thuốc đó.

Phần 7.3 Những điều quan trọng cần biết về việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ

Bác sĩ của quý vị phải cho chúng tôi biết các lý do y tế

Bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác phải gửi cho chúng tôi thông báo giải thích các lý do y tế về việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ. Để có quyết định nhanh hơn, hãy đưa vào thông báo này những thông tin y tế từ bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác khi quý vị yêu cầu trường hợp ngoại lệ.

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Thông thường, Danh Sách Thuốc của chúng tôi bao gồm nhiều hơn một loại thuốc để điều trị một bệnh trạng cụ thể. Những khả năng khác nhau này được gọi là thuốc **thay thế**. Nếu thuốc thay thế có hiệu quả như loại thuốc mà quý vị 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 trường hợp ngoại lệ của quý vị.

Chúng tôi có thể đồng ý hoặc từ chối yêu cầu của quý vị

- Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu trường hợp ngoại lệ của quý vị thì sự chấp thuận của chúng tôi thường có hiệu lực đến hết năm chương trình của chúng tôi. Điều này đúng nếu bác sĩ của quý vị tiếp tục kê toa thuốc đó cho quý vị và thuốc đó vẫn an toàn và có hiệu quả để điều trị bệnh lý của quý vị.
- Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị, quý vị có thể yêu cầu xem xét bằng cách nộp đơn kháng cáo.

Phần 7.4 Cách yêu cầu quyết định bao trả, bao gồm cả ngoại lệ

Thuật ngữ Pháp lý:

Quyết định nhanh về bảo hiểm được gọi là **quyết định bảo hiểm nhanh**.

Bước 1: Quyết định xem quý vị cần một quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn hay một quyết định nhanh về bảo hiểm.

Quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn được đưa ra trong vòng **72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được giấy chứng nhận của bác sĩ của quý vị. **Quyết định nhanh về bảo hiểm** được đưa ra trong vòng **24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được giấy chứng nhận của bác sĩ của quý vị.

Hãy yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định nhanh về bảo hiểm cho quý vị nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi điều đó. Để nhận được quyết định nhanh về việc bao trả, quý vị phải đáp ứng 2 yêu cầu:

- Quý vị phải yêu cầu một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được. (Quý vị không thể yêu cầu quyết định nhanh về bảo hiểm để hoàn lại tiền cho thuốc quý vị đã mua).
- Sử dụng thời hạn tiêu chuẩn có thể gây tổn hại nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị hoặc làm tổn hại đến chức năng hoạt động của quý vị.
- Nếu bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác cho chúng tôi biết rằng tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi một quyết định nhanh về bảo hiểm, chúng tôi sẽ tự động cung cấp cho quý vị quyết định nhanh về bảo hiểm.
- Nếu quý vị tự mình yêu cầu một quyết định nhanh về bảo hiểm mà không cần sự hỗ trợ từ bác sĩ hoặc người kê toa của quý vị, chúng tôi sẽ quyết định xem tình trạng sức khỏe của quý vị có yêu cầu chúng tôi phải cung cấp cho quý vị một quyết định nhanh về bảo hiểm hay không. Nếu chúng tôi không phê duyệt một quyết định nhanh về

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

bảo hiểm, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị để:

- Giải thích rằng chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.
- Giải thích rằng nếu bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị yêu cầu quyết định nhanh về bảo hiểm, chúng tôi sẽ tự động cung cấp một quyết định nhanh về bảo hiểm cho quý vị.
- Giải thích rằng quý vị có thể nộp khiếu nại nhanh về quyết định của chúng tôi khi ra quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn thay vì quyết định nhanh về bảo hiểm như 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 bảo hiểm tiêu chuẩn hoặc một quyết định nhanh về bảo hiểm.

Bắt đầu bằng cách gọi điện thoại, viết thư, hoặc gửi fax cho chương trình của chúng tôi để yêu cầu chúng tôi cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm đối với dịch vụ chăm sóc y tế quý vị muốn. Quý vị cũng có thể tìm hiểu về thủ tục của việc quyết định về sự bao trả qua trang mạng của chúng tôi. Chúng tôi phải chấp nhận mọi yêu cầu bằng văn bản, bao gồm yêu cầu được nộp trên *Biểu mẫu Yêu cầu Xác định Phạm vi chi trả theo Mẫu của CMS*, có trên trang web của chúng tôi tại go.wellcare.com/coverage-determination. Chương 2 có thông tin liên hệ. Để giúp chúng tôi xử lý yêu cầu của quý vị, vui lòng ghi kèm tên, thông tin liên hệ và thông tin cho thấy yêu cầu bồi hoàn nào bị từ chối đang được kháng nghị.

Quý vị, bác sĩ của quý vị (hoặc người kê toa khác) hoặc người đại diện của quý vị có thể thực hiện điều này. Quý vị cũng có thể yêu cầu luật sư hành xử thay mặt quý vị. Phần 4 của chương này cho biết cách quý vị có thể cho phép bằng văn bản để một người nào đó làm người đại diện cho quý vị.

- **Nếu quý vị yêu cầu ngoại lệ, cung cấp văn bản hỗ trợ**, tức lý do y khoa cho ngoại lệ. Bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thẩm quyền cho toa thuốc có thể gửi fax hoặc gửi tuyên bố đó qua đường bưu điện cho chúng tôi. Hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thẩm quyền cho toa thuốc có thể thông báo cho chúng tôi qua điện thoại và theo dõi bằng cách gửi fax hoặc gửi tuyên bố bằng văn bản qua đường bưu điện nếu cần thiết.

Bước 3: Chúng tôi xem xét yêu cầu của quý vị và chúng tôi cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi.

Thời hạn đối với quyết định nhanh về bảo hiểm

- Chúng tôi nhìn chung phải cho quý vị biết câu trả lời **trong vòng 24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
 - Đối với trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được văn bản hỗ trợ từ bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi làm thế.

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

- Nếu chúng tôi không đáp ứng được thời hạn này, chúng tôi cần phải chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo để một tổ chức đánh giá độc lập xét duyệt yêu cầu này.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi phải cung cấp mức bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc tuyên bố của bác sĩ ủng hộ yêu cầu của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích lí do tại sao chúng tôi từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách nộp đơn kháng cáo.

Thời hạn cho quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn về loại thuốc quý vị chưa nhận được

- Chúng tôi phải cho quý vị biết câu trả lời **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
 - Đối với trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được văn bản hỗ trợ từ bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi làm thế.
 - Nếu chúng tôi không đáp ứng được thời hạn này, chúng tôi cần phải chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo để một tổ chức đánh giá độc lập xét duyệt yêu cầu này.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi **phải cung cấp mức bảo hiểm** mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc tuyên bố của bác sĩ ủng hộ yêu cầu của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích lí do tại sao chúng tôi từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách nộp đơn kháng cáo.

Thời hạn cho quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn về thanh toán cho một loại thuốc mà quý vị đã mua

- Chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 14 ngày** theo lịch sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.

○ Nếu chúng tôi không đáp ứng được thời hạn này, chúng tôi cần phải chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo để một tổ chức đánh giá độc lập xét duyệt yêu cầu này.

- **Nếu trả lời của chúng tôi là chấp thuận một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị**, chúng tôi cũng phải thanh toán cho quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích lí do tại sao chúng tôi từ chối.

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách nộp đơn kháng cáo.

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối với yêu cầu ngoại lệ của quý vị, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo.

- Nếu chúng tôi từ chối, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cân nhắc lại quyết định này bằng cách kháng cáo. Điều này có nghĩa là một lần nữa yêu cầu được bảo hiểm cho thuốc mà quý vị muốn. Khi quý vị nộp đơn kháng cáo có nghĩa là quý vị sẽ tới Cấp 1 trong quy trình kháng cáo.

Phần 7.5 Cách nộp đơn kháng cáo Cấp 1

Thuật ngữ Pháp lý:

Đơn kháng nghị lên chương trình về quyết định bảo hiểm đối với thuốc Phần D được gọi là **tái quyết định của chương trình chúng tôi**.

Kháng cáo nhanh được gọi là **tái quyết định nhanh**.

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

Kháng cáo tiêu chuẩn thường được đưa ra trong vòng 7 ngày theo lịch. Kháng cáo nhanh thường được đưa ra trong vòng 72 giờ. Hãy yêu cầu kháng cáo nhanh nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi điều đó.

- Nếu quý vị kháng nghị quyết định của chúng tôi về một thuốc mà quý vị chưa nhận, quý vị và bác sĩ hoặc người kê đơn khác sẽ cần quyết định xem có cần kháng nghị nhanh hay không.
- Các yêu cầu để được xét đơn kháng cáo nhanh giống với các yêu cầu để nhận được quyết định nhanh về bảo hiểm ở Phần 7.4.

Bước 2: Quý vị, người đại diện, bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị phải liên hệ với chúng tôi và nộp đơn kháng cáo Cấp 1 của quý vị. Nếu sức khỏe của quý vị cần trả lời nhanh, quý vị phải yêu cầu kháng cáo nhanh.

- **Đối với các kháng nghị tiêu chuẩn, hãy gửi yêu cầu bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi.** Chương 2 có thông tin liên hệ.
- **Đối với kháng nghị nhanh, gửi kháng nghị bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi theo số 1-888-846-4262 (TTY: 711).** Chương 2 có thông tin liên hệ.
- **Chúng tôi phải chấp nhận mọi yêu cầu bằng văn bản, bao gồm yêu cầu được nộp trên Biểu mẫu Yêu cầu Xem xét lại theo Mẫu của CMS, biểu mẫu này có trên trang web của chúng tôi tại go.wellcare.com/redetermination.** Bao gồm tên, thông tin liên hệ và thông tin về yêu cầu của quý vị để giúp chúng tôi xử lý yêu cầu.

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

- **Quý vị có thể nộp kháng nghị điện tử qua trang web của chúng tôi tại go.wellcare.com/OhanaHI.**
- **Quý vị phải nộp yêu cầu kháng nghị trong vòng 65 ngày theo lịch kể từ ngày ghi trên văn bản thông báo chúng tôi đã gửi cho quý vị để cho biết câu trả lời của chúng tôi về quyết định bảo hiểm.** Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này và có lý do chính đáng, hãy giải thích lý do quý vị kháng cáo trễ hạn khi thực hiện kháng cáo. Chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để thực hiện kháng cáo. Ví dụ về lý do chính đáng có thể bao gồm bệnh nghiêm trọng khiến quý vị không liên hệ được với chúng tôi hoặc chúng tôi cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác hoặc không hoàn chỉnh về thời hạn cho yêu cầu kháng cáo.
- **Quý vị có thể yêu cầu bản sao thông tin trong đơn kháng nghị của quý vị và bổ sung thêm thông tin.** Quý vị và bác sĩ của quý vị cũng có thể bổ sung thêm thông tin để hỗ trợ cho kháng cáo của quý vị.

Bước 3: Chúng tôi xem xét đơn kháng cáo của quý vị và cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi.

- Khi chúng tôi đánh giá đơn kháng cáo của quý vị, chúng tôi sẽ xem xét thận trọng lại tất cả thông tin về yêu cầu bao trả của quý vị. Chúng tôi kiểm tra xem liệu chúng tôi có đang tuân theo tất cả các quy định khi chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị hay không.
- Chúng tôi có thể liên lạc với quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác để biết thêm thông tin.

Thời hạn cho một kháng cáo nhanh

- Đối với kháng cáo nhanh, chúng tôi phải cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi **trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị**. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi làm thế.
 - Nếu chúng tôi không cho quý vị biết câu trả lời trong vòng 72 giờ, chúng tôi phải chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo, nơi một tổ chức đánh giá độc lập sẽ xét duyệt yêu cầu này. **Phần 7.6** giải thích về quy trình kháng cáo Cấp 2.
- **Nếu trả lời của chúng tôi là chấp thuận một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị**, chúng tôi phải cung cấp phạm vi chi trả đã đồng ý trong vòng 72 giờ sau khi nhận được kháng nghị của quý vị.
- Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản giải thích tại sao chúng tôi từ chối và cách quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.

Thời hạn cho kháng cáo tiêu chuẩn về một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được

- Đối với kháng cáo tiêu chuẩn, chúng tôi phải cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị. Chúng tôi cho quý vị biết quyết định của chúng tôi sớm hơn nếu quý vị chưa nhận được thuốc và

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi phải làm vậy.

- Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định trong vòng 7 ngày theo lịch, chúng tôi buộc phải chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị, nơi một tổ chức đánh giá độc lập sẽ xem xét. **Phần 7.6** giải thích về quy trình kháng cáo Cấp 2.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm càng nhanh càng tốt theo nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị, nhưng không quá **7 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng nghị của quý vị.
- N **ếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản giải thích tại sao chúng tôi từ chối và cách quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.

Thời hạn cho kháng cáo tiêu chuẩn về việc thanh toán cho một loại thuốc mà quý vị đã mua

- Chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 14 ngày** theo lịch sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
 - Nếu chúng tôi không đáp ứng được thời hạn này, chúng tôi cần phải chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo để một tổ chức đánh giá độc lập xét duyệt yêu cầu này.
- **Nếu trả lời của chúng tôi là chấp thuận một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị**, chúng tôi cũng phải thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích lí do tại sao chúng tôi từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách nộp đơn kháng cáo.

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối đơn kháng cáo của quý vị thì quý vị sẽ quyết định xem liệu quý vị có muốn tiếp tục thủ tục kháng cáo và nộp đơn kháng cáo khác không.

- Nếu quý vị quyết định nộp đơn kháng cáo khác, điều này có nghĩa là đơn kháng cáo của quý vị sẽ chuyển lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo.

Phần 7.6 Cách nộp đơn kháng cáo Cấp 2

Thuật Ngữ Pháp Lý:

Tên chính thức cho tổ chức đánh giá độc lập là **Cơ Quan Đánh Giá Độc Lập**. Tổ chức này đôi khi được gọi là **IRE**.

Tổ chức đánh giá độc lập là một tổ chức độc lập được Medicare thuê. Tổ chức này không liên kết với chúng tôi và không phải là cơ quan chính phủ. Tổ chức này quyết định liệu quyết định chúng tôi đã đưa ra có chính xác không hoặc liệu có cần thay đổi hay không. Medicare giám sát

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

hoạt động của tổ chức.

Bước 1: Quý vị (hoặc người đại diện của quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác) phải liên hệ với tổ chức đánh giá độc lập và yêu cầu xét duyệt trường hợp của quý vị.

- Nếu chúng tôi từ chối đơn kháng cáo Cấp 1 của quý vị thì thông báo bằng văn bản mà chúng tôi gửi cho quý vị sẽ bao gồm **hướng dẫn cách nộp đơn kháng cáo Cấp 2** lên tổ chức đánh giá độc lập. Những hướng dẫn này sẽ cho biết ai có thể nộp đơn kháng cáo Cấp 2 này, quý vị phải tuân theo những thời hạn nào và cách liên hệ với tổ chức đánh giá độc lập.
- **Quý vị phải nộp yêu cầu kháng nghị trong vòng 65 ngày theo lịch** kể từ ngày ghi trên văn bản thông báo.
- Nếu chúng tôi không hoàn thành xét duyệt trong khung thời gian áp dụng hoặc đưa ra quyết định không mong muốn đối với quyết định **có nguy cơ** theo chương trình quản lý thuốc của chúng tôi, chúng tôi sẽ tự động gửi yêu cầu của quý vị đến IRE.
- Chúng tôi sẽ gửi thông tin về đơn kháng cáo của quý vị cho tổ chức này. Thông tin này được gọi là **hồ sơ trường hợp** của quý vị. **Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp một bản sao hồ sơ trường hợp của quý vị.**
- Quý vị có quyền cung cấp thông tin bổ sung cho tổ chức đánh giá độc lập để hỗ trợ đơn kháng cáo của quý vị.

Bước 2: Tổ chức đánh giá độc lập duyệt xét đơn kháng cáo của quý vị.

Những người xét duyệt tại tổ chức đánh giá độc lập sẽ xem xét kỹ lưỡng tất cả thông tin liên quan đến đơn kháng cáo của quý vị.

Thời hạn cho kháng cáo nhanh

- Nếu cần kháng cáo nhanh do tình trạng sức khỏe, quý vị hãy yêu cầu kháng cáo nhanh với tổ chức đánh giá độc lập.
- Nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý áp dụng kháng cáo nhanh cho quý vị, tổ chức này phải cho quý vị biết câu trả lời đối với đơn kháng cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được yêu cầu kháng cáo của quý vị.

Thời hạn cho kháng cáo tiêu chuẩn

- Đối với kháng cáo tiêu chuẩn, tổ chức đánh giá độc lập phải cho quý vị biết câu trả lời đối với đơn kháng cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi tổ chức này nhận được đơn kháng cáo của quý vị nếu đó là kháng cáo về thuốc mà quý vị chưa nhận. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại cho quý vị đối với loại thuốc mà quý vị đã mua, tổ chức đánh giá độc lập phải cho quý vị biết câu trả lời đối với kháng cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.

Bước 3: Tổ chức đánh giá độc lập sẽ cho quý vị biết câu trả lời của họ.

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Đối với kháng cáo nhanh:

- Nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải cung cấp phạm vi chi trả thuốc đã được tổ chức đánh giá độc lập phê duyệt **trong vòng 24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá độc lập.

Đối với kháng cáo tiêu chuẩn:

- Nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý đối với một phần hoặc tất cả yêu cầu bảo hiểm quý vị, chúng tôi phải **cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được tổ chức đánh giá độc lập chấp thuận **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá độc lập này.
- Nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý với một phần hoặc tất cả yêu cầu hoàn lại tiền cho quý vị đối với loại thuốc mà quý vị đã mua thì chúng tôi cần phải **gửi khoản thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá độc lập này.

Điều gì sẽ xảy ra nếu tổ chức đánh giá độc lập từ chối đơn kháng cáo của quý vị?

Nếu tổ chức độc lập này từ chối một phần hoặc toàn bộ kháng cáo của quý vị, điều này có nghĩa là họ đồng ý với quyết định của chúng tôi khi không chấp thuận yêu cầu (hoặc một phần yêu cầu) của quý vị. (Đây được gọi là **giữ nguyên quyết định** hay **bác bỏ kháng cáo của quý vị**.) Trong trường hợp này, tổ chức đánh giá độc lập sẽ gửi thư cho quý vị:

- Giải thích quyết định.
- Cho quý vị biết về quyền kháng cáo Cấp 3 của quý vị nếu giá trị tính bằng đô la của bảo hiểm thuốc mà quý vị đang yêu cầu đáp ứng mức tối thiểu nhất định. Nếu trị giá của thuốc được bao trả tính bằng đồng đô la mà quý vị yêu cầu quá thấp, quý vị không thể tiếp tục kháng cáo thêm và quyết định ở Cấp 2 sẽ là quyết định cuối cùng.
- Cho quý vị biết giá trị đang tranh chấp tính bằng đô la phải là bao nhiêu để tiếp tục quy trình kháng cáo.

Bước 4: Nếu trường hợp của quý vị đáp ứng yêu cầu, quý vị có thể chọn muốn nộp đơn kháng cáo lên mức cao hơn hay không.

- Có thêm 3 mức trong thủ tục kháng cáo sau Cấp 2 (tổng số 5 mức kháng cáo).
- Nếu quý vị muốn tiếp tục nộp đơn kháng cáo Cấp 3 thì những chi tiết về cách thực hiện sẽ có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau khi có quyết định về kháng cáo Cấp 2 của quý vị.
- Kháng cáo Cấp 3 được giải quyết bởi một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử. **Phần 10** cho biết thêm về quy trình cho kháng cáo Cấp 3, 4 và 5.

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

PHẦN 8 Cách yêu cầu chúng tôi bao trả cho thời gian nằm viện điều trị nội trú kéo dài nếu quý vị cho rằng quý vị được cho xuất viện quá sớm

Khi quý vị được nhập viện, quý vị có quyền nhận 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 của quý vị và đội ngũ nhân viên của bệnh viện trao đổi với quý vị để chuẩn bị cho ngày quý vị xuất viện. Họ sẽ giúp sắp xếp dịch vụ chăm sóc mà quý vị có thể cần sau khi quý vị ra viện.

- Ngày quý vị ra viện được gọi là **ngày xuất viện**.
- Khi ngày xuất viện của quý vị đã được quyết định, bác sĩ của quý vị hoặc nhân viên bệnh viện sẽ cho quý vị biết.
- Nếu quý vị cho rằng quý vị được yêu cầu ra viện quá sớm, quý vị có thể yêu cầu thời gian nằm viện lâu hơn và yêu cầu của quý vị sẽ được xem xét.

Phần 8.1 Trong suốt thời gian quý vị nằm viện điều trị nội trú, quý vị sẽ nhận được văn bản thông báo từ Medicare cho biết các quyền của quý vị

Trong vòng 2 ngày theo lịch sau khi nhập viện, quý vị sẽ nhận được thông báo bằng văn bản gọi là *Thông Báo Quan Trọng từ Medicare về Các Quyền Của Quý Vị*. Tất cả mọi người có Medicare sẽ nhận được một bản sao của thông báo này. Nếu quý vị không nhận được thông báo từ một người trong bệnh viện (ví dụ như một nhân viên công tác xã hội hoặc y tá), hãy hỏi nhân viên bệnh viện để xin bản thông báo. Nếu quý vị cần trợ giúp, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY xin gọi 711) hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (người dùng TTY hãy gọi 1-877-486-2048).

1. Hãy đọc kỹ thông báo này và đặt câu hỏi nếu quý vị không hiểu thông báo. Thông báo này cho quý vị biết:

- Quyền nhận các dịch vụ được Medicare bao trả trong và sau thời gian quý vị nằm viện, theo chỉ thị của bác sĩ. Quyền này bao gồm quyền được biết các dịch vụ này là gì, ai sẽ thanh toán dịch vụ, và quý vị có thể nhận các dịch vụ này ở đâu.
- Quyền được tham gia vào bất kỳ quyết định nào về việc nằm viện của quý vị.
- Cần báo cáo bất kỳ quan tâm nào mà quý vị có về chất lượng dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện của quý vị cho ai.
- Quyền của quý vị được **yêu cầu xem xét ngay lập tức** quyết định xuất viện nếu quý vị cho rằng quý vị được xuất viện quá sớm. Đây là một cách chính thức, hợp pháp để yêu cầu hoãn ngày xuất viện để chúng tôi bao trả dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện của quý vị trong thời gian lâu hơn.

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

2. Quý vị sẽ được yêu cầu ký văn bản thông báo để thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông báo và hiểu các quyền của mình.

- Quý vị hoặc người khác hành động thay mặt cho quý vị sẽ được yêu cầu ký tên vào thông báo này.
- Việc ký thông báo *chỉ* thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông tin về các quyền của mình. Thông báo này không đưa ra ngày xuất viện của quý vị. Việc ký thông báo **không có nghĩa là** quý vị đồng ý với ngày xuất viện.

3. Hãy giữ bản sao của thông báo để quý vị có thông tin về việc nộp đơn kháng cáo (hoặc báo cáo lo ngại về chất lượng dịch vụ chăm sóc) khi cần.

- Nếu quý vị ký thông báo hơn 2 ngày theo lịch trước ngày xuất viện, quý vị sẽ nhận được một bản sao khác trước khi quý vị được lên lịch xuất viện.
- Để xem trước bản sao của thông báo này, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY xin gọi 711) hoặc 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048. Quý vị cũng có thể nhận thông báo trực tuyến tại www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Phần 8.2 Cách nộp đơn kháng cáo Cấp 1 để thay đổi ngày quý vị xuất viện

Để yêu cầu chúng tôi bao trả các dịch vụ bệnh viện nội trú lâu hơn, quý vị hãy sử dụng quy trình kháng cáo để thực hiện yêu cầu này. Trước khi quý vị bắt đầu, hãy hiểu quý vị cần làm gì và thời hạn là ngày nào.

- **Tuân theo thủ tục**
- **Đáp ứng thời hạn**
- **Yêu cầu trợ giúp nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY xin gọi 711). Hoặc gọi tới Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (SHIP) để được trợ giúp theo nhu cầu. Quý vị có thể tìm thông tin liên hệ của SHIP trong Chương 2, Phần 3. Quý vị có thể tìm thông tin liên hệ của SHIP trong Chương 2, Phần 3.

Trong quá trình kháng cáo Cấp 1, Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ xét duyệt đơn kháng cáo của quý vị. Tổ chức kiểm tra xem ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị có thích hợp về mặt y tế cho quý vị không. **Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng** là một nhóm các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc y tế khác do chính phủ liên bang trả lương để kiểm tra và cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc dành cho những người tham gia Medicare. Việc này bao gồm duyệt xét ngày xuất viện đối với những người tham gia Medicare. Những chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi.

Bước 1: Liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng tại tiểu bang của quý vị và yêu cầu xét duyệt ngay lập tức việc xuất viện của quý vị. Quý vị phải nhanh chóng hành động.

Làm thế nào quý vị có thể liên lạc với tổ chức này?

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

- Văn bản thông báo mà quý vị nhận được (*Thông Báo Quan Trọng từ Medicare về Các Quyền Của Quý Vị*) sẽ 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 trong tiểu bang của quý vị trong Chương 2.

Nhanh chóng hành động:

- Để nộp đơn kháng nghị, quý vị phải liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng *trước khi* quý vị ra viện và **chậm nhất là vào nửa đêm ngày quý vị xuất viện**.
 - **Nếu quý vị đáp ứng được thời hạn này**, quý vị được phép nằm viện *sau* ngày xuất viện mà *không phải thanh toán cho thời gian này* trong khi chờ quyết định từ Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng.
 - **Nếu quý vị không đáp ứng thời hạn này, hãy liên hệ với chúng tôi**. Nếu quý vị quyết định nằm viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch, *quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí* cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau ngày xuất viện theo kế hoạch.

Sau khi yêu cầu xem xét ngay lập tức việc xuất viện của quý vị, Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ liên hệ với chúng tôi. Muộn nhất là trưa ngày hôm sau khi chúng tôi được họ liên hệ, chúng tôi sẽ đưa ra **Thông Báo Chi Tiết về Xuất Viện** cho quý vị. Thông báo này cung cấp cho quý vị ngày xuất viện theo kế hoạch và giải thích chi tiết lý do vì sao bác sĩ, bệnh viện và chúng tôi nghĩ rằng quý vị được xuất viện vào ngày đó là đúng (phù hợp về mặt y tế).

Quý vị có thể lấy mẫu **Thông Báo Chi Tiết về Xuất Viện** bằng cách gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY xin gọi 711) hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.) Hoặc quý vị có thể nhận một thông báo mẫu trực tuyến tại www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Bước 2: Tổ chức Cải tiến Chất lượng tiến hành duyệt xét độc lập trường hợp của quý vị.

- Các chuyên gia sức khỏe tại Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (chúng tôi sẽ gọi tắt họ là *người xét duyệt*) sẽ hỏi quý vị (hoặc người đại diện của quý vị) tại sao quý vị tin rằng bảo hiểm cho dịch vụ cần tiếp tục. Quý vị không phải chuẩn bị bất kỳ thứ gì bằng văn bản, nhưng quý vị có thể làm như vậy nếu muốn.
- Những người duyệt xét cũng sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, trao đổi với bác sĩ của quý vị, và duyệt xét thông tin mà bệnh viện và chúng tôi cung cấp cho họ.
- Muộn nhất là vào trưa ngày sau khi những người xét duyệt thông báo cho chúng tôi về kháng cáo của quý vị, quý vị sẽ nhận được thông báo bằng văn bản của chúng tôi cho biết ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị. Thông báo này cũng giải thích chi tiết lý do vì sao bác sĩ, bệnh viện và chúng tôi nghĩ rằng quý vị được xuất viện vào ngày đó là đúng (phù hợp về mặt y tế).

Bước 3: Trong vòng một ngày sau khi có tất cả thông tin cần thiết, Tổ chức Cải tiến Chất lượng (QIO) sẽ cho quý vị biết câu trả lời của họ đối với đơn kháng cáo của quý vị.

Điều gì sẽ xảy ra nếu câu trả lời là đồng ý?

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

- Nếu tổ chức đánh giá độc lập *đồng ý*, **chúng tôi phải tiếp tục cung cấp các dịch vụ nội trú tại bệnh viện được bao trả trong thời gian các dịch vụ này vẫn còn cần thiết về mặt y tế.**
- Quý vị phải tiếp tục trả phần chia sẻ chi phí của quý vị (như tiền khấu trừ hoặc đồng thanh toán, nếu có). Ngoài ra, có thể có các giới hạn đối với các dịch vụ tại bệnh viện được chi trả của quý vị.

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

- Nếu tổ chức đánh giá độc lập từ chối, họ cho rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là phù hợp về mặt y tế. Nếu điều này xảy ra, **bảo hiểm của chúng tôi cho các dịch vụ nội trú tại bệnh viện của quý vị sẽ kết thúc** vào buổi trưa của ngày **sau** ngày Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng cho quý vị biết câu trả lời của họ đối với đơn kháng cáo của quý vị.
- Nếu tổ chức đánh giá độc lập từ chối đơn kháng cáo của quý vị và quý vị quyết định nằm viện, khi đó **quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí** của dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau buổi trưa của ngày sau khi Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng cho quý vị biết câu trả lời của họ đối với đơn kháng cáo của quý vị.

Bước 4: Nếu câu trả lời đối với đơn kháng cáo Cấp 1 của quý vị là từ chối, quý vị quyết định liệu quý vị có muốn làm một đơn kháng cáo khác hay không.

- Nếu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng *từ chối* đơn kháng nghị của quý vị và quý vị nằm viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch của mình, thì quý vị có thể làm một đơn kháng nghị khác. Làm một đơn kháng cáo khác có nghĩa quý vị sẽ tới **Cấp 2** của quy trình kháng cáo.

Phần 8.3 Từng bước: Cách nộp đơn kháng cáo Cấp 2 để thay đổi ngày quý vị xuất viện

Trong quá trình kháng cáo Cấp 2, quý vị yêu cầu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng xem xét lại quyết định của họ đối với đơn kháng cáo đầu tiên của quý vị. Nếu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng từ chối đơn kháng cáo Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho thời gian quý vị nằm viện sau ngày xuất viện dự kiến.

Bước 1: Quý vị liên lạc với Tổ chức Cải tiến Chất lượng một lần nữa và yêu cầu cuộc duyệt xét khác.

- Quý vị phải yêu cầu lần xét duyệt này **trong vòng 60 ngày** theo lịch sau ngày mà Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng *từ chối* đơn kháng nghị Cấp 1 của quý vị. Quý vị chỉ có thể yêu cầu lần xét duyệt này nếu quý vị nằm viện sau ngày bảo hiểm của quý vị cho dịch vụ chăm sóc kết thúc.

Bước 2: Tổ chức Cải tiến Chất lượng thực hiện cuộc duyệt xét lần thứ hai đối với tình huống của quý vị.

- Những người duyệt xét tại Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ xem xét kỹ lưỡng lại tất cả thông tin liên quan đến đơn kháng cáo của quý vị.

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Bước 3: Trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu kháng cáo Cấp 2 của quý vị, những người xét duyệt sẽ quyết định về đơn kháng cáo và cho biết quyết định của họ.

Nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý:

- Chúng tôi phải hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho các dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được kể từ buổi trưa của ngày sau ngày kháng nghị đầu tiên của quý vị bị Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng từ chối. **Chúng tôi phải tiếp tục cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện trong thời gian điều đó còn cần thiết về mặt y tế.**
- Quý vị phải tiếp tục thanh toán chia sẻ chi phí của quý vị và có thể áp dụng giới hạn mức bảo hiểm.

Nếu tổ chức đánh giá độc lập không đồng ý:

- Điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định họ đã đưa ra đối với đơn kháng cáo Cấp 1 của quý vị.
- Thông báo quý vị nhận được bằng văn bản sẽ cho quý vị biết những điều quý vị có thể làm nếu quý vị muốn tiếp tục thủ tục đánh giá.

Bước 4: Nếu câu trả lời là không, quý vị sẽ cần quyết định có muốn đưa kháng nghị lên Cấp 3 hay không.

- Có thêm 3 mức trong thủ tục kháng cáo sau Cấp 2 (tổng số 5 mức kháng cáo). Nếu quý vị muốn tiếp tục nộp đơn kháng cáo Cấp 3 thì những chi tiết về cách thực hiện sẽ có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau khi có quyết định về kháng cáo Cấp 2 của quý vị.
- Kháng cáo Cấp 3 được giải quyết bởi một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử. **Phần 10** cho biết thêm về Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng cáo.

PHẦN 9 Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả một số dịch vụ y tế nếu quý vị cho rằng bảo hiểm của quý vị kết thúc quá sớm

Khi quý vị đang nhận được **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 Ngoại Trú Toàn Diện)** được bao trả, quý vị có quyền tiếp tục nhận được dịch vụ cho loại chăm sóc đó trong thời gian dịch vụ chăm sóc đó còn cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh tật hoặc chấn thương của quý vị.

Khi chúng tôi quyết định đã đến lúc phải ngừng chi trả bất kỳ loại nào trong 3 loại dịch vụ chăm sóc dành cho quý vị, chúng tôi cần phải thông báo trước cho quý vị. Khi bảo hiểm dành cho loại dịch vụ chăm sóc đó của quý vị kết thúc, *chúng tôi sẽ ngừng thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị.*

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi chấm dứt bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị quá sớm, **quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi**. Phần này sẽ cho quý vị biết cách yêu cầu xét đơn kháng cáo.

Phần 9.1 Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết trước khi nào bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt

Thuật Ngữ Pháp Lý:

Thông Báo Về Việc Không Bao Trả Của Medicare. Thông báo này cho quý vị biết cách yêu cầu xét đơn **kháng nghị giải quyết nhanh**. Yêu cầu xét đơn kháng cáo giải quyết nhanh là cách chính thức, hợp pháp để yêu cầu thay đổi quyết định mức bảo hiểm của chúng tôi về thời điểm ngừng dịch vụ chăm sóc của quý vị.

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

Phần 9.2 Cách nộp đơn kháng cáo Cấp 1 để yêu cầu chương trình của chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị trong thời gian lâu hơn

Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi chi trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị trong thời gian lâu hơn, quý vị sẽ cần phải sử dụng thủ tục kháng cáo để thực hiện yêu cầu này. Trước khi quý vị bắt đầu, hãy hiểu quý vị cần làm gì và thời hạn là ngày nào.

- Tuân theo thủ tục**
- Đáp ứng thời hạn**
- Yêu cầu trợ giúp nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY xin gọi 711). Hoặc gọi Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) để được hỗ trợ theo nhu cầu cá

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

nhân: Chương trình Hawaii State Health Insurance Assistance Program (SHIP) theo số 1-888-875-9229 (người dùng TTY gọi 1-866-810-4379) 8 sáng - 5 chiều giờ địa phương, Thứ Hai - Thứ Sáu. Quý vị có thể tìm thông tin liên hệ của SHIP trong Chương 2, Phần 3.

Trong quá trình kháng cáo Cấp 1, Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ xét duyệt đơn kháng cáo của quý vị. Tổ chức này sẽ 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 và các chuyên gia chăm sóc y tế khác do chính phủ liên bang trả lương để kiểm tra và cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc dành cho những người tham gia Medicare. Điều này bao gồm xem xét các quyết định của chương trình về thời điểm ngừng bao trả một số loại dịch vụ chăm sóc y tế nhất định. Những chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi.

Bước 1: Nộp đơn kháng cáo Cấp 1 của quý vị: liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng và yêu cầu kháng cáo giải quyết nhanh. Quý vị phải nhanh chóng hành động.

Làm thế nào quý vị có thể liên lạc với tổ chức này?

- Thông báo bằng văn bản quý vị đã nhận được (*Thông Báo Về Việc Không Bao Trả Của Medicare*) 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 trong tiểu bang của quý vị trong Chương 2.

Nhanh chóng hành động:

- Quý vị phải liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng để bắt đầu kháng cáo **muộn nhất là vào buổi trưa ngày trước ngày có hiệu lực** trong *Thông Báo về việc Không Bao Trả Của Medicare*.
- Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn và quý vị muốn nộp đơn kháng cáo, quý vị vẫn có quyền kháng cáo. Liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng của quý vị.

Bước 2: Tổ chức Cải tiến Chất lượng tiến hành duyệt xét độc lập trường hợp của quý vị.

Thuật Ngữ Pháp Lý:

Giải Thích Chi Tiết về Việc Không Bao Trả. Thông báo nhằm cung cấp thông tin chi tiết về các lý do kết thúc bảo hiểm.

Điều gì xảy ra trong cuộc duyệt xét này?

- Các chuyên gia sức khỏe tại Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (*những người xét duyệt*) sẽ hỏi quý vị hoặc người đại diện của quý vị, tại sao quý vị tin rằng bảo hiểm cho dịch vụ cần được tiếp tục. Quý vị không phải chuẩn bị bất kỳ thứ gì bằng văn bản, nhưng quý vị có thể làm như vậy nếu muốn.
- Tổ chức đánh giá độc lập cũng sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, trao đổi với bác sĩ của quý vị và đánh giá thông tin mà chương trình của chúng tôi đã cung cấp cho họ.

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

- Cuối cùng, những người xét duyệt sẽ thông báo cho chúng tôi biết về kháng cáo của quý vị, quý vị cũng sẽ nhận được thư *Giải Thích Chi Tiết về Việc Không Bao Trả* từ chúng tôi nhằm giải thích chi tiết lý do chúng tôi ngừng bao trả cho các dịch vụ của quý vị.

Bước 3: Trong vòng tròn một ngày sau khi có tất cả các thông tin cần thiết, những người duyệt xét sẽ cho quý vị biết quyết định của họ.

Điều gì sẽ xảy ra nếu những người xét duyệt trả lời đồng ý?

- Nếu những người đánh giá đồng ý với kháng cáo của quý vị, thì **chúng tôi phải tiếp tục cung cấp các dịch vụ được bao trả của quý vị trong thời gian quý vị còn cần thiết về mặt y tế.**
- Quý vị phải tiếp tục trả phần chia sẻ chi phí của quý vị (như tiền khấu trừ hoặc đồng thanh toán, nếu có). Có thể có các giới hạn đối với các dịch vụ được bao trả của quý vị.

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

- Nếu những người xét duyệt *từ chối*, thì **bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt vào ngày chúng tôi đã thông báo cho quý vị.**
- Nếu quý vị quyết định tiếp tục nhận chăm sóc sức khỏe tại nhà, hoặc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc dịch vụ tại Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF) sau ngày phạm vi chi trả của quý vị kết thúc, **quý vị sẽ phải tự trả toàn bộ chi phí** cho dịch vụ này.

Bước 4: Nếu câu trả lời đối với đơn kháng cáo Cấp 1 của quý vị là từ chối, quý vị quyết định liệu quý vị có muốn làm một đơn kháng cáo khác hay không.

- Nếu bên đánh giá từ chối kháng nghị Cấp 1 của quý vị - và quý vị chọn tiếp tục điều trị sau khi phạm vi chi trả cho dịch vụ đó đã kết thúc, quý vị có thể thực hiện kháng nghị Cấp 2.

Phần 9.3 Cách nộp đơn kháng cáo Cấp 2 để yêu cầu chương trình của chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị trong thời gian lâu hơn

Trong quá trình kháng cáo Cấp 2, quý vị yêu cầu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng xem xét lại quyết định của họ đối với đơn kháng cáo đầu tiên của quý vị. Nếu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng từ chối đơn kháng cáo Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, hoặc dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc dịch vụ tại Cơ Sở Phục Hồi Ngoại Trú Toàn Diện (CORF) của mình *sau* ngày chúng tôi cho biết bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt.

Bước 1: Quý vị liên lạc với Tổ chức Cải tiến Chất lượng một lần nữa và yêu cầu cuộc duyệt xét khác.

- Quý vị phải yêu cầu duyệt xét này **trong vòng 60 ngày** theo lịch sau ngày Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng *từ chối* Kháng Nghị Cấp 1 của quý vị. Quý vị chỉ có thể yêu cầu cuộc duyệt

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

xét này nếu quý vị tiếp theo nhận dịch vụ chăm sóc sau ngày bảo hiểm của quý vị cho dịch vụ chăm sóc đó đã chấm dứt.

Bước 2: Tổ chức Cải tiến Chất lượng thực hiện cuộc duyệt xét lần thứ hai đối với tình huống của quý vị.

- Những người duyệt xét tại Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ xem xét kỹ lưỡng lại tất cả thông tin liên quan đến đơn kháng cáo của quý vị.

Bước 3: Trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu kháng cáo của quý vị, các nhà duyệt xét thuộc sẽ quyết định về đơn kháng cáo của quý vị và cho quý vị biết quyết định của họ.

Điều gì sẽ xảy ra nếu tổ chức đánh giá độc lập trả lời đồng ý?

- Chúng tôi phải hoàn trả** cho quý vị phần chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc quý vị đã nhận được kể từ ngày chúng tôi cho biết bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt. **Chúng tôi phải tiếp tục bao trả** cho dịch vụ chăm sóc đó trong thời gian dịch vụ còn cần thiết về mặt y tế.
- Quý vị phải tiếp tục thanh toán phần chi phí của quý vị và có thể có các giới hạn mức bảo hiểm áp dụng.

Điều gì sẽ xảy ra nếu tổ chức đánh giá độc lập trả lời không đồng ý?

- Điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định đã đưa ra đối với đơn kháng cáo Cấp 1 của quý vị.
- Thông báo quý vị nhận được bằng văn bản sẽ cho quý vị biết những điều quý vị có thể làm nếu quý vị muốn tiếp tục thủ tục đánh giá. Thông báo sẽ cung cấp cho quý vị chi tiết về cách chuyển lên mức kháng cáo tiếp theo, mức được Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử giải quyết.

Bước 4: Nếu câu trả lời là từ chối, quý vị sẽ cần quyết định xem có muốn kháng cáo lên mức cao hơn hay không.

- Có 3 cấp bổ sung của thủ tục kháng cáo sau Cấp 2, trong tổng số 5 mức kháng cáo. Nếu quý vị muốn tiếp tục nộp đơn kháng cáo Cấp 3 thì những chi tiết về cách thực hiện sẽ có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau khi có quyết định về kháng cáo Cấp 2 của quý vị.
- Kháng cáo Cấp 3 được giải quyết bởi một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử. Phần 10 của chương này cho biết thêm về quy trình cho kháng cáo Cấp 3, 4 và 5.

PHẦN 10 Tiếp tục chuyển đơn kháng cáo của quý vị lên Cấp 3, 4 và 5

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Phần 10.1 Các Cấp Kháng Cáo 3, 4 và 5 cho Yêu Cầu Dịch Vụ Y Tế

Phần này có thể thích hợp cho quý vị nếu quý vị đã nộp đơn kháng cáo Cấp 1 và kháng cáo Cấp 2, và cả hai đơn kháng cáo của quý vị đều bị từ chối.

Nếu giá trị tính bằng đồng đô la của hạng Phần hoặc dịch vụ y tế quý vị đã kháng cáo đáp ứng một số mức tối thiểu, quý vị có thể tiếp tục chuyển lên các mức kháng cáo tiếp theo. Nếu giá trị tính bằng đồng đô la thấp hơn mức tối thiểu, quý vị không thể tiếp tục kháng cáo thêm nữa. Văn bản trả lời mà quý vị nhận được cho đơn kháng cáo Cấp 2 của quý vị sẽ giải thích cách nộp đơn kháng cáo Cấp 3.

Đối với hầu hết các tình huống liên quan đến kháng cáo, 3 mức kháng cáo cuối cùng hoạt động giống như 2 mức đầu tiên. Đây là người giải quyết việc duyệt xét đơn kháng cáo của quý ở mỗi mức trong những mức này.

Kháng Cáo Cấp 3

Một **Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử** làm việc cho chính phủ liên bang sẽ xét duyệt kháng cáo và trả lời quý vị.

- **Nếu Thẩm phán Luật hành chính hoặc người phân xử luật sư chấp thuận kháng nghị của quý vị, quy trình kháng nghị có thể kết thúc hoặc có thể chưa.** Không giống như quyết định ở kháng cáo Cấp 2, chúng tôi có quyền kháng cáo quyết định ở Cấp 3 mà có lợi cho quý vị. Nếu chúng tôi quyết định kháng cáo, trường hợp này sẽ chuyển thành kháng cáo Cấp 4.
 - Nếu chúng tôi quyết định *không* kháng cáo, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi nhận được quyết định của Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử.
 - Nếu chúng tôi quyết định kháng cáo quyết định đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị bản sao yêu cầu kháng cáo Cấp 4 cùng bất kỳ tài liệu kèm theo nào. Chúng tôi có thể chờ quyết định kháng cáo Cấp 4 trước khi cho phép hoặc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế đang tranh chấp.
- **Nếu Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử từ chối đơn kháng cáo của quý vị, thủ tục kháng cáo có thể kết thúc hoặc có thể không kết thúc.**
 - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối đơn kháng cáo của quý vị, quy trình kháng cáo kết thúc.
 - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục tới mức tiếp theo của thủ tục duyệt xét. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết việc cần làm cho kháng cáo Cấp 4.

Kháng Cáo Cấp 4

Hội Đồng Kháng Cáo Medicare (Hội Đồng) sẽ đánh giá đơn kháng cáo của quý vị và cho quý vị biết câu trả lời. Hội Đồng này thuộc chính quyền liên bang.

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

• **Nếu câu trả lời là đồng ý, hoặc nếu Hội Đồng từ chối yêu cầu xét duyệt của chúng tôi đối với quyết định có lợi ở kháng nghị Cấp 3, quy trình kháng nghị có thể kết thúc hoặc có thể không kết thúc.** Không giống như quyết định ở Cấp 2, chúng tôi có quyền kháng cáo quyết định ở Cấp 4 mà có lợi cho quý vị. Chúng tôi sẽ quyết định có nên kháng cáo quyết định này đến Cấp 5 hay không.

- Nếu chúng tôi quyết định *không* kháng nghị quyết định đó, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị trong vòng 60 ngày theo lịch sau 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 Kháng cáo từ chối yêu cầu đánh giá, quy trình kháng cáo có thể kết thúc hoặc có thể không kết thúc.**

- Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối đơn kháng cáo của quý vị, quy trình kháng cáo kết thúc.
- Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định đó, quý vị có thể tiếp tục chuyển lên cấp tiếp theo của quy trình xét duyệt. Nếu Hội Đồng từ chối đơn kháng cáo của quý vị, thông báo quý vị nhận được sẽ cho biết liệu các quy định có cho phép quý vị tiếp tục lên 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 Khu Vực Liên Bang** sẽ đánh giá đơn kháng cáo của quý vị.

- Thẩm phán sẽ xét duyệt tất cả thông tin và quyết định *đồng ý* hoặc *từ chối* yêu cầu của quý vị. Đây là câu trả lời cuối cùng. Không còn thêm cấp kháng cáo nào sau cấp Tòa Án Quận Liên Bang.

Phần 10.2 Kháng nghị bổ sung của Chương trình Med-QUEST Division Hawaii (Medicaid)

Quý vị cũng có quyền kháng cáo khác nếu kháng cáo của quý vị là về các dịch vụ hoặc vật tư Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) thường bao trả. Thư quý vị nhận được từ văn phòng Phiên Điều Trần Công Bằng sẽ cho quý vị biết những việc cần làm nếu muốn tiếp tục quy trình kháng cáo.

Phần 10.3 Các Cấp Kháng Cáo 3, 4 và 5 cho Yêu Cầu Thuốc Phần D

Phần này có thể thích hợp cho quý vị nếu quý vị đã nộp đơn kháng cáo Cấp 1 và kháng cáo Cấp 2, và cả hai đơn kháng cáo của quý vị đều bị từ chối.

Nếu giá trị của thuốc mà quý vị đã kháng cáo đáp ứng số tiền nhất định, quý vị có thể chuyển sang

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

các cấp kháng cáo bổ sung. Nếu số tiền ít hơn, quý vị không thể kháng cáo thêm nữa. Văn bản trả lời mà quý vị nhận được cho đơn kháng cáo Cấp 2 của quý vị sẽ giải thích cần liên hệ với ai và cần làm gì để yêu cầu xét đơn kháng cáo Cấp 3.

Đối với hầu hết các tình huống liên quan đến kháng cáo, 3 mức kháng cáo cuối cùng hoạt động giống như 2 mức đầu tiên. Đây là người giải quyết việc duyệt xét đơn kháng cáo của quý vị ở mỗi mức trong những mức này.

Kháng Cáo Cấp 3

Một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử làm việc cho chính phủ liên bang sẽ xét duyệt kháng cáo và trả lời quý vị.

- **Nếu câu trả lời là đồng ý, thủ tục kháng nghị kết thúc.** Chúng tôi phải **cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư xét xử chấp thuận **trong vòng 72 giờ (24 giờ đối với kháng cáo nhanh) hoặc thanh toán chậm nhất là 30 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định.
- **Nếu Thẩm phán Luật hành chính hoặc người phân xử luật sư từ chối kháng nghị của quý vị, quy trình kháng nghị có thể kết thúc hoặc có thể chưa.**
 - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối đơn kháng cáo của quý vị, quy trình kháng cáo kết thúc.
 - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục tới mức tiếp theo của thủ tục duyệt xét. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết việc cần làm cho kháng cáo Cấp 4.

Kháng Cáo Cấp 4

Hội Đồng Kháng Cáo Medicare (Hội Đồng) sẽ đánh giá đơn kháng cáo của quý vị và cho quý vị biết câu trả lời. Hội Đồng này thuộc chính quyền liên bang.

- **Nếu câu trả lời là đồng ý, thủ tục kháng nghị kết thúc.** Chúng tôi phải **cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được Hội Đồng chấp thuận **trong vòng 72 giờ (24 giờ đối với kháng cáo nhanh) hoặc thanh toán chậm nhất là 30 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định.
- **Nếu câu trả lời là từ chối hoặc nếu Hội đồng Kháng cáo từ chối yêu cầu đánh giá, quy trình kháng cáo có thể kết thúc hoặc có thể không kết thúc.**
 - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối đơn kháng cáo của quý vị, quy trình kháng cáo kết thúc.
 - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định đó, quý vị có thể tiếp tục chuyển lên cấp tiếp theo của quy trình xét duyệt. Nếu Hội Đồng từ chối đơn kháng cáo của quý vị, thông báo quý vị nhận được sẽ cho biết liệu các quy định có cho phép quý vị tiếp tục lên kháng cáo Cấp 5 hay không và cách tiếp tục với kháng cáo Cấp 5.

Kháng Cáo Cấp 5

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Một thẩm phán tại **Tòa Án Khu Vực Liên Bang** sẽ đánh giá đơn kháng cáo của quý vị.

- Thẩm phán sẽ xét duyệt tất cả thông tin và quyết định *đồng ý* hoặc *từ chối* yêu cầu của quý vị. Đây là câu trả lời cuối cùng. Không còn thêm cấp kháng cáo nào sau cấp Tòa Án Quận Liên Bang.

Nộp đơn khiếu nại

PHẦN 11 Cách nộp đơn khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ, dịch vụ khách hàng hoặc các quan tâm khác

Phần 11.1 Những loại vấn đề nào được giải quyết theo thủ tục khiếu nại

Quy trình khiếu nại *chỉ được* dùng cho một số loại vấn đề nhất định. Những loại này gồm các vấn đề liên quan đến chất lượng chăm sóc, thời gian chờ, và dịch vụ khách hàng. Dưới đây là các ví dụ về các loại vấn đề được giải quyết theo thủ tục khiếu nại.

Khiếu nại	Ví dụ
Chất lượng dịch vụ chăm sóc y tế	Quý vị có không hài lòng với chất lượng chăm sóc quý vị nhận được (kể cả dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện) không?
Tôn trọng quyền riêng tư của quý vị	Có người không tôn trọng quyền riêng tư của quý vị hoặc chia sẻ thông tin bí mật không?
Thiếu tôn trọng, dịch vụ khách hàng kém hoặc những hành vi tiêu cực khác	- Có người đã thô lỗ hoặc thiếu tôn trọng quý vị không? - Quý vị có không hài lòng với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi không? - Quý vị có cảm thấy mình đang được khuyến khích rời khỏi chương trình của chúng tôi không?

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Khiếu nại	Ví dụ
Thời gian chờ	• Quý vị có gặp khó khăn khi đặt hẹn hoặc phải chờ quá lâu để đặt hẹn không? • Quý vị có phải chờ bác sĩ, dược sĩ hoặc chuyên gia y tế khác quá lâu không? Hoặc bởi bộ phận Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi hoặc nhân viên khác của chương trình? ○ Ví dụ như chờ quá lâu khi gọi điện, trong phòng chờ hoặc phòng khám, hoặc lấy toa thuốc.
Tình trạng vệ sinh	• Quý vị có không hài lòng với tình trạng vệ sinh hoặc tình trạng của một phòng khám, bệnh viện hoặc phòng mạch của bác sĩ?
Thông tin quý vị nhận được từ chúng tôi	• Có phải chúng tôi không gửi cho quý vị thông báo cần thiết không? • Thông tin bằng văn bản của chúng tôi có khó hiểu không?
Tính kịp thời (Những loại khiếu nại này đều về <i>tính kịp thời</i> trong hành động của chúng tôi liên quan đến quyết định bảo hiểm và kháng cáo)	Nếu quý vị đã yêu cầu chúng tôi về một quyết định bảo hiểm hoặc đã nộp đơn kháng cáo và quý vị cho rằng chúng tôi không trả lời đủ nhanh, quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về sự chậm trễ của chúng tôi. Dưới đây là các ví dụ: • Nếu quý vị đã yêu cầu chúng tôi ra một <i>quyết định nhanh về bảo hiểm</i> hoặc <i>kháng cáo nhanh</i> và chúng tôi đã từ chối, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại. • Quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn của các quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo; quý vị có thể khiếu nại. • Quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn bao trả hoặc bồi hoàn cho quý vị về một số vật phẩm hoặc dịch vụ y tế hoặc thuốc đã được phê duyệt; quý vị có thể khiếu nại. • Quý vị tin rằng chúng tôi không đáp ứng được thời hạn theo yêu cầu trong việc chuyển tiếp trường hợp của quý vị đến tổ chức đánh giá độc lập; quý vị có thể khiếu nại.

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Phần 11.2 Cách nộp đơn khiếu nại

Thuật ngữ Pháp lý:

Khiếu nại cũng được gọi là **than phiền**.

Nộp đơn khiếu nại được gọi là **nộp đơn than phiền**.

Sử dụng quy trình khiếu nại được gọi là **sử dụng quy trình nộp đơn than phiền**.

Khiếu nại nhanh được gọi là **than phiền được giải quyết nhanh**.

Bước 1: Liên hệ với chúng tôi ngay lập tức – qua điện thoại hoặc bằng văn bản.

- **Gọi bộ phận Dịch vụ Thành viên tại 1-888-846-4262** (người dùng TTY gọi 711) là **bước đầu tiên**. Nếu có bất kỳ điều gì khác quý vị cần phải làm, Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên sẽ cho quý vị biết.
- **Nếu quý vị không muốn gọi (hoặc đã gọi nhưng không hài lòng), quý vị có thể viết khiếu nại và gửi cho chúng tôi.** Nếu quý vị lập khiếu nại bằng văn bản, chúng tôi sẽ trả lời đơn khiếu nại của quý vị bằng văn bản.
- **Nếu chúng tôi không thể giải quyết đơn khiếu nại của quý vị qua điện thoại, chúng tôi có một thủ tục chính thức để xem xét đơn khiếu nại của quý vị. Chúng tôi gọi đây là Thủ Tục Than Phiền.** Để nộp đơn khiếu nại hoặc nếu quý vị có câu hỏi về thủ tục này, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên. Hoặc, quý vị có thể gửi email cho chúng tôi một yêu cầu bằng văn bản tới địa chỉ được nêu trong phần *Khiếu Nại về Dịch Vụ Chăm Sóc Y Tế* hoặc *Khiếu Nại về Thuốc Theo Toa Phần D* trong Chương 2 của tài liệu này.
 - Nếu quý vị yêu cầu trả lời bằng văn bản, nếu quý vị nộp đơn khiếu nại (than phiền) bằng văn bản, hoặc nếu đơn khiếu nại của quý vị liên quan đến chất lượng chăm sóc, chúng tôi sẽ trả lời quý vị bằng văn bản.
 - Quý vị cần nộp đơn khiếu nại trong vòng 60 ngày sau ngày xảy ra sự kiện. Quý vị có thể gửi khiếu nại của mình một cách chính thức bằng văn bản theo địa chỉ được nêu trong phần *Khiếu Nại về Dịch Vụ Chăm Sóc Y Tế* hoặc *Khiếu Nại về Thuốc Theo Toa Phần D* trong Chương 2 của tài liệu này.
 - Chúng tôi phải nhanh chóng thông báo cho quý vị quyết định của chúng tôi về khiếu nại của quý vị tùy theo trường hợp của quý vị dựa vào tình trạng sức khỏe của quý vị, nhưng không quá 30 ngày sau khi nhận được khiếu nại. Chúng tôi có thể gia hạn thời gian tối đa 14 ngày theo lịch nếu quý vị yêu cầu gia hạn hoặc nếu chúng tôi thấy cần thêm thông tin và việc trì hoãn là có lợi nhất cho quý vị.
 - Trong một số trường hợp nhất định, quý vị có quyền yêu cầu một đánh giá nhanh khiếu nại của quý vị. Đây được gọi là Thủ Tục Khiếu Nại Nhanh. Quý vị được quyền được đánh giá nhanh khiếu nại của mình nếu quý vị không đồng ý với quyết định

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

của chúng tôi trong các trường hợp sau:

- Chúng tôi từ chối yêu cầu được đánh giá nhanh một yêu cầu về dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc Phần D của quý vị.
 - Chúng tôi từ chối yêu cầu được đánh giá nhanh một kháng cáo về dịch vụ hoặc thuốc Phần D bị từ chối.
 - Chúng tôi quyết định rằng chúng tôi cần thêm thời gian để đánh giá yêu cầu dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị.
 - Chúng tôi quyết định rằng chúng tôi cần thêm thời gian để đánh giá kháng cáo về chăm sóc y tế bị từ chối của quý vị.
- Quý vị có thể gửi loại khiếu nại này qua điện thoại bằng cách gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên. Quý vị cũng có thể gửi khiếu nại cho chúng tôi bằng văn bản theo địa chỉ được nêu trong phần *Khiếu Nại về Dịch Vụ Chăm Sóc Y Tế* hoặc *Khiếu Nại về Thuốc Theo Toa Phần D* trong Chương 2 của tài liệu này. Sau khi nhận được khiếu nại nhanh, một Bác Sĩ Lâm Sàng sẽ đánh giá trường hợp của quý vị và quyết định lý do từ chối yêu cầu được đánh giá nhanh của quý vị hay gia hạn cho trường hợp này có phù hợp hay không. Chúng tôi sẽ thông báo miệng cho quý vị về quyết định xử lý nhanh trường hợp và thông báo bằng văn bản trong vòng 24 giờ kể từ khi nhận được khiếu nại của quý vị.
- **Dù quý vị gọi hay viết, quý vị nên gọi bộ phận Dịch vụ Thành viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY gọi 711) ngay.** Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại bất cứ lúc nào sau khi quý vị gặp vấn đề muốn khiếu nại.

Bước 2: Chúng tôi xem xét đơn khiếu nại của quý vị và cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi.

- **Nếu có thể, chúng tôi trả lời quý vị ngay lập tức.** Nếu quý vị gọi cho chúng tôi để khiếu nại, chúng tôi có thể cho quý vị biết câu trả lời ngay trong cuộc gọi đó.
- **Hầu hết các đơn khiếu nại đều được trả lời trong vòng 30 ngày theo lịch.** Nếu chúng tôi cần thêm thông tin và sự chậm trễ là vì lợi ích tốt nhất của quý vị hoặc nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, chúng tôi có thể dành thêm tối đa là 14 ngày theo lịch (tổng cộng là 44 ngày theo lịch) để trả lời đơn khiếu nại của quý vị. Nếu chúng tôi quyết định dành thêm ngày để đưa ra quyết định, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản.
- **Nếu quý vị nộp đơn khiếu nại vì chúng tôi đã từ chối yêu cầu quyết định nhanh về bảo hiểm hoặc kháng nghị nhanh của quý vị, chúng tôi sẽ tự động cung cấp đơn khiếu nại nhanh cho quý vị.** Nếu quý vị có đơn khiếu nại nhanh, điều đó có nghĩa là chúng tôi sẽ cho quý vị biết **câu trả lời trong vòng 24 giờ.**
- **Nếu chúng tôi không đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ đơn khiếu nại của quý vị hoặc không chịu trách nhiệm về vấn đề quý vị đang khiếu nại, chúng tôi sẽ cho quý vị biết lý do trong câu trả lời của chúng tôi.

Chương 9 Nếu quý vị gặp vấn đề khó khăn hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Phần 11.3 Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về chất lượng chăm sóc lên Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng

Khi đơn khiếu nại của quý vị là về *chất lượng chăm sóc*, quý vị cũng có 2 tùy chọn bổ sung:

- **Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại trực tiếp lên Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng.** Tổ chức Cải tiến Chất lượng là một nhóm các bác sĩ thực hành và các chuyên gia chăm sóc y tế khác do 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 nộp đơn khiếu nại cùng lúc lên Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng và chúng tôi.**

Phần 11.4 Quý vị cũng có thể thông báo cho Medicare và Chương Trình Med-QUEST Division Program (Medicaid) của Hawaii về đơn khiếu nại của quý vị

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại về chương trình của chúng tôi trực tiếp lên Medicare. Để nộp đơn khiếu nại lên Medicare, hãy truy cập

www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY/TDD có thể gọi số 1-877-486-2048.

Đối với các khiếu nại liên quan đến các dịch vụ được bao trả theo Chương Trình Bộ Phận Hawaii Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii, vui lòng liên hệ với văn phòng Medicaid Tiểu Bang của quý vị. Quý vị có thể tìm thông tin liên hệ trong Chương 2, Phần 6.

CHƯƠNG 10:

Chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi

PHẦN 1 Chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Việc chấm dứt là hội viên chương trình Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) có thể là **tự nguyện** (quý vị tự chọn), hoặc **không tự nguyện** (không là chọn lựa của quý vị):

- Quý vị có thể rời khỏi chương trình của chúng tôi, bởi vì quý vị quyết định rằng mình *muốn* rời khỏi chương trình. Phần 2 và 3 cung cấp thông tin về việc tự nguyện chấm dứt tư cách hội viên của quý vị.
- Cũng có một số trường hợp bị hạn chế khi chúng tôi bị bắt buộc ngưng tư cách hội viên của quý vị. Phần 5 cho quý vị biết về các tình huống, khi chúng tôi phải ngưng tư cách hội viên của quý vị.

Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, chương trình của chúng tôi phải tiếp tục cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế và thuốc theo toa của quý vị và quý vị sẽ tiếp tục thanh toán phần chia sẻ chi phí cho đến khi tư cách hội viên của quý vị kết thúc.

PHẦN 2 Khi nào quý vị có thể chấm dứt tham gia chương trình của chúng tôi với tư cách hội viên?

Phần 2.1 Quý vị có thể bị chấm dứt tư cách hội viên do quý vị có Medicare và Medicaid

Hầu hết mọi người tham gia Medicare có thể kết thúc tư cách hội viên chỉ trong những thời điểm nhất định của năm. Vì quý vị có Medicaid, quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi bằng cách chọn một trong các tùy chọn Medicare sau vào bất kỳ kỳ tháng nào trong năm:

- Original Medicare có chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt,
- Với Original Medicare không có một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt (Nếu quý vị chọn lựa chọn này và nhận được Trợ Giúp Bổ Sung, Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình bảo hiểm thuốc, trừ khi quý vị yêu cầu không tự động ghi danh) hoặc
- Nếu hội đủ điều kiện, D-SNP tích hợp cung cấp cho Medicare của quý vị và hầu hết

Chương 10 Chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi

hoặc tất cả các quyền lợi và dịch vụ Medicaid của quý vị trong một chương trình.

Lưu ý: Nếu quý vị rút tên khỏi chương trình bảo hiểm thuốc Medicare, không còn nhận được Trợ Giúp Bổ Sung; đồng thời không có bảo hiểm thuốc tín nhiệm, trong một khoảng thời gian 63 ngày liên tục trở lên thì quý vị có thể cần trả tiền phạt ghi danh trễ Phần D, nếu sau đó quý vị tham gia một chương trình bảo hiểm thuốc Medicare.

- Gọi Văn phòng Medicaid của Tiểu bang quý vị theo số 1-800-316-8005, người dùng TTY gọi 711 để tìm hiểu các lựa chọn chương trình Medicaid của quý vị.
- Các tùy chọn chương trình bảo hiểm y tế Medicare khác được cung cấp trong **Giai Đoạn Ghi Danh Mở**. Phần 2.2 cho quý vị biết thêm về Giai Đoạn Ghi Danh Mở Rộng.
- **Tư cách hội viên của quý vị sẽ thường kết thúc vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu thay đổi chương trình của quý vị.** Việc ghi danh của quý vị trong chương trình mới cũng sẽ bắt đầu vào ngày này.

Phần 2.2 Quý vị có thể ngưng là hội viên chương trình trong Giai Đoạn Ghi Danh Mở Rộng

Quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên trong **Giai Đoạn Ghi Danh Mở Rộng** mỗi năm. Trong thời gian này, hãy xem xét bảo hiểm thuốc và sức khỏe của quý vị và quyết định về bảo hiểm cho năm tiếp theo.

- **Giai Đoạn Ghi Danh Mở Rộng** là từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12.
- **Hãy chọn giữ lại bảo hiểm hiện tại, hoặc thay đổi bảo hiểm của mình cho năm tới.** Nếu quý vị quyết định đổi qua một chương trình mới, thì quý vị có thể chọn bất cứ loại chương trình nào sau đây:
 - Một chương trình bảo hiểm y tế Medicare khác, có hoặc không có bảo hiểm thuốc.
 - Original Medicare *kèm theo* chương trình thuốc Medicare riêng biệt
 - Original Medicare *không kèm theo* chương trình thuốc Medicare riêng biệt.
 - Nếu đủ điều kiện, D-SNP tích hợp cung cấp cho Medicare của quý vị và hầu hết hoặc tất cả các quyền lợi và dịch vụ Medicaid của quý vị trong một chương trình.

Nếu quý vị nhận được Trợ Giúp Bổ Sung từ Medicare để trả tiền thuốc theo toa: Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh vào một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt, Medicare có thể ghi danh cho quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị yêu cầu không tự động ghi danh.

Lưu ý: Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi chương trình bảo hiểm thuốc kê đơn Medicare và không còn nhận được Trợ Giúp Bổ Sung, đồng thời không có bảo hiểm thuốc kê đơn tín nhiệm từ 63 ngày liên tiếp trở lên, thì quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh trễ Phần D

Chương 10 Chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi

nếu sau đó quý vị tham gia một chương trình thuốc Medicare.

- **Tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi sẽ chấm dứt** khi chương trình bảo hiểm mới của quý vị bắt đầu vào ngày 1 tháng 1.

Phần 2.3 Quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong Giai Đoạn Ghi Danh Mở của Medicare Advantage

Quý vị có thể thay đổi bảo hiểm y tế của quý vị *một lần* trong **Giai Đoạn Ghi Danh Mở Rộng của Medicare Advantage** hàng năm.

- **Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage** kéo dài từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 và cũng dành cho những người thụ hưởng Medicare mới đã ghi danh vào một chương trình MA, từ tháng được hưởng Phần A và Phần B cho đến ngày cuối cùng của tháng thứ 3 được hưởng.
- **Trong Giai Đoạn Ghi Danh Mở Rộng của Medicare Advantage hàng năm**, quý vị có thể:
 - Chuyển sang một Chương Trình Medicare Advantage khác có hoặc không có bảo hiểm thuốc.
 - Hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi và nhận bảo hiểm thông qua Original Medicare. Nếu quý vị đổi qua Original Medicare trong giai đoạn này, quý vị cũng có thể tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng vào thời điểm đó.
- **Tư cách hội viên của quý vị sẽ chấm dứt** vào ngày đầu tháng sau khi quý vị ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage khác hoặc chúng tôi nhận thư yêu cầu của quý vị xin đổi qua Original Medicare. Nếu quý vị cũng chọn ghi danh vào một chương trình thuốc Medicare, thì tư cách hội viên của quý vị trong chương trình bảo hiểm thuốc sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng, sau khi bảo hiểm thuốc kê đơn nhận thư quý vị yêu cầu ghi tên tham gia.

Phần 2.4 Trong một số tình huống nhất định, quý vị có thể ngưng là hội viên trong Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt

Trong một trường hợp, quý vị có thể đủ điều kiện chấm dứt tư cách hội viên vào các thời điểm khác trong năm. Đây gọi là **Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt**.

Quý vị có thể đủ điều kiện để kết thúc tư cách hội viên trong Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt nếu quý vị nằm trong bất kỳ tình huống nào sau đây. Đây chỉ là những ví dụ. Để biết danh sách đầy đủ, quý vị có thể liên hệ với chương trình của chúng tôi, gọi cho Medicare hoặc truy cập www.Medicare.gov.

- Thông thường, khi quý vị chuyển đi
- Nếu quý vị tham gia Chương Trình Med-QUEST Division Program (Medicaid) của Hawaii

Chương 10 Chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi

- Nếu quý vị đủ điều kiện nhận Trợ Giúp Bổ Sung để thanh toán cho bảo hiểm thuốc Medicare của quý vị
- Nếu chúng tôi vi phạm hợp đồng với quý vị
- Nếu quý vị được chăm sóc trong một y viện, như viện dưỡng lão hoặc một bệnh viện chăm sóc dài hạn (LTC).
- **Lưu ý:** Nếu quý vị đang tham gia chương trình quản lý thuốc, quý vị chỉ có thể đủ điều kiện cho một số Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt. Chương 5, Phần 10 cho quý vị biết nhiều hơn về các chương trình quản lý thuốc.
- **Lưu ý:** Phần 2.1 cho quý vị biết thêm về giai đoạn ghi danh đặc biệt cho những người có Medicaid.

Các giai đoạn thời gian ghi danh khác nhau tùy theo trường hợp của quý vị.

Để tìm hiểu xem quý vị có đủ điều kiện ghi danh trong Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt hay không, xin gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048. Nếu quý vị hợp lệ ngưng tư cách hội viên, vì một hoàn cảnh đặc biệt, quý vị có thể chọn thay đổi cả hai bảo hiểm y tế Medicare và bảo hiểm thuốc. Quý vị có thể chọn:

- Một chương trình bảo hiểm y tế Medicare khác, có hoặc không có bảo hiểm thuốc,
- Original Medicare *kèm theo* chương trình thuốc Medicare riêng biệt,
- Original Medicare *không* kèm theo chương trình thuốc Medicare riêng biệt.
- Nếu hội đủ điều kiện, D-SNP tích hợp cung cấp cho Medicare của quý vị và hầu hết hoặc tất cả các quyền lợi và dịch vụ Medicaid của quý vị trong một chương trình.

Lưu ý: Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi chương trình bảo hiểm thuốc Medicare và không còn nhận được Trợ Giúp Bổ Sung, đồng thời không có bảo hiểm thuốc tín nhiệm từ 63 ngày liên tiếp trở lên, thì quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh trễ Phần D nếu sau đó quý vị tham gia một chương trình thuốc Medicare.

Nếu quý vị nhận được Trợ Giúp Bổ Sung từ Medicare để thanh toán cho các loại thuốc được bao trả của quý vị: Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh vào một chương trình thuốc Medicare riêng biệt, Medicare có thể ghi danh cho quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị yêu cầu không tự động ghi danh.

Tư cách hội viên của quý vị thông thường sẽ chấm dứt vào ngày đầu tiên của tháng sau khi nhận thư quý vị yêu cầu đổi chương trình.

Lưu ý: Phần 2.1 và 2.2 cho quý vị biết thêm về thời gian ghi danh đặc biệt cho những người có Medicaid và Trợ Giúp Bổ Sung.

Chương 10 Chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi

Phần 2.5 Nhận thêm thông tin về việc khi nào quý vị chấm dứt tư cách hội viên

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về việc kết thúc tư cách hội viên, quý vị có thể:

- Gọi bộ phận Dịch vụ Thành viên của chương trình theo số **1-888-846-4262** (người dùng TTY gọi **711**)
- Tìm thông tin trong sổ tay **Medicare & Quý Vị năm 2026**
- Gọi cho **Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) người dùng TTY hãy gọi 1-877-486-2048)

PHẦN 3 Cách chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi

Bảng liệt kê sau đây giải thích cách quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi.

Để chuyển từ chương trình của chúng tôi sang:	Sau đây là những việc cần làm:
Một chương trình bảo hiểm y tế Medicare khác	• Ghi danh vào một chương trình bảo hiểm y tế Medicare mới. • Quý vị sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) khi phạm vi chi trả của chương trình mới bắt đầu.
Original Medicare kèm theo chương trình thuốc Medicare riêng biệt	• Ghi danh vào chương trình thuốc Medicare mới. • Quý vị sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) khi phạm vi chi trả của chương trình mới bắt đầu.

Chương 10 Chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi

Để chuyển từ chương trình của chúng tôi sang:	Sau đây là những việc cần làm:
Original Medicare <i>không</i> kèm theo một chương trình thuốc Medicare riêng biệt	• Gửi cho chúng tôi văn bản yêu cầu hủy ghi danh hoặc truy cập trang web của chúng tôi để hủy ghi danh trực tuyến. Gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY gọi số 711) nếu quý vị cần thêm thông tin về cách thực hiện việc này. • Quý vị cũng có thể gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) và yêu cầu được hủy ghi danh. Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048. • Quý vị sẽ bị hủy ghi danh khỏi Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) khi phạm vi chi trả của Original Medicare bắt đầu.

Lưu ý: Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi chương trình bảo hiểm thuốc Medicare và không còn nhận được Trợ Giúp Bổ Sung, đồng thời không có bảo hiểm thuốc tín nhiệm từ 63 ngày liên tiếp trở lên, thì quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh trễ Phần D nếu sau đó quý vị tham gia một chương trình thuốc Medicare.

Đối với câu hỏi về Quyền lợi Chương trình Med-QUEST Division của Hawaii (Medicaid) của quý vị, gọi 1-800-316-8005, TTY 711, 7:45 sáng - 4:30 chiều HT, Thứ Hai - Thứ Sáu. Hãy hỏi cách tham gia một chương trình khác, nếu không quay lại Original Medicare sẽ ảnh hưởng đến cách quý vị nhận bảo hiểm Chương Trình Bộ Phận Hawaii Med-QUEST (Medicaid).

PHẦN 4 Cho tới khi ngưng là hội viên, quý vị phải tiếp tục nhận các vật phẩm y tế, dịch vụ và thuốc qua chương trình của chúng tôi

Cho đến khi tư cách thành viên của quý vị kết thúc, và phạm vi chi trả Medicare và Chương trình Med-QUEST Division của Hawaii (Medicaid) mới của quý vị bắt đầu, quý vị phải tiếp tục nhận hạng Phần, dịch vụ y tế và thuốc theo đơn thông qua chương trình của chúng tôi.

- **Tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi để nhận dịch vụ chăm sóc y tế.**
- **Tiếp tục sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi hoặc đặt hàng qua đường bưu điện để mua thuốc theo toa của quý vị.**
- **Nếu quý vị nhập viện vào ngày kết thúc tư cách hội viên, thời gian nằm viện của quý**

Chương 10 Chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi

vị sẽ được chương trình của chúng tôi bao trả cho đến khi xuất viện (ngay cả khi quý vị được xuất viện sau khi bắt đầu bảo hiểm y tế mới).

PHẦN 5 Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) phải chấm dứt tư cách thành viên chương trình của chúng tôi trong một số tình huống

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) phải chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi nếu xảy ra bất kỳ điều nào sau đây:

- Nếu quý vị không còn tham gia Medicare Part A và Part B
- Nếu quý vị không còn đủ điều kiện tham gia Chương trình Med-QUEST Division của Hawaii (Medicaid). Như đã nêu trong Chương 1, Phần 2.1, chương trình của chúng tôi dành cho những người đủ điều kiện nhận cả Medicare và Chương Trình Bộ Phận Med-QUEST (Medicaid) của Hawaii. Nếu quý vị không còn đáp ứng được các yêu cầu đủ điều kiện đặt biệt cho chương trình của chúng tôi, tư cách hội viên của quý vị trong chương trình này sẽ chấm dứt sau 6 tháng. Tuy nhiên, trong thời gian này, chương trình Medicare Advantage không chịu trách nhiệm chi trả bất kỳ quyền lợi nào của Chương trình Med-QUEST Division của Hawaii (Medicaid) có thể nằm trong Chương trình Medicaid Tiểu bang của quý vị. Quý vị sẽ nhận được một thông báo từ chúng tôi thông báo cho quý vị về việc chấm dứt tư cách hội viên của quý vị và các lựa chọn của quý vị. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về yêu cầu đủ điều kiện của quý vị, vui lòng liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên.
 - Giai đoạn được coi là vẫn tiếp tục đủ điều kiện cho chương trình của chúng tôi kéo dài 6 tháng. Giai đoạn được coi là vẫn tiếp tục đủ điều kiện bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sau tháng mà quý vị bị mất tình trạng nhu cầu đặc biệt
- Nếu quý vị chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi
- Nếu quý vị ra khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi, lâu hơn 6 tháng.
 - Nếu quý vị chuyển nhà hoặc đi xa dài ngày, hãy gọi bộ phận Dịch vụ Thành viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY gọi 711) để biết nơi quý vị chuyển đến hay đi du lịch có nằm trong khu vực phục vụ của chương trình chúng tôi hay không.
- Nếu quý vị bị giam giữ (vào tù)
- Nếu quý vị không còn là công dân Hoa Kỳ hoặc sống hợp pháp tại Hoa Kỳ
- Nếu quý vị nói dối hoặc che giấu thông tin về bảo hiểm khác, quý vị có mà cung cấp bảo hiểm thuốc
- Nếu quý vị cố tình cung cấp thông tin sai lệch cho chúng tôi khi quý vị ghi danh trong chương trình của chúng tôi và thông tin đó có ảnh hưởng tới tư cách điều kiện cho chương trình của chúng tôi. (Chúng tôi không thể bắt buộc quý vị rời chương trình của chúng tôi vì lý do này, trừ khi chúng tôi được Medicare sự ủy quyền trước.)
- Nếu quý vị tiếp tục ứng xử theo cách quấy 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

Chương 10 Chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi

chúng tôi. (Chúng tôi không thể yêu cầu quý vị rời chương trình vì lý do này trừ khi trước tiên nhận được sự cho phép của Medicare)

- Nếu quý vị cho người khác sử dụng thẻ hội viên của mình để nhận dịch vụ chăm sóc y tế. (Chúng tôi không thể yêu cầu quý vị rời chương trình vì lý do này trừ khi trước tiên nhận được sự cho phép của Medicare)
 - 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 có thắc mắc hoặc muốn biết thêm thông tin về thời điểm chúng tôi có thể chấm dứt tư cách hội viên của quý vị, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY xin gọi 711).

Phần 5.1 Chúng tôi không được yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất cứ lý do gì liên quan tới sức khỏe

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) không được phép yêu cầu quý vị rời chương trình vì bất kỳ lý do liên quan đến sức khỏe nào.

Quý vị nên làm gì nếu chuyện này xảy ra?

Nếu quý vị cho rằng quý vị bị yêu cầu rời chương trình của chúng tôi bởi một lý do liên quan tới sức khỏe, hãy gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048.

Phần 5.2 Quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Nếu chúng tôi ngưng tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi, thì chúng tôi phải cho quý vị biết bằng văn bản, lý do gì ngưng tư cách hội viên của quý vị. Chúng tôi cũng phải giải thích cách quý vị có thể nộp đơn than phiền hoặc đơn khiếu nại về quyết định chấm dứt tư cách hội viên của quý vị mà chúng tôi đưa ra.

Chương 11 Thông báo pháp lý

CHƯƠNG 11: Thông báo pháp lý

PHẦN 1 Thông báo về luật quy định

Luật chủ yếu áp dụng cho tài liệu *Chứng Từ Bảo Hiểm* này là Tiêu Đề 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 (CMS). Ngoài ra, có thể áp dụng luật liên bang và trong vài tình huống, là luật tiểu bang quý vị sinh sống. Điều này có thể ảnh hưởng tới các quyền hạn và trách nhiệm của quý vị, kể cả khi luật chưa được bao gồm hay giải thích, trong tài liệu này.

PHẦN 2 Thông báo về việc không phân biệt đối xử

Chương trình bảo hiểm y tế của chúng tôi tuân thủ Luật Dân Quyền Liên Bang. **Chúng tôi không phân biệt đối xử** dựa trên chủng tộc, dân tộc, nguồn gốc quốc gia, màu da, tôn giáo, giới tính, tuổi tác, khuyết tật về thể chất hoặc tinh thần, tình trạng sức khỏe, quá trình yêu cầu thanh toán bảo hiểm, tiền sử bệnh tật, thông tin di truyền, bằng chứng về bảo hiểm hoặc vị trí địa lý trong khu vực dịch vụ. Mọi tổ chức cung cấp các chương trình Medicare Advantage, như chương trình của chúng tôi, đều phải tuân hành luật liên bang chống kỳ thị, bao gồm Tiêu đề VI của Đạo luật Dân Quyền năm 1964, Đạo luật Phục hồi năm 1973, Đạo luật Không kỳ thị Tuổi tác năm 1975, Đạo luật người Mỹ Khuyết tật, Phần 1557 Đạo Luật Bảo Vệ Bệnh Nhân Và Chăm Sóc Sức Khỏe Giá Phải Chăng, tất cả các luật khác áp dụng cho các tổ chức nhận ngân quỹ chính quyền Liên Bang, và bất cứ luật và quy định gì khác, áp dụng cho bất cứ lý do gì.

Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin hoặc quan tâm đến phân biệt đối xử hoặc đối xử bất công, hãy gọi cho **Phòng Dân Quyền** của Sở Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh theo số 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) hoặc Phòng Dân Quyền địa phương của quý vị. Quý vị cũng có thể xem thông tin từ Văn phòng Quyền Dân sự của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh tại www.HHS.gov/ocr/index.html.

Nếu quý vị bị khuyết tật và cần trợ giúp về việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY xin gọi 711). Nếu quý vị có khiếu nại, ví dụ như về vấn đề về lối ra vào cho xe lăn, Dịch Vụ Hội Viên có thể trợ giúp.

PHẦN 3 Thông báo về quyền thay thế của Người Phụ Trả Tiền cho Medicare

Chúng tôi có quyền hạn và trách nhiệm truy thu tiền cho các dịch vụ Medicare chi trả, do bởi Medicare không phải là phía chi trả chính yếu. Theo quy định của CMS tại các điều 422.108 và 423.462 thuộc 42 CFR, *chương trình của chúng tôi*, với tư cách Tổ chức Medicare Advantage, sẽ

Chương 11 Thông báo pháp lý

thực hiện các quyền thu hồi tương tự như Bộ trưởng thực hiện theo các quy định CMS tại các tiểu Phần B đến D của phần 411 trong 42 CFR và các quy tắc thiết lập tại Phần này có hiệu lực cao hơn mọi luật của tiểu bang.

PHẦN 4 Thu hồi quyền lợi chương trình của chúng tôi đã thanh toán theo chương trình Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP) của quý vị

Khi quý vị bị thương

Nếu quý vị bị thương, bị ốm hoặc mắc một bệnh trạng do những hành động của một người khác, công ty hoặc bản thân quý vị (một “bên chịu trách nhiệm”), chương trình của chúng tôi sẽ cung cấp quyền lợi cho những dịch vụ được đài thọ mà quý vị nhận được. Tuy nhiên, nếu quý vị nhận tiền hoặc có quyền nhận tiền vì quý vị bị thương, bị ốm hoặc mắc bệnh dù thông qua một thỏa thuận, phán quyết hoặc bất kỳ khoản thanh toán nào khác liên quan đến thương tích, bệnh hoặc bệnh lý của quý vị, chương trình của chúng tôi và/hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc điều trị cho quý vị sẽ giữ quyền thu hồi giá trị của bất kỳ dịch vụ nào đã được cung cấp cho quý vị thông qua chương trình này theo luật áp dụng của Tiểu Bang.

Khi được sử dụng trong toàn bộ điều khoản này, thuật ngữ “bên chịu trách nhiệm” nghĩa là bất kỳ người nào hoặc tổ chức nào có khả năng hoặc thực sự chịu trách nhiệm về thương tích, bệnh hoặc bệnh trạng của quý vị. Thuật ngữ bên chịu trách nhiệm bao gồm trách nhiệm pháp lý hoặc công ty bảo hiểm khác của người hoặc tổ chức chịu trách nhiệm đó.

Một số ví dụ về việc quý vị có thể bị thương, bị ốm hoặc xuất hiện bệnh lý do hành động của một bên chịu trách nhiệm bao gồm, nhưng không giới hạn ở:

- Quý vị bị tai nạn xe ô tô;
- Quý vị bị vấp và ngã trong một cửa hàng; hoặc
- Quý vị tiếp xúc với một chất hóa học nguy hiểm tại nơi làm việc.

Quyền thu hồi của chương trình chúng tôi áp dụng cho mọi và tất cả các khoản tiền quý vị nhận được từ bên chịu trách nhiệm, bao gồm nhưng không giới hạn ở:

- Các khoản thanh toán được thực hiện bởi một bên thứ ba hoặc bất kỳ công ty bảo hiểm nào thay mặt cho một bên thứ ba;
- Bảo hiểm cho người lái xe ô tô không có bảo hiểm hoặc bảo hiểm không đủ;
- Bảo vệ thương tích cá nhân, bảo hiểm bất kể do lỗi bên nào hoặc bất kỳ bảo hiểm nào khác của bên mua bảo hiểm;
- Bồi thường cho người lao động hoặc cung cấp hoặc giải quyết quyền lợi cho người khuyết tật;
- Bao trả các khoản thanh toán y tế theo bất kỳ hợp đồng bảo hiểm ô tô nào, bao trả bảo hiểm của chủ nhà hoặc cơ sở hoặc bao trả bảo hiểm vượt mức quy định;
- Mọi thỏa thuận hoặc phán quyết nhận được một vụ kiện hoặc một hành động pháp lý khác; hoặc

Chương 11 Thông báo pháp lý

- Bất kỳ khoản thanh toán nào khác từ bất kỳ một nguồn nào khác nhận được như một khoản bồi thường cho sai sót hoặc hành động của bên chịu trách nhiệm.

Khi chấp nhận quyền lợi theo chương trình này, quý vị đồng ý rằng chương trình của chúng tôi có quyền ưu tiên thay thế và bồi hoàn đầu tiên đi kèm khi chương trình này đã thanh toán cho các quyền lợi cho các Dịch Vụ Được Bao Trả mà quý vị đã nhận được do hành động hoặc sai sót của một bên chịu trách nhiệm, và quý vị hoặc người đại diện của quý vị thu hồi, hoặc được quyền thu hồi, mọi khoản tiền từ bên chịu trách nhiệm.

Khi chấp nhận các quyền lợi của chương trình này, quý vị cũng (i) chỉ định cho chương trình của chúng tôi quyền thu hồi các chi phí y tế của quý vị từ bất kỳ bảo hiểm nào đang có sẵn, tối đa là toàn bộ chi phí của tất cả các Dịch Vụ Được Bao Trả do chương trình cung cấp liên quan đến thương tích, bệnh hoặc bệnh lý của quý vị, và (ii) quý vị đồng ý hướng dẫn một cách rõ ràng cho bên chịu trách nhiệm trực tiếp bồi hoàn cho chương trình thay mặt quý vị.

Khi chấp nhận các quyền lợi của chương trình này, quý vị cũng cho chương trình của chúng tôi quyền ưu tiên đầu tiên được giữ lại bất kỳ khoản thu hồi, thỏa thuận hay phán quyết nào, hoặc một nguồn bồi thường khác và tất cả các khoản bồi hoàn cho tổng chi phí quyền lợi cho các Dịch Vụ Được Bao Trả đã được thanh toán theo chương trình của chúng tôi liên quan đến thương tích, bệnh hoặc bệnh lý của quý vị do những hành động hoặc sai sót của một bên chịu trách nhiệm. Quyền ưu tiên này sẽ áp dụng bất kể số tiền được xác định cụ thể là khoản thu hồi chi phí y tế và bất kể quý vị có được bồi thường toàn bộ cho tổn thất của mình hay không. Chương trình của chúng tôi có thể thu hồi toàn bộ chi phí của tất cả các quyền lợi được chương trình này cung cấp mà không tính đến bất kỳ khiếu nại nào về lỗi của quý vị, cho dù được gây ra do sơ suất tương đối hay cách khác. Không có phí luật sư nào được khấu trừ từ số tiền thu hồi của chương trình chúng tôi và chương trình của chúng tôi không bắt buộc phải trả hoặc đóng góp vào việc thanh toán chi phí tòa án hoặc phí luật sư cho luật sư được thuê để theo đuổi yêu cầu bồi thường hoặc vụ kiện chống lại bất kỳ bên chịu trách nhiệm nào.

Các bước quý vị cần thực hiện

Nếu quý vị bị thương, bị ốm hoặc phát triển một bệnh trạng do một bên chịu trách nhiệm, quý vị phải hợp tác với chương trình của chúng tôi và/hoặc những nỗ lực của nhà cung cấp dịch vụ điều trị để thu hồi chi phí cho nhà cung cấp, bao gồm:

- Cho chương trình của chúng tôi hoặc nhà cung cấp dịch vụ điều trị biết, khi có thể, tên và địa chỉ của bên chịu trách nhiệm và/hoặc luật sư của họ nếu quý vị biết; tên và địa chỉ của luật sư của quý vị nếu quý vị đang sử dụng một luật sư; tên và địa chỉ của bất kỳ công ty bảo hiểm nào liên quan; và mô tả nguyên nhân gây ra thương tích, bệnh hoặc bệnh lý đó.
- Điền các giấy tờ mà chương trình của chúng tôi hoặc nhà cung cấp dịch vụ điều trị có thể yêu cầu hợp lý để hỗ trợ thực thi quyền giữ lại hoặc quyền thu hồi.
- Phản hồi nhanh chóng các yêu cầu từ chương trình của chúng tôi hoặc nhà cung cấp dịch vụ điều trị về tình trạng hoặc hồ sơ hoặc yêu cầu bồi thường và bất kỳ thảo luận nào về việc thanh toán.
- Thông báo ngay lập tức cho chương trình sau khi quý vị hoặc luật sư của quý vị nhận được bất kỳ khoản tiền nào từ (các) bên chịu trách nhiệm hoặc bất kỳ nguồn nào khác.

Chương 11 Thông báo pháp lý

- Thanh toán số tiền thu hồi của chương trình hoặc quyền thu giữ chi phí chăm sóc sức khỏe từ bất kỳ khoản thu hồi, thỏa thuận hoặc phán quyết nào, hoặc từ một nguồn bồi thường khác, bao gồm thanh toán tất cả tiền bồi hoàn đến hạn cho chương trình của chúng tôi cho toàn bộ chi phí quyền lợi đã được thanh toán theo chương trình liên quan đến thương tích, bệnh hoặc bệnh lý của quý vị do một bên chịu trách nhiệm gây ra bất kể có được xác định rõ ràng là thu hồi chi phí y tế hay không và bất kể quý vị có được thanh toán hoặc bồi thường toàn bộ cho tổn thất của quý vị hay không;
- Không làm gì phương hại đến các quyền của chương trình của chúng tôi như đã nêu ở trên. Quy định này bao gồm, nhưng không giới hạn ở việc ngăn cản bất kỳ nỗ lực nào làm giảm hoặc loại trừ khỏi việc thỏa thuận hoặc thu hồi toàn bộ chi phí của tất cả các quyền lợi đã được chương trình thanh toán hoặc bất kỳ nỗ lực từ chối quyền được ưu tiên thu giữ hoặc thu hồi trước tiên của chương trình của chúng tôi.
- Giữ bất kỳ khoản tiền nào quý vị hoặc luật sư của quý vị nhận được từ (các) bên chịu trách nhiệm hoặc từ bất kỳ một nguồn nào khác, với sự tin cậy và hoàn trả chương trình của chúng tôi hoặc nhà cung cấp dịch vụ điều trị, nếu có, cho số tiền thu hồi cho chương trình của chúng tôi ngay khi quý vị được thanh toán và trước khoản thanh toán của bất kỳ người nào có khả năng nắm quyền giữ lại hoặc các bên thứ ba yêu cầu quyền thu hồi.
- Quý vị được yêu cầu hợp tác với chúng tôi để thực hiện việc thu hồi tiền trả dư.

PHẦN 5 Thẻ hội viên

Thẻ hội viên do chương trình của chúng tôi phát hành theo *Chứng Từ Bảo Hiểm* này chỉ dùng cho Phần đích nhận dạng. Sở hữu một thẻ hội viên không mang lại bất kỳ quyền nào đối với các dịch vụ hoặc quyền lợi khác nằm trong *Chứng Từ Bảo Hiểm* này. Để được hưởng các dịch vụ hoặc quyền lợi theo *Chứng Từ Bảo Hiểm* này, chủ thẻ phải hội đủ điều kiện để nhận bảo hiểm và được ghi danh là hội viên theo *Chứng Từ Bảo Hiểm* này. Bất kỳ người nào nhận dịch vụ mà họ không đủ điều kiện được hưởng theo *Chứng Từ Bảo Hiểm* này sẽ phải chịu trách nhiệm thanh toán cho những dịch vụ này. Hội Viên phải cung cấp thẻ hội viên của chương trình, không phải thẻ Medicare khi nhận dịch vụ. Vui lòng gọi bộ phận Dịch vụ Thành viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY gọi: 711) nếu quý vị cần thay thẻ thành viên.

Lưu ý: Bất kỳ hội viên nào cố ý cho phép lạm dụng hoặc sử dụng sai Phần đích thẻ hội viên có thể bị hủy ghi danh vì lý do đó. Chương trình của chúng tôi phải báo cáo việc rút tên do lạm dụng hoặc sử dụng sai Phần đích thẻ hội viên cho Văn Phòng Tổng Thanh Tra, việc này có thể dẫn đến bị truy cứu trách nhiệm hình sự.

PHẦN 6 Cộng sự viên làm việc độc lập

Mối quan hệ giữa chương trình của chúng tôi và mỗi nhà cung cấp tham gia là một mối quan hệ với nhà thầu độc lập. Các nhà cung cấp tham gia chương trình không phải là nhân viên hoặc đại lý của chương trình chúng tôi cũng như không chương trình hay nhân viên nào của chương trình là nhân viên hay đại lý của một nhà cung cấp tham gia. Trong mọi trường hợp, chương trình của chúng tôi sẽ không chịu trách nhiệm về sự sơ suất, hành động sai trái, hoặc thiếu sót của bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nhà cung cấp tham gia chương trình nào. Các bác sĩ

Chương 11 Thông báo pháp lý

tham gia chương trình, và không phải là chương trình của chúng tôi, duy trì mối quan hệ bác sĩ-bệnh nhân với hội viên. Chương trình của chúng tôi không phải là một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

PHẦN 7 Gian lận trong chương trình chăm sóc sức khỏe

Gian lận trong chương trình chăm sóc sức khỏe được định nghĩa là sự lừa dối hoặc khai báo sai với chương trình của một nhà cung cấp, Hội Viên, hãng sở hoặc bất kỳ người nào khác thay mặt cho những người này. Đây là một trọng tội có thể bị truy tố. Bất kỳ người nào sẵn sàng và cố ý tham gia vào một hoạt động nhằm lừa dối chương trình chăm sóc sức khỏe bằng cách, ví dụ, nộp đơn yêu cầu bồi thường có tuyên bố sai hoặc lừa dối đều có thể phạm tội gian lận chương trình chăm sóc sức khỏe.

Nếu quý vị lo ngại về bất kỳ khoản phí nào xuất hiện trên hóa đơn hay Bản Giải Thích Quyền Lợi, hoặc nếu quý vị biết hay nghi ngờ bất kỳ hoạt động bất hợp pháp nào, hãy gọi cho Đường Dây Nóng Về Gian Lận miễn phí của chương trình của chúng tôi theo số 1-866-685-8664 (TTY: 711). Đường Dây Nóng Về Gian Lận hoạt động 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần. Tất cả các cuộc gọi đều được bảo mật nghiêm ngặt.

PHẦN 8 Các trường hợp nằm ngoài kiểm soát của chương trình

Trong phạm vi thảm họa thiên nhiên, chiến tranh, bạo loạn, nổi dậy dân sự, dịch bệnh, phá hủy hoàn toàn hoặc một phần cơ sở vật chất, vụ nổ nguyên tử hoặc rò rỉ năng lượng hạt nhân khác, tình trạng khuyết tật của nhân viên nhóm y tế quan trọng, tình trạng khẩn cấp hoặc các sự kiện tương tự không nằm trong tầm kiểm soát của chương trình chúng tôi, dẫn đến việc cơ sở vật chất hoặc nhân sự của chương trình của chúng tôi không thể cung cấp hoặc thu xếp cho các dịch vụ hoặc quyền lợi theo *Chứng Từ Bảo Hiểm* này, nghĩa vụ cung cấp các dịch vụ hoặc quyền lợi đó của chương trình sẽ giới hạn ở yêu cầu rằng chương trình của chúng tôi phải thực hiện nỗ lực thiện chí để cung cấp hoặc thu xếp việc cung cấp các dịch vụ hoặc quyền lợi đó trong khả năng cung cấp hiện thời của cơ sở vật chất hoặc nhân sự của mình.

CHƯƠNG 12:

Định Nghĩa

Trung Tâm Phẫu Thuật Ngoại Trú – Trung Tâm Phẫu Thuật Ngoại Trú là một cơ sở hoạt động chuyên biệt cho Phần đích cung cấp các dịch vụ phẫu thuật cho bệnh nhân ngoại trú không bắt buộc nằm bệnh viện và họ dự kiến sẽ không ở lại trung tâm này quá 24 giờ.

Kháng Cáo – Kháng cáo là điều quý vị làm nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi khi từ chối một yêu cầu bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hay thuốc mua theo toa hoặc chi trả các dịch vụ hoặc những thuốc quý vị đã nhận được. Quý vị cũng có thể kháng cáo nếu quý vị không đồng ý với quyết định ngừng các dịch vụ mà quý vị đang nhận.

Giai Đoạn Quyền Lợi – Là phương thức mà chương trình của chúng tôi và Original Medicare đo lường việc quý vị sử dụng các dịch vụ từ Cơ sở Điều dưỡng Chuyên môn (SNF). Giai đoạn quyền lợi bắt đầu vào ngày quý vị chuyển vào một cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Giai đoạn quyền lợi chấm dứt khi quý vị chưa nhận được bất cứ dịch vụ chăm sóc chuyên môn nào tại một cơ sở SNF trong liên tiếp 60 ngày. Nếu quý vị vào một cơ sở điều dưỡng chuyên môn sau khi một giai đoạn quyền lợi kết thúc thì một giai đoạn quyền lợi mới sẽ bắt đầu. Không giới hạn số lượng giai đoạn quyền lợi.

Sản Phẩm Sinh Học – Một loại thuốc theo toa được làm từ nguồn gốc tự nhiên và sống như tế bào động vật, tế bào thực vật, vi khuẩn hoặc nấm men. Các sản phẩm sinh học phức tạp hơn các loại thuốc khác và không thể sao chép chính xác, vì vậy các dạng thay thế được gọi là thuốc sinh học tương tự. (Xem “**Sản Phẩm Sinh Học Gốc**” và “**Thuốc Sinh Học Tương Tự**”).

Thuốc Sinh Học Tương Tự – Một loại thuốc theo toa được coi là rất giống, nhưng không giống hệt, với sản phẩm sinh học gốc. Thuốc sinh học tương tự cũng an toàn và hiệu quả như sản phẩm sinh học gốc. Một số thuốc sinh học tương tự có thể được thay thế cho sản phẩm sinh học ban đầu tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới (xem “**Thuốc Sinh Học Tương Tự Có Thể Thay Thế**”).

Thuốc Biệt Dược – Là một loại thuốc theo toa được bào chế và bán ra bởi công ty dược phẩm đã nghiên cứu và phát triển thuốc này từ ban đầu. Các loại thuốc biệt dược có cùng hoạt chất trong công thức bào chế thuốc như phiên bản thuốc gốc. Tuy nhiên, thuốc gốc được sản xuất và bán bởi các nhà sản xuất thuốc khác và thường không được bán cho đến khi bằng sáng chế của thuốc biệt dược đã hết hiệu lực.

Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương – Giai đoạn trong Quyền Lợi Thuốc Phần D bắt đầu khi quý vị (hoặc các bên đủ tiêu chuẩn khác thay mặt quý vị) đã chi \$2,100 cho thuốc được bao trả theo Phần D trong năm được bao trả. Trong giai đoạn chi trả này, quý vị không chi trả gì cho các loại thuốc Phần D được chi trả.

Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) – Là cơ quan chính quyền liên bang điều hành Medicare.

Chương 12 Định Nghĩa

Đồng Bảo Hiểm – Số tiền quý vị có thể phải trả dưới dạng tỷ lệ phần trăm (ví dụ như 20%) chia sẻ chi phí của quý vị cho dịch vụ hoặc thuốc theo toa.

Khiếu Nại – Tên chính thức của nộp đơn khiếu nại là **nộp đơn than phiền**. Quy trình khiếu nại *chỉ* được dùng cho một số loại vấn đề nhất định. Những loại này gồm các vấn đề liên quan đến chất lượng chăm sóc, thời gian chờ, và dịch vụ khách hàng quý vị nhận được. Điều này cũng bao gồm các khiếu nại nếu chương trình của chúng tôi không tuân theo khoảng thời gian quy định trong quy trình kháng cáo.

Cơ Sở Phục Hồi Ngoại Trú Toàn Diện (CORF) – Một cơ sở chủ yếu cung cấp các dịch vụ phục hồi chức năng sau khi bị ốm hoặc chấn thương, bao gồm vật lý trị liệu, dịch vụ xã hội hoặc tâm lý, trị liệu hô hấp, trị liệu cơ năng và dịch vụ bệnh lý âm ngữ-ngôn ngữ và dịch vụ đánh giá môi trường tại nhà.

Đồng Thanh Toán (hoặc đồng chi trả) – Khoản tiền quý vị có thể được yêu cầu thanh toán như khoản chia sẻ chi phí của quý vị cho dịch vụ hoặc tiếp liệu y tế, như thăm khám bác sĩ, thăm khám ngoại trú tại bệnh viện hoặc thuốc theo toa. Khoản đồng thanh toán thường là một số tiền cố định (ví dụ như \$10), không phải là tỷ lệ phần trăm.

Chia Sẻ Chi Phí – Chia sẻ chi phí là số tiền một hội viên phải trả khi nhận các dịch vụ hoặc thuốc. Chia sẻ chi phí bao gồm sự kết hợp bất kỳ của 3 cách thanh toán sau: (1) bất kỳ khoản tiền khấu trừ nào mà một chương trình có thể áp dụng trước khi các dịch vụ hoặc thuốc được bao trả; (2) bất kỳ khoản đồng thanh toán cố định nào mà một chương trình yêu cầu khi nhận được một dịch vụ hoặc thuốc cụ thể; hoặc (3) bất kỳ khoản đồng bảo hiểm nào, tức là phần trăm tổng số tiền thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc, mà chương trình yêu cầu khi nhận được một dịch vụ hoặc thuốc cụ thể.

Quyết Định Bảo Hiểm – Là một quyết định rằng chương trình chúng tôi có bao trả một loại thuốc được kê toa cho quý vị không và số tiền mà quý vị được yêu cầu phải trả cho toa thuốc này nếu có. Nói chung, nếu quý vị mang toa thuốc tới một nhà thuốc, và họ nói với quý vị rằng toa thuốc này không được bảo hiểm bao trả, theo chương trình của chúng tôi, thì đây không phải là xác định mức bảo hiểm. Quý vị cần gọi hoặc viết thư cho chương trình của chúng tôi để yêu cầu một quyết định chính thức về bảo hiểm. Quyết định về bảo hiểm được gọi là **quyết định bảo hiểm** trong tài liệu này.

Thuốc Được Bao Trả – Là từ ngữ chúng tôi sử dụng, có nghĩa là mọi thuốc được chương trình của chúng tôi bao trả.

Dịch Vụ Được Bao Trả – Là từ ngữ chúng tôi sử dụng, có nghĩa là mọi dịch vụ và tiếp liệu chăm sóc sức khỏe được chương trình của chúng tôi bao trả.

Bảo Hiểm Thuốc Kê Đơn Có Uy Tín – Là bảo hiểm cho thuốc theo toa (ví dụ: từ một hãng sản xuất hay công đoàn) dự kiến sẽ chi trả trung bình ít nhất là tương đương với mức bảo hiểm thuốc kê đơn tiêu chuẩn của Medicare. Những người có loại bảo hiểm này khi họ hội đủ điều kiện nhận Medicare thường có thể giữ được bảo hiểm đó mà không phải trả tiền phạt, nếu họ quyết định ghi danh vào bảo hiểm thuốc kê đơn của Medicare sau này.

Chăm Sóc Đời Sống Thường Nhật – Chăm sóc đời sống thường nhật là việc chăm sóc cá nhân

Chương 12 Định Nghĩa

trong một viện dưỡng lão, cơ sở chăm sóc cuối đời hoặc một cơ sở khác khi quý vị không cần chăm sóc y tế chuyên môn hoặc chăm sóc điều dưỡng chuyên môn. Chăm sóc đời sống thường nhật, được cung cấp bởi những người không có kỹ năng hay đào tạo chuyên môn, bao gồm giúp đỡ các hoạt động trong cuộc sống hàng ngày như tắm rửa, mặc quần áo, ăn uống, lên xuống giường hay ghế, di chuyển, và sử dụng phòng tắm. Cũng có thể bao gồm các loại hình chăm sóc liên quan đến sức khỏe mà hầu hết mọi người đều tự làm như sử dụng thuốc nhỏ mắt. Medicare không chi trả cho dịch vụ chăm sóc đời sống thường nhật.

Mức chia sẻ chi phí hàng ngày – Có thể áp dụng một mức chia sẻ chi phí hàng ngày khi bác sĩ của quý vị cho toa cung cấp thuốc ít hơn một tháng cho quý vị, và quý vị bị bắt buộc trả khoản đồng thanh toán. Mức chia sẻ chi phí mỗi ngày là khoản đồng thanh toán được chia ra theo số ngày trong một tháng dùng thuốc. Đây là một ví dụ: Nếu khoản đồng thanh toán cho một tháng dùng thuốc theo toa là \$30, và một tháng dùng thuốc trong chương trình chúng tôi là 30 ngày, thì "mức chia sẻ chi phí mỗi ngày" của quý vị là \$1 một ngày.

Tiền Khấu Trừ – Là số tiền quý vị phải trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc theo toa trước khi chương trình của chúng tôi chi trả.

Hủy Ghi Danh hoặc Việc Hủy Ghi Danh – Là quá trình chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi.

Phí Cấp Bán Thuốc – Khoản phí được tính mỗi lần cấp bán thuốc được bao trả để thanh toán cho chi phí để lấy một toa thuốc, chẳng hạn như thời gian của dược sĩ chuẩn bị và đóng gói toa thuốc.

Dual Eligible Special Needs Plans (D-SNP) – D-SNP đăng ký những cá nhân có quyền được hưởng cả Medicare (Tiêu đề XVIII của Đạo Luật An Sinh Xã Hội) và hỗ trợ y tế từ chương trình của tiểu bang theo Medicaid (Tiêu đề XIX). Các tiểu bang bao trả một số hoặc tất cả chi phí của Medicare, tùy thuộc vào tiểu bang và tình trạng đủ điều kiện của cá nhân.

Cá Nhân Hội Đủ Điều Kiện Kép – Người đủ điều kiện cho bảo hiểm Medicare và Medicaid.

Thiết Bị Y Tế Lâu Bền (DME) – Một số trang thiết bị y tế nhất định được bác sĩ đặt mua vì các lý do y tế. Các ví dụ về thiết bị bao gồm khung tập đi, xe lăn, nạng, hệ thống chặn đệm chạy điện, tiếp liệu cho bệnh tiểu đường, máy bơm thuốc vào tĩnh mạch được truyền qua nước biển IV, thiết bị phát âm, thiết bị cung cấp oxy, máy xông khí dung, giường bệnh viện do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe yêu cầu chương trình cung cấp cho quý vị để sử dụng tại nhà.

Cấp Cứu – Trường hợp cấp cứu y tế là khi quý vị, hay một người không hành nghề y có trí tuệ minh mẫn nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và thuốc men, cho rằng quý vị có các triệu chứng y khoa cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để ngăn ngừa tử vong (và thai nhi tử vong nếu quý vị là phụ nữ mang thai), mất chân tay, hay chân tay không hoạt động được, hoặc mất hoặc suy giảm nghiêm trọng chức năng cơ thể. Các triệu chứng y khoa có thể là bệnh tật, thương tích, đau nặng hoặc tình trạng bệnh trạng nhanh chóng trở nên tồi tệ hơn.

Chăm Sóc Cấp Cứu – Các dịch vụ được bao trả: 1) được cung cấp bởi một nhà cung cấp hội đủ điều kiện cho các dịch vụ cấp cứu; và 2) cần thiết để điều trị, đánh giá hoặc ổn định tình trạng bệnh lý cấp cứu.

Chứng Từ Bảo Hiểm (EOC) và Bản Tiết Lộ Thông Tin – Văn bản này, kèm theo đơn ghi danh và

Chương 12 Định Nghĩa

mọi giấy tờ khác đính kèm, các phụ lục, hay mức bảo hiểm tùy chọn khác, giải thích mức bảo hiểm của quý vị, những gì chúng tôi phải làm, quyền hạn của quý vị, và quý vị phải làm gì trong tư cách hội viên chương trình của chúng tôi.

Trường Hợp Ngoại Lệ – Là một loại quyết định bảo hiểm, nếu được chấp thuận, sẽ cho quý vị lấy một loại thuốc không thuộc danh Phần thuốc của chúng tôi (ngoại lệ trong danh Phần thuốc), hay một loại thuốc không được ưu tiên ở bậc chia sẻ chi phí thấp hơn (ngoại lệ về phân bậc). Quý vị cũng có thể yêu cầu một trường hợp ngoại lệ nếu chương trình của chúng tôi yêu cầu quý vị dùng thử một loại thuốc khác trước khi nhận loại thuốc quý vị yêu cầu, nếu chương trình của chúng tôi yêu cầu phải có sự ủy quyền trước cho một loại thuốc và quý vị muốn chúng tôi miễn trừ hạn chế tiêu chí hoặc nếu chương trình của chúng tôi hạn chế số lượng hoặc liều lượng thuốc mà quý vị yêu cầu (một ngoại lệ trong danh Phần thuốc).

Trợ Giúp Bổ Sung – Là một chương trình Medicare để giúp những ai có mức thu nhập thấp và phương tiện hạn chế, để bao trả phí tổn Medicare cho thuốc theo toa, như phí bảo hiểm hàng tháng, tiền khấu trừ trả trước, và tiền đồng bảo hiểm.

Thuốc Gốc – Là một loại thuốc theo toa được FDA chấp thuận là có cùng (những) hoạt chất giống như thuốc biệt dược. Thông thường, thuốc gốc có tác dụng tương tự như thuốc biệt dược nhưng thường rẻ hơn.

Nhân Viên Hỗ Trợ Chăm Sóc Sức Khỏe Tại Nhà – Một người cung cấp các dịch vụ không cần kỹ năng của một y tá hay chuyên viên trị liệu có giấy phép hành nghề, chẳng hạn như giúp đỡ chăm sóc cá nhân (ví dụ tắm rửa, sử dụng nhà vệ sinh, mặc quần áo, hoặc thực hiện các bài tập thể dục như được kê toa).

Chăm Sóc Cuối Đời – Một quyền lợi nhằm cung cấp điều trị đặc biệt cho hội viên đã được chứng nhận y tế là mắc bệnh giai đoạn cuối, nghĩa là dự tính sống thêm được 6 tháng trở xuống. Chương trình chúng tôi phải cung cấp cho quý vị một danh sách các cơ sở chăm sóc cuối đời ở khu vực địa lý của quý vị. Nếu quý vị chọn chăm sóc cuối đời là dịch vụ chăm sóc cuối đời và tiếp tục đóng phí bảo hiểm hàng tháng, thì quý vị vẫn là hội viên chương trình của chúng tôi. Quý vị vẫn có thể nhận các dịch vụ cần thiết về mặt y tế, cũng như các quyền lợi phụ trội mà chúng tôi cung cấp.

Nằm Viện Điều Trị Nội Trú – Là nằm bệnh viện là khi quý vị được chính thức nhập viện để nhận các dịch vụ y tế chuyên môn. Kể cả nếu quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú.

Khoản Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập (IRMAA) – Nếu tổng thu nhập đã điều chỉnh được sửa đổi của quý vị như được ghi trên giấy khai thuế mà quý vị nộp cho IRS từ 2 năm trước vượt quá một mức nhất định, quý vị sẽ phải đóng một khoản phí bảo hiểm tiêu chuẩn và Khoản Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập, được gọi tắt là IRMAA. IRMAA là chi phí phụ trội cộng thêm vào phí bảo hiểm của quý vị. Số người có Medicare bị ảnh hưởng ít hơn 5%, vì vậy hầu hết mọi người sẽ không trả phí bảo hiểm cao hơn.

Hiệp Hội Bác Sĩ Hành Nghề Độc Lập (IPA) – Là hiệp hội gồm có các bác sĩ, bao gồm PCP và các bác sĩ chuyên khoa, và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, bao gồm các bệnh viện ký hợp đồng với chương trình để cung cấp các dịch vụ cho hội viên. Xem Chương 1, Phần 6.

Chương 12 Định Nghĩa

Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu – Đây là giai đoạn trước khi số tiền tự trả của quý vị trong năm đạt đến ngưỡng tự trả.

Giai Đoạn Ghi Danh Ban Đầu – Khi quý vị trước tiên được đủ điều kiện hưởng Medicare, là thời điểm quý vị có thể ghi tên vào Medicare Part A và Part B. Nếu quý vị đủ điều kiện hưởng Medicare khi tới tuổi 65, thì Giai Đoạn Ghi Danh Ban Đầu của quý vị là giai đoạn 7 tháng, bắt đầu vào 3 tháng trước tháng quý vị bước vào tuổi 65, bao gồm tháng quý vị tới tuổi 65, và chấm dứt 3 tháng sau tháng mà quý vị bước vào tuổi 65.

D-SNP Tích Hợp – Một D-SNP bao trả cho Medicare và hầu hết hoặc tất cả các dịch vụ Medicaid theo một chương trình bảo hiểm y tế duy nhất cho một số nhóm cá nhân nhất định đủ điều kiện cho cả Medicare và Medicaid. Những cá nhân này còn được gọi là những cá nhân đủ điều kiện kép nhận toàn bộ quyền lợi.

Đơn Than Phiền Tích Hợp – Là một loại đơn khiếu nại mà quý vị làm, về chúng tôi, hoặc các nhà thuốc, kể cả khiếu nại về chất lượng của dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Loại khiếu nại này không liên quan đến các tranh chấp về bảo hiểm hoặc thanh toán.

Quyết Định Cấp Tổ Chức Tích Hợp – Chương trình Medicare Advantage thực hiện một quyết định cấp tổ chức, khi quyết định là liệu các món đồ hay dịch vụ có được bao trả hay không, hoặc quý vị phải trả bao nhiêu, cho các món đồ hay dịch vụ được bao trả. Các xác định mức bảo hiểm được gọi là quyết định về mức bảo hiểm trong tập sách này. Chương 9 giải thích cách nào yêu cầu chúng tôi có một quyết định về mức bảo hiểm.

Thuốc Sinh Học Tương Tự Có Thể Thay Thế – Thuốc sinh học tương tự có thể được thay thế tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới vì thuốc này đáp ứng các yêu cầu bổ sung liên quan đến khả năng thay thế tự động. Việc thay thế tự động tại nhà thuốc phải tuân theo luật tiểu bang.

Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (danh Phần thuốc hay Danh Sách Thuốc) – Một danh sách thuốc theo toa được chương trình chúng tôi bao trả.

Chương Trình Trợ Cấp cho người có Thu Nhập Thấp (LIS) – Xem Trợ Giúp Bổ Sung.

Chương Trình Giảm Giá của Nhà Sản Xuất – Một chương trình mà theo đó các nhà sản xuất thuốc chi trả một phần toàn bộ chi phí của chương trình chúng tôi cho thuốc biệt dược Phần D và được phẩm sinh học được bao trả. Sự giảm giá được dựa trên các thoả thuận giữa chính phủ liên bang và các nhà sản xuất dược phẩm.

Giá Hợp Lý Tối Đa – Giá Medicare thương lượng cho một loại thuốc đã chọn.

Số Tiền Tự Trả Tối Đa – Số tiền tối đa mà quý vị tự trả trong năm theo lịch cho các dịch vụ Phần A và Phần B được bao trả. Các khoản quý vị trả cho phí bảo hiểm Medicare Part A và Part B và thuốc kê đơn không được tính vào mức chi phí tối đa ngoài túi. (Lưu ý: Vì hội viên chương trình của chúng tôi cũng được chương trình Medicaid hỗ trợ nên chỉ một số rất ít hội viên phải thanh toán số tiền tự trả đến mức tối đa này.)

Medicaid (hay Chương Trình Hỗ Trợ Y Tế) – Là một chương trình kết hợp của chính quyền liên bang và tiểu bang để giúp trả phí tổn y tế cho một số người có mức thu nhập thấp và các

Chương 12 Định Nghĩa

nguồn lực hạn chế. Các chương trình Medicaid của tiểu bang có khác nhau, nhưng hầu hết phí tổn chăm sóc sức khỏe đều được bao trả nếu quý vị đủ điều kiện hưởng cả Medicare và Medicaid.

Nhóm Y Tế – Là một nhóm các bác sĩ, bao gồm PCP, bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác, bao gồm các bệnh viện có ký hợp đồng với chương trình để cung cấp dịch vụ cho hội viên. Xem Chương 1, Phần 3.2.

Chỉ Định Được Chấp Nhận Về Mặt Y Tế – Việc sử dụng một loại thuốc được FDA phê duyệt hoặc được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo nhất định, chẳng hạn như Thông Tin Thuốc Trong Danh Phần Thuốc Của Bệnh Viện Hoa Kỳ và hệ thống thông tin Micromedex DRUGDEX.

Cần Thiết Về Mặt Y Tế – Là các dịch vụ, tiếp liệu y tế, hoặc thuốc cần thiết cho việc phòng ngừa, chẩn đoán, hoặc chữa trị bệnh lý của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn thực hành về y khoa được chấp nhận.

Medicare – Là chương trình bảo hiểm y tế của chính quyền liên bang dành cho những người 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi bị khuyết tật nhất định, và những người mắc Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (thường là những người suy thận vĩnh viễn cần thẩm tách hoặc cấy ghép thận).

Giai Đoạn Ghi Danh Mở Rộng Medicare Advantage – Là giai đoạn từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 khi các hội viên trong chương trình Medicare Advantage có thể hủy bỏ việc ghi danh trong chương trình của họ và đổi qua chương trình Medicare Advantage khác hoặc được bảo hiểm thông qua Original Medicare. Nếu quý vị chọn đổi qua Original Medicare trong thời hạn này, quý vị cũng có thể tham gia một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng vào thời điểm đó. Giai Đoạn Ghi Danh Mở Rộng Medicare Advantage cũng được mở trong khoảng thời gian 3 tháng sau khi một cá nhân lần đầu hội đủ điều kiện ghi danh Medicare.

Chương Trình Medicare Advantage (MA) – Đôi khi được gọi là Medicare Part C. Một chương trình được cung cấp bởi một công ty tư nhân ký hợp đồng với Medicare để cung cấp cho quý vị mọi quyền lợi từ Medicare Part A và Part B của mình. Chương Trình Medicare Advantage có thể là i) HMO, ii) PPO, iii) chương trình Tính Phí Theo Mỗi Dịch Vụ Cá Nhân (PFFS) hoặc iv) chương trình Trương Phần Tiết Kiệm Y Tế Medicare (MSA). Ngoài việc lựa chọn trong các loại chương trình này, chương trình Medicare Advantage HMO hoặc PPO cũng có thể là Chương trình Nhu cầu Đặc biệt (SNP). Trong đa số các trường hợp, các chương trình Medicare Advantage cũng có chương trình Medicare Part D (bảo hiểm thuốc kê đơn). Các chương trình này được gọi là **Chương Trình Medicare Advantage kèm theo Bảo Hiểm Thuốc Kê Đơn**.

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

Chương trình Bảo hiểm Y tế Medicare – Một chương trình bảo hiểm y tế Medicare được đưa ra bởi một công ty tư nhân ký hợp đồng với Medicare để cung cấp các quyền lợi của Phần A và Phần B cho những người có Medicare ghi danh vào chương trình chúng tôi. Từ ngữ này bao gồm tất cả Chương Trình Medicare Advantage, Chương Trình Chi Phí Medicare, Chương trình Nhu cầu Đặc biệt, Chương Trình Mẫu/Thí Điểm và Các Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Toàn Diện cho

Chương 12 Định Nghĩa

Người Cao Tuổi (PACE).

Phạm vi chi trả thuốc của Medicare (Medicare Part D) – Bảo hiểm hỗ trợ chi trả thuốc kê đơn ngoại trú, vắc xin, sinh phẩm và một số vật tư không được Medicare Part A hoặc Part B chi trả.

Chương trình Quản Lý Trị Liệu Bằng Thuốc (MTM) – Chương trình Medicare Part D cho các nhu cầu sức khỏe phức tạp dành cho những cá nhân đáp ứng một số yêu cầu nhất định hoặc đang tham gia Chương Trình Quản Lý Thuốc. Các dịch vụ MTM thường bao gồm thảo luận với dược sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để xem xét các loại thuốc.

Chính Sách Medigap (Bảo Hiểm Bổ Sung Medicare) – Các công ty bảo hiểm tư nhân bán bảo hiểm Medicare bổ sung, để lấp những khoảng trống trong Original Medicare. Chính sách Medigap chỉ hoạt động với Original Medicare. (Chương trình Medicare Advantage không phải là một chính sách Medigap).

Hội Viên (hội viên của chương trình của chúng tôi, hay hội viên chương trình) – Một người có Medicare đủ điều kiện nhận các dịch vụ được bao trả và đã ghi danh vào chương trình của chúng tôi và việc ghi danh đã được xác nhận bởi các Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS).

Dịch Vụ Hội Viên – Một bộ phận trong chương trình của chúng tôi chịu trách nhiệm về trả lời các thắc mắc của quý vị về tư cách hội viên, quyền lợi, than phiền và kháng cáo.

Nhà Thuốc Trong Mạng Lưới – Nhà thuốc đã ký hợp đồng với chương trình của chúng tôi, ở đó các hội viên của chương trình chúng tôi có thể nhận các quyền lợi thuốc theo toa của họ. Trong hầu hết các trường hợp, thuốc kê đơn của quý vị chỉ được bao trả khi lấy thuốc 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 bác sĩ, chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, bệnh viện và cơ sở chăm sóc sức khỏe khác được Medicare và tiểu bang cấp phép hoặc chứng nhận để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. **Nhà cung cấp trong mạng lưới** ký hợp đồng với chương trình của chúng tôi để chấp nhận phần thanh toán của chúng tôi như là toàn bộ số tiền chi trả và trong vài trường hợp là để phối hợp cũng như cung cấp các dịch vụ được bao trả cho các hội viên chương trình của chúng tôi. Các nhà cung cấp trong mạng lưới còn được gọi là **các nhà cung cấp trong chương trình**.

Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm – Thời gian từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 hàng năm khi hội viên có thể thay đổi các chương trình bảo hiểm y tế hoặc thuốc, hoặc trở lại Original Medicare.

Sản Phẩm Sinh Học Gốc – Một sản phẩm sinh học đã được FDA phê duyệt và đóng vai trò là sự so sánh cho các nhà sản xuất tạo ra phiên bản sinh học tương tự. Nó còn được gọi là sản phẩm tham khảo.

Original Medicare (Medicare Truyền Thống hoặc Medicare Tính Phí Theo Mỗi Dịch Vụ) – Original Medicare là do chính quyền cung cấp, và không phải là bảo hiểm y tế tư nhân, như Chương Trình Medicare Advantage và chương trình bảo hiểm thuốc kê đơn. Trong Original Medicare, các dịch vụ Medicare được bao trả qua việc thanh toán cho bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác các khoản do Quốc hội đưa ra. Quý vị có thể tới gặp bất

Chương 12 Định Nghĩa

cứ bác sĩ, bệnh viện, hay các nhà cung cấp dịch vụ y tế nào khác đồng ý nhận Medicare. Quý vị phải trả khoản khấu trừ. Medicare chỉ trả phần chia sẻ của số tiền được Medicare chấp thuận, và quý vị phải trả phần chia sẻ của mình. Original Medicare có hai phần: Phần A (Bảo hiểm Bệnh viện) và Phần B (Bảo hiểm Y tế) và có sẵn ở khắp mọi nơi ở Hoa Kỳ.

Nhà Thuốc Ngoài Mạng Lưới – Là một nhà thuốc không có hợp đồng với chương trình của chúng tôi, để phối hợp hoặc cung cấp thuốc được bao trả cho thành viên chương trình của chúng tôi. Hầu hết các loại thuốc quý vị nhận được từ các nhà thuốc ngoài mạng lưới không được chương trình của chúng tôi bao trả trừ khi áp dụng các điều kiện nhất định.

Nhà Cung Cấp Ngoài Mạng Lưới hoặc Cơ Sở Ngoài Mạng Lưới – Là một nhà cung cấp hoặc cơ sở y tế 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 chương trình của chúng tôi. Nhà cung cấp ngoài mạng lưới là nhà cung cấp không được tuyển dụng, sở hữu hoặc vận hành bởi chương trình của chúng tôi.

Số Tiền Tự Trả – Xem định nghĩa về chia sẻ chi phí ở trên. Một hội viên được yêu cầu trả chia sẻ chi phí để trả một phần dịch vụ hoặc thuốc nhận được, còn gọi là chi phí mà hội viên phải tự trả.

Ngưỡng Số Tiền Tự Trả – Số tiền tối đa quý vị tự trả cho thuốc Phần D.

Phần C – Xem Chương Trình Medicare Advantage (MA).

Phần D – Là Chương Trình Quyền Lợi Thuốc Theo Toa Medicare tự nguyện.

Thuốc Phần D – Là các loại thuốc có thể được bảo hiểm chi trả qua Phần D. Chúng tôi có thể hoặc không thể chi trả cho mọi thuốc Phần D. Một số nhóm thuốc nhất định đã bị Quốc Hội loại trừ khỏi bảo hiểm Phần D. Một số nhóm thuốc Phần D nhất định phải được bao trả trong mọi chương trình.

Phạt Ghi Danh Trễ Phần D – Là một số tiền cộng thêm vào phí bảo hiểm hàng tháng cho bảo hiểm thuốc Medicare của quý vị nếu quý vị không có bảo hiểm tiêu chuẩn (mức bảo hiểm dự kiến sẽ trả trung bình ít nhất là tương đương với mức bảo hiểm thuốc Medicare tiêu chuẩn) cho một giai đoạn 63 ngày liên tục trở lên sau khi quý vị lần đầu hội đủ điều kiện tham gia một chương trình Phần D. Nếu quý vị mất Trợ Giúp Bổ Sung, quý vị có thể bị phạt ghi danh trễ nếu quý vị không có bảo hiểm thuốc kê đơn Phần D hoặc bảo hiểm thuốc kê đơn tiêu chuẩn khác từ 63 ngày trở lên liên tiếp.

Điểm Dịch Vụ – HMO có một lựa chọn Điểm Dịch Vụ (POS), là một quyền lợi bổ sung bao gồm các dịch vụ cần thiết về mặt y tế mà quý vị có thể nhận được từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới chấp nhận Medicare. Khi quý vị sử dụng quyền lợi POS (ngoài mạng lưới), quý vị phải chịu trách nhiệm chi trả chi phí chăm sóc nhiều hơn. Luôn trao đổi với Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (PCP) của quý vị trước khi tìm kiếm sự chăm sóc từ một nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới. PCP của quý vị sẽ thông báo cho chúng tôi bằng cách yêu cầu sự chấp thuận của chương trình (cho phép trước). (Hãy xem Phần 1.1, Chương 1)

Chia Sẻ Chi Phí Ưu Tiên – Chia sẻ chi phí ưu tiên có nghĩa là chia sẻ chi phí thấp hơn cho một số thuốc Phần D nhất định được đài thọ tại một số nhà thuốc trong mạng lưới.

Phí Bảo Hiểm – Là một số tiền định kỳ trả cho Medicare, một công ty bảo hiểm, hoặc một chương trình bảo hiểm chăm sóc sức khỏe cho bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm thuốc kê đơn.

Chương 12 Định Nghĩa

Dịch vụ phòng bệnh - Chăm sóc sức khỏe để ngăn ngừa bệnh tật hoặc phát hiện bệnh tật ở giai đoạn sớm, khi điều trị có thể mang lại hiệu quả tốt nhất (ví dụ: các dịch vụ phòng ngừa bao gồm thử Pap, chích ngừa cúm và chụp quang tuyến vú).

Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (PCP) – Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác mà quý vị sẽ đến khám trước tiên đối với phần lớn các vấn đề về sức khỏe. Trong nhiều chương trình bảo hiểm y tế của Medicare, quý vị phải thăm khám nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị trước khi đến khám tại bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác.

Phê duyệt trước – Chấp thuận trước để nhận dịch vụ hoặc một số thuốc nhất định dựa trên tiêu chí cụ thể. Các dịch vụ được bao trả cần sự cho phép trước sẽ được đánh dấu trong Bảng Quyền Lợi Y Tế ở Chương 4. Các loại thuốc được bao trả cần sự cho phép trước được đánh dấu trong danh Phần thuốc và các tiêu chí được đăng trên trang web của chúng tôi.

Chân Tay Giả và Dụng Cụ Chỉnh Hình – Những dụng cụ y tế bao gồm, nhưng không giới hạn ở nẹp tay, lưng và cổ; chân tay giả; mắt giả; và thiết bị cần thiết để thay thế cho một bộ phận hoặc chức năng bên trong cơ thể, bao gồm tiếp liệu cho hậu môn nhân tạo và liệu pháp dinh dưỡng qua đường tiêu hóa và ngoài đường tiêu hóa.

Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (QIO) – Một nhóm các bác sĩ đang hành nghề và các chuyên gia chăm sóc y tế khác do chính phủ liên bang trả lương để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc dành cho bệnh nhân tham gia Medicare.

Giới Hạn Số Lượng – Là một công cụ điều hành được thiết kế để hạn chế dùng một loại thuốc, vì lý do chất lượng, an toàn hoặc sử dụng. Giới hạn có thể dựa trên số lượng thuốc mà chúng tôi bao trả cho mỗi toa thuốc hoặc trong một khoảng thời gian xác định.

“Công Cụ Quyền Lợi Thời Gian Thực” – Một cổng thông tin hoặc ứng dụng máy tính trong đó các hội viên có thể tra cứu thông tin về quyền lợi và danh Phần thuốc một cách đầy đủ, chính xác, kịp thời, thích hợp về mặt lâm sàng và cụ thể cho từng hội viên. Thông tin này bao gồm số tiền chia sẻ chi phí, thuốc thay thế trong danh Phần thuốc có thể sử dụng cho cùng một loại bệnh lý giống như một loại thuốc nhất định, và các giới hạn bảo hiểm (Cho Phép Trước, Phương Pháp Trị Liệu Từng Bước, Giới Hạn Số Lượng) áp dụng cho các thuốc thay thế.

Giấy Giới Thiệu - Một thư yêu cầu từ bác sĩ chăm sóc chính của quý vị để giới thiệu quý vị tới thăm khám với chuyên gia hoặc nhận một số dịch vụ y tế. Nếu không có giấy giới thiệu, chương trình của chúng tôi có thể không thanh toán cho các dịch vụ từ bác sĩ chuyên khoa.

Dịch Vụ Phục Hồi Chức Năng – Các dịch vụ này bao gồm chăm sóc phục hồi chức năng nội trú, vật lý trị liệu (ngoại trú), trị liệu về ngữ âm và ngôn ngữ, và trị liệu cơ năng.

Thuốc Được Chọn – Một loại thuốc được bao trả theo Phần D mà Medicare đã thương lượng Giá Hợp Lý Tối Đa.

Khu Vực Dịch Vụ – Một khu vực địa lý nơi quý vị phải sống để tham gia một chương trình bảo hiểm y tế cụ thể. Đối với các chương trình có giới hạn về bác sĩ và bệnh viện mà quý vị có thể sử dụng, các chương trình này nói chung cũng hạn chế các khu vực quý vị có thể nhận các dịch vụ định kỳ (không phải cấp cứu). Chương trình chúng tôi phải hủy ghi danh quý vị nếu quý vị vĩnh

Chương 12 Định Nghĩa

viễn chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của chương trình.

Chăm Sóc tại Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Môn (SNF) – Là các dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn và dịch vụ phục hồi chức năng được cung cấp liên tục hàng ngày, tại một cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Các ví dụ về dịch vụ chăm sóc này bao gồm vật lý trị liệu hoặc chích thuốc vào tĩnh mạch mà chỉ có y tá hoặc bác sĩ có giấy phép hành nghề mới có thể làm được.

Chương trình Nhu cầu Đặc biệt – Là một loại Chương Trình Medicare Advantage đặc biệt nhằm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chú trọng hơn cho những nhóm người riêng biệt, như những ai có cả Medicare và Medicaid, những người sống trong viện dưỡng lão hoặc những người có một số bệnh lý kinh niên.

Chia Sẻ Chi Phí Tiêu Chuẩn – Chia sẻ chi phí tiêu chuẩn là chia sẻ chi phí khác ngoài chia sẻ chi phí ưu tiên do một nhà thuốc mua qua đường bưu điện trong mạng lưới cung ứng.

Phương Pháp Trị Liệu Từng Bước – Là một công cụ sử dụng đòi hỏi quý vị trước hết phải dùng thử một thuốc khác để điều trị bệnh lý của quý vị trước khi chúng tôi bao trả cho thuốc mà bác sĩ của quý vị có thể đã kê toa ban đầu.

Trợ Cấp An Sinh Bổ Sung (SSI) – Là quyền lợi hàng tháng do Sở An Sinh Xã Hội chi trả cho những người có mức thu nhập và nguồn lực hạn chế, bị khuyết tật, mù lòa, hoặc từ 65 tuổi trở lên. Các quyền lợi SSI không giống với các phúc lợi An Sinh Xã Hội.

Dịch Vụ Cần Thiết Khẩn Cấp – Dịch vụ được chương trình bao trả yêu cầu chăm sóc y tế ngay lập tức mà không phải là trường hợp cấp cứu là dịch vụ cần thiết khẩn cấp nếu quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi hoặc việc nhận dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới là không hợp lý về mặt thời gian, địa điểm và hoàn cảnh của quý vị. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp là các bệnh và thương tích y tế không lường trước được hoặc các đợt bùng phát bất ngờ của các bệnh lý hiện tại. Các lần thăm khám định kỳ với nhà cung cấp cần thiết về mặt y tế (chẳng hạn như khám sức khỏe hàng năm) không được coi là cần thiết khẩn cấp ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc mạng lưới chương trình tạm thời không hoạt động.

Thẻ Wellcare Spendables® - Thẻ ghi nợ được chương trình nạp sẵn, có thể dùng để hỗ trợ chi trả cho các hạng Phần như mô tả trong Biểu đồ Quyền lợi Y tế.

Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP)

Phương thức	Bộ phận Dịch Vụ Hội Viên – Thông Tin Liên Hệ
Gọi	1-888-846-4262 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Tuy nhiên, xin lưu ý trong các ngày cuối tuần và ngày lễ từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, hệ thống điện thoại tự động của chúng tôi có thể trả lời cuộc gọi của quý vị. Nếu quý vị để lại tin nhắn thoại, vui lòng ghi tên và số điện thoại của quý vị và một thành viên trong nhóm sẽ gọi lại cho quý vị trong vòng một (1) ngày làm việc. Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên 1-888-846-4262 (người dùng TTY xin gọi 711) cũng có sẵn các dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 7:45 sáng đến 8 giờ tối. Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:45 sáng đến 8 giờ tối.
Viết thư	Wellcare By 'Ohana Health Plan PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370
Trang Web	go.wellcare.com/OhanaHI

Chương trình Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (SHIP) Hawaii

Chương trình Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (SHIP) Hawaii là một chương trình của tiểu bang nhận tiền từ chính quyền liên bang để cố vấn miễn phí tại địa phương về bảo hiểm y tế cho những ai có Medicare.

Phương thức	Thông Tin Liên Hệ
Gọi	1-888-875-9229
TTY	1-866-810-4379 Số điện thoại này đòi hỏi phải có thiết bị điện thoại đặc biệt, và chỉ dành cho những ai gặp khó khăn về khả năng nghe hoặc nói.
Viết thư	Hawaii SHIP, Executive Office on Aging, No. 1 Capitol District 250 South Hotel Street, Suite 406 Honolulu, Hawaii 96813-2831
Trang Web	http://www.hawaiiiship.org/

Báo Cáo Tiết lộ PRA Theo Đạo luật Giảm Công Việc Giấy Tờ năm 1995, không một ai phải hồi đáp việc thu thập thông tin trừ khi chúng có số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ để thu thập thông tin là 0938-1051. Nếu quý vị có ý kiến hoặc đề xuất cải thiện mẫu đơn này, hãy viết thư cho: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.